



Pensamiento del día:
18-10-2.006
PUBLIO CORDÓN
4.318



Edita: SANIFAX S.L. Tel: 91-533.46.05. Paseo. San Francisco de Sales 41. 28003 Madrid



LA FUNDACIÓN ALTERNATIVAS, “THINK THANK” DEL PSOE, APOYA LA COLEGIACIÓN OBLIGATORIA PARA MÉDICOS...

- ALBERT JOVELL, MARÍA NAVARRO Y J. REY PRESENTARON UN DOCUMENTADO TRABAJO DEL QUE HOY OFRECEMOS CONCLUSIONES Y UN AMPLIO RESUMEN.
- JOVELL ASEGURA QUE “LA COLEGIACIÓN OBLIGATORIA “ES GARANTÍA DE LA DEFENSA DE UNA PROFESIÓN” Y PIDE UN MEJOR TRATO PARA LOS MÉDICOS MIR
- ...ADEMÁS, **EN EL DOSSIER ESPECIAL**, OTRO INFORME DE ESTA FUNDACION, DE HACE POCOS DÍAS, CRÍTICO CON LA FINANCIACIÓN SANITARIA AUTONÓMICA.

ASISA SE PRESENTA EN SOLITARIO AL HOSPITAL DE ELCHE. AL FINAL. Y AUNQUE PARECÍA QUE ADESLAS. SE PRESENTARIA, NO LO HIZO...

OTROS TEMAS IMPORTANTES DEL DIA

- LA MINISTRA FIRMA HOY UN IMPORTANTE ACUERDO CON PEDRO CAPILLA.
- FEFE Y EL COLEGIO FARMACÉUTICO DE VALENCIA PIDEN QUE LA LEY DE SOCIEDADES PROFESIONALES NO AFECTE A LAS OFICINAS DE FARMACIA.
- **MANUEL PEÑA PRESENTO EL PROGRAMA DE LA FERIA “SALVSLABORIS”**
- GARRIGUES FARMA SE PRESENTA EN SOCIEDAD CON J. XUCLA DE “ESTRELLA”.
- FUERTES RUMORES DE QUE LA CLINICA XANIT (MÁLAGA) SE PODRIA VENDER.
- LA DEFENSA DE MONTES PIDE POR ESCRITO EL SOBRESEIMIENTO DEL JUICIO.
- ANOCHE SE PRESENTÓ LA NUEVA PLATAFORMA MIR DE LA C. DE MADRID.
- SIMPOSIO SOBRE NANOTECNOLOGÍA DE LA FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD (GSK) Y EL INSTITUTO BRITÁNICO, CON INTERESANTES CONCLUSIONES.
- MANIFIESTO DE HUELGA DE LA “PLATAFORMA 10 MINUTOS” PARA EL 11-N.
- UGT Y CC.OO DESCONVOCAN SUS MOVILIZACIONES PREVISTAS EN ASTURIAS.
- ... PERO LOS CONDUCTORES DE AMBULANCIAS PARARÁN 4 DÍAS EN CATALUÑA.
- CÓRDOBA: SINDICATO MÉDICO DENUNCIA FALTA DE PERSONAL EN URGENCIAS.
- SIMPOSIO DE LA FUNDACIÓN SIS (NOVARTIS) EL LUNES EN BARCELONA.
- JORNADAS SOBRE “LITERATURA Y FARMACIA” DE LA FUNDACIÓN COFARES.
- CONFERENCIA HOY DE R. SABRIDO EN EL I. DE EMPRESA (M^a DE MOLINA, 11).

Pasee mientras pientos en ella.



Dr. A. Bayés de Luna
Colegiado 3.548
CARDIÓLOGO

LOWE PHOTO

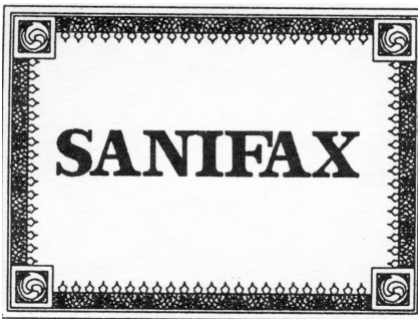


Nos preocupa tanto proteger tu salud
como cuidar tu calidad de vida

902 499 499
www.dkvseguros.com

Compañía del Grupo Asegurador ERGO.

¡Vive la Salud!



LA FUNDACIÓN “THINK THANK” DEL PSOE APOYA QUE LA COLEGIACIÓN MÉDICA SEA OBLIGATORIA

* EL ESTUDIO SOBRE LA PROFESIÓN MÉDICA DE ALBERT JOVELL ASEGURA QUE “ES GARANTÍA DE INDEPENDENCIA”

* JOVELL RECHAZA LA PRESCRIPCIÓN ENFERMERA Y PIDE “QUE SE TRATE MEJOR A LOS MIR, EN TODOS LOS SENTIDOS”

LA FUNDACIÓN “ALTERNATIVAS”, QUE HOY PRESIDE EL EX MINISTRO JUAN MANUEL EGUIAGARAY, Y QUE ESTÁ CONSIDERADA SIN DUDA COMO UNO DE LOS GRANDES “LABORATORIOS DE IDEAS” DEL PSOE, LLEVA DESDE LA VUELTA DEL VERANO PRESENTANDO SIN CESAR INFORMES SOBRE LA SANIDAD. QUE POR CIERTO, EN MUCHOS CASOS NO ESTÁN MUY DE ACUERDO CON LO QUE EL PROPIO GOBIERNO LLEVA A CABO. EL ÚLTIMO EPISODIO FUE AYER, CUANDO SE PRESENTÓ UN ESTUDIO SOBRE LA PROFESIÓN MÉDICA LLEVADO A CABO POR ALBERT JOVELL Y MARÍA NAVARRO, EN EL QUE SE EXPONEN REFLEXIONES MUY INTERESANTES, QUE LES OFRECEMOS EN EL RESUMEN DEL MISMO. PERO ADEMÁS, ALBERT JOVELL AMPLIÓ LAS RAZONES QUE APOYAN, POR EJEMPLO, QUE LA COLEGIACIÓN SEA OBLIGATORIA.

→ **“FALTAN LÍDERES”**.- “EL SISTEMA SANITARIO NECESITA TENER LÍDERES MÉDICOS, ALGO DE LO QUE AHORA CARECE. LOS GERENTES Y GESTORES TRABAJAN MUY BIEN EN EL ASPECTO TÉCNICO, PERO HACEN FALTA PROFESIONALES QUE DIRIJAN Y TENGAN CIERTA VISIÓN DE FUTURO. LOS HAY EN LA I+D, PERO NO EN LOS MÉDICOS”.

→ **“JUBILACIÓN A LOS 65”**.- “CUMPLIR 65 AÑOS NO HACE QUE UNO DEJE DE SER UN BUEN MÉDICO. SI LO ERES EL DÍA 30 Y CUMPLES EL 31... ¿ACASO YA NO LO ERES EL DÍA 1? DEBE HABER TRANSICIONES LABORALES QUE APROVECHEN LA EXPERIENCIA DE ESTOS PROFESIONALES, QUE PUEDEN APORTAR VALOR EN LAS CONSULTAS DE PRIMARIA Y ENSEÑAR COSAS, MÁS AÚN CUANDO SE TRATA DE UNA PROFESIÓN BASADA EN EL CONOCIMIENTO Y QUE HAY UNA MAYORÍA DE MÉDICOS ENTRE LOS 50 Y 65 AÑOS, CUANDO ADEMÁS EN FORMAR A UN MÉDICO SE TARDAN MÍNIMO 12 AÑOS”.

→ **“CONSEJOS PROFESIONALES DE MÉDICOS”**.- “YO FORMO PARTE DE ELLOS EN CATALUÑA Y LA EXPERIENCIA ES BUENA. DISCUTIMOS Y DEBATIMOS, AUNQUE NOS FALTAN MUCHOS DATOS. Y NO NOS PODEMOS BASAR SÓLO EN ESTADOS DE OPINIÓN. SERÍA BUENO QUE LOS HUBIERA EN CADA CC.AA. A NIVEL ESTATAL, NO SÉ... PERO SON INTERESANTES, PORQUE ANTES DE OTRA HUELGA SE PODRÍA NEGOCIAR EN ELLOS”.

→ **“COLEGIACIÓN OBLIGATORIA”**.- “LA COLEGIACIÓN ES UNA GARANTÍA DE QUE SE DEFIENDE UNA PROFESIÓN, CON INDEPENDENCIA DE QUIÉN GOBIERNE, FRENTE A DETERMINADOS INTERESES Y CONFLICTOS LATENTES. LA SOCIEDAD CIVIL SE ESTÁ POLITIZANDO DEMASIADO Y PERDIENDO BASTANTE TERRENO. Y COMO LOS COLEGIOS SON UNA PARTE MUY IMPORTANTE DE ESA SOCIEDAD, HACEN UN EJERCICIO DE TRANSVERSALIDAD. Y DEBEN ESTAR DENTRO DE UN CONTRATO SOCIAL SÓLIDO, CON UN “PAPEL DE BISAGRA” CLAVE ENTRE LOS CIUDADANOS Y LA ADMINISTRACIÓN”.

→ **“HUELGA MIR”**.- “LOS MIR MERECE UN SUELDO Y UN TRATO MEJOR. NO COBRAN PARO NI TIENEN SEGURIDAD SOCIAL. Y HAY QUE HACER UNA GRAN REFLEXIÓN SOBRE SU SITUACIÓN. ADEMÁS, LOS MIR LO PRIMERO QUE RECIBEN DE SUS PROPIOS PROFESIONALES Y TUTORES SON FRUSTRACIONES Y PROBLEMAS. Y ESO ES UN MAL ASUNTO. NO SE PUEDE SER BUEN MÉDICO SI DURANTE UNA GUARDIA TIENES QUE ESTAR PENSANDO EN CÓMO VAS A LLEGAR A FIN DE MES; O SI HACES DEMASIADAS GUARDIAS; O SI TIENES QUE ESTAR TRABAJANDO EN OTRO SITIO POR NECESIDAD”.

→ **“PRESCRIPCIÓN ENFERMERA”**.- “LOS MÉDICOS NOS JUSTIFICAMOS EN SU DÍA INVADIENDO ALGUNOS ESPACIOS DE COMPETENCIA. Y TIENE QUE HABER UN PROCESO DE TRANSFERENCIAS. CREO QUE EL PACIENTE CONFÍA EN EL MÉDICO PARA PRESCRIBIR. AUNQUE HAY SITUACIONES QUE PUEDEN PENSARSE. COMO EN ALGUNOS PRODUCTOS (PAÑALES), O EN EL PROPIO SEGUIMIENTO DE ESA PRESCRIPCIÓN”.

RESUMEN EJECUTIVO DEL INFORME PRESENTADO AYER MARTES EN MADRID

Profesión médica en la encrucijada: hacia un nuevo modelo de gobierno corporativo y de contrato social

Albert J. Jovell y María D. Navarro
Médicos especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública

La profesión médica se enfrenta a nuevos retos y oportunidades, que surgen en un entorno de cambio social sin precedentes en la historia de la humanidad. En este entorno de cambio destacan tres fenómenos sociales sobre los demás: los cambios en la estructura laboral de las profesiones sanitarias, la aparición de un nuevo modelo de paciente y de ciudadano y la transformación y aumento de la complejidad en la gestión del conocimiento. A ello se une la colectivización de la provisión de los servicios sanitarios como estrategia para garantizar un acceso equitativo a los mismos. Estos fenómenos modifican el contenido del contrato social implícito entre la profesión médica y la sociedad, de manera que urge su transformación en un contrato explícito que gestione y responda mejor a las expectativas de ambas partes.

El elemento que mantiene ese contrato es la confianza existente entre la profesión y la sociedad. Así, la sociedad establece un conjunto de demandas a la profesión médica que, a cambio de comprometerse a atenderlas de forma apropiada, le garantiza poder retener parte de los privilegios adquiridos. Para ello se deben formalizar nuevos mecanismos de autorregulación mediante el credencialismo, y establecer sistemas objetivos de rendición inteligente o razonable de cuentas a la sociedad. En ausencia de una presentación homogénea de la profesión y de una definición explícita del contenido del contrato con la sociedad, la profesión médica se encuentra en una difícil encrucijada que conlleva un riesgo de deslegitimación social y la pérdida progresiva de los privilegios obtenidos.

En este sentido, el reto de los médicos de hoy está en saber responder de forma efectiva a las necesidades de la sociedad del siglo XXI y a la confianza otorgada por los pacientes. En el esquema de credencialismo propuesto en este trabajo, las facultades de medicina y cirugía y los colegios de médicos asumirían el compromiso de definir los criterios que otorgarían la licencia profesional. Los colegios profesionales, las administraciones públicas y las sociedades científicas determinarían los criterios de certificación y recertificación basados en el cumplimiento de programas estructurados de formación y evaluación de competencias.

Los sindicatos asumirían la defensa de los derechos de los profesionales en su relación con los empleadores y en su condición de trabajadores por cuenta ajena. En todas estas funciones se debería integrar la visión de los representantes de las asociaciones de pacientes dentro de un modelo democrático de relación entre agentes sociales.

En el presente informe se realizan las siguientes propuestas con respecto a lo que debería hacerla profesión médica para hacer explícito el contrato social implícito:

- Promover modelos de excelencia en el liderazgo en las organizaciones colegiales y en las instituciones sanitarias que faciliten la gestión del cambio.
- Fomentar un marco laboral que incluya la interdisciplinariedad, la conciliación de la vida familiar y laboral y la promoción de estrategias planificadas de jubilación parcial.

• Promover estrategias que aumenten la confiabilidad de la profesión médica, entre ellas el desarrollo de una estrategia de profesionalismo centrado en los pacientes, la revisión de los códigos deontológicos y la evaluación de la competencia profesional.

- Reconocer las limitaciones de la práctica de la medicina y gestionar las expectativas de los pacientes con la finalidad de evitar demandas innecesarias o poco realistas.
- Incorporar a los médicos en la mejora de la atención sanitaria mediante una apertura de los colegios profesionales a la sociedad y a la participación representativa en los órganos de gobierno de las instituciones sanitarias.
- Fomentar la igualdad de oportunidades en el acceso a las posiciones de responsabilidad en las organizaciones colegiales.

• Establecer un contrato social explícito basado en la creación de mutualismos con los diferentes agentes de salud, que tenga como actores principales a los médicos, a los pacientes y a las administraciones sanitarias.

- Promover la enseñanza de los valores del profesionalismo en las facultades de medicina y cirugía, así como de las competencias transversales.
- Establecer mecanismos de resolución de los conflictos latentes asociados a la condición de doble agente principal del sistema, basados en los principios de la democracia deliberativa.

• Establecer que la colegiación obligatoria justifica su razón de ser en un contexto social de transparencia en los compromisos adquiridos con la sociedad, de estándares definidos de buena práctica clínica y de rendición inteligente de cuentas.

- Diseñar un plan estratégico, a modo de contrato social de la profesión, que aúne el posicionamiento de los diferentes colegios de médicos en relación con la profesión y los compromisos en relación con la sociedad y con las Administraciones públicas, similar al denominado Medical Professionalism Project.
- Incentivar la adopción de mecanismos de certificación periódica de las competencias profesionales.

CONCLUSIONES DEL INFORME PRESENTADO AYER MARTES EN MADRID

“PROFESIÓN MÉDICA EN LA ENCRUCIJADA: HACIA UN NUEVO MODELO DE GOBIERNO CORPORATIVO Y DE CONTRATO SOCIAL”

Albert J. Novell y María D. Navarro

Médicos especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública

Por una agenda del cambio

La condición de profesional de la medicina surge de una concepción social que otorga derechos y obligaciones. Los derechos se recogen en un conjunto de privilegios, entre los que destacan las capacidades de decisión autónoma y de autorregulación. Esos privilegios los concede la sociedad porque entiende que, mediante su concesión, la PM podría responder mejor a sus expectativas. Además, la complejidad del conocimiento médico pone a la sociedad en una situación de ignorancia o de asimetría para emitir juicios de valor sobre la idoneidad de la práctica de la medicina. Esta ignorancia con respecto al contenido y a la forma de proceder de los profesionales no existe en relación con las finalidades de la actividad profesional. La ciudadanía, pacientes potenciales y pacientes actuales, esperan que los médicos utilicen los privilegios concedidos como garantía de que van a primar los intereses de los pacientes sobre cualquier otro tipo de interés. La aceptación de este acuerdo, el denominado contrato social implícito entre PM y sociedad, por parte de los médicos conlleva la satisfacción de una serie de obligaciones. Estas últimas se fundamentan en dos aspectos esenciales: competencias y compromisos. Éstos se materializan en conocimientos, habilidades, actitudes y valores concretos.

La confianza constituye el valor esencial que garantiza la viabilidad social del contrato entre PM y sociedad. La sanidad actual está inmersa en un proceso de cambio social que dificulta el mantenimiento y la consolidación de acuerdos o contratos fundamentados en formas de confianza universales o generalizadas. Los cambios en la estructura de las profesiones sanitarias, la aparición de un nuevo modelo de paciente y ciudadano, la mayor complejidad del conocimiento médico, la irrupción de los Estados como grandes financiadores de la atención sanitaria y la heterogeneidad de valores sociales constituyen, a grandes rasgos, las principales tendencias que determinan en el SNS un cambio en el modelo de confianza que fundamenta el contrato social entre PM y sociedad. Ese modelo podría no responder ni a las necesidades de los pacientes ni a las de los profesionales de la medicina. Tampoco parece un modelo adecuado para establecer relaciones con los gobiernos y los nuevos agentes sanitarios.

El mantenimiento de un contrato social ambiguo genera desconfianza entre las partes que lo han suscrito y, por lo tanto, urge su reelaboración. Esta actualización pasa por su conversión en un contrato explícito basado en modelos de confianza específicos, en los que se determina en quién, para qué y en qué situaciones se otorga la confianza. La PM podría estar en condiciones de liderar en el SNS esa renovación contractual, dada la elevada confianza que aún retienen de la ciudadanía. Este nuevo contrato debe suscribirse también con los gobiernos, los proveedores, otras profesiones sanitarias, las universidades y otros agentes que actúan en el sector sanitario.

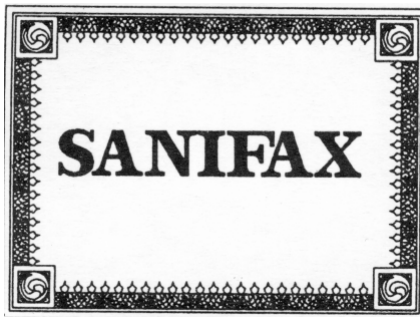
El itinerario contractual propuesto tendría que desarrollarse en diferentes fases. En la primera, la propia PM tendría que acordar contractualmente cómo se quiere presentar al resto de la sociedad, cuáles son sus competencias y cuáles son sus compromisos.

El proyecto de profesionalismo médico descrito en la Tabla 10 constituiría un buen modelo de presentación social. La PM debería consensuar en el SNS una carta de presentación social homogénea para toda la profesión. En esta fase también se tendrían que determinar los ámbitos de competencias de las diferentes organizaciones que representan a los médicos: colegios profesionales, consejos facultativos, sociedades científicas y sindicatos. En una segunda fase, la PM tendría que acordar las condiciones de ejecución y evaluación del profesionalismo con las asociaciones de pacientes -como representantes de los enfermos- y los gobiernos. En la tercera fase, la PM tendría que establecer modelos de relación con otros agentes sanitarios, incluidas las universidades, los medios de comunicación y la judicatura. Finalmente, los principios, derechos y obligaciones contraídos de forma explícita en esos acuerdos contractuales deberían ponerse en conocimiento de la opinión pública y ser objeto de evaluación y de actualización periódica. Este nuevo modelo contractual está basado en la construcción de confianza mediante la cooperación entre las partes o agentes contratantes y en la garantía de que la PM es una profesión que ofrece confiabilidad.

La elaboración de un contrato social explícito supone para la PM un replanteamiento interno de sus competencias y compromisos ante la misma profesión y ante la sociedad a la que sirve. Este posicionamiento debería hacerse mediante un plan estratégico de la profesión que fuera deliberado entre sus miembros y que constituyera una declaración honesta sobre las posibilidades y los límites reales del ejercicio de la actividad profesional. Con respecto a las competencias, la PM debe replantearse la idoneidad de los sistemas de adquisición y evaluación formal de ellas. Como ya se ha expuesto en este trabajo, urgen cambios profundos en la formación de pregrado y en el programa de formación de médicos internos residentes, ya que los programas vigentes podrían no responder bien a las necesidades de la sociedad. Asimismo, se debería hacer una apuesta por la excelencia técnica y humana mediante la promoción de estrategias de recertificación y de evaluación objetiva de competencias. Finalmente, la PM debe determinar cuáles son los estándares de buena práctica clínica en las diferentes especialidades médicas y cómo se han de valorar.

La PM también tiene que velar por la adecuación de sus compromisos a la realidad actual de la sociedad española. Para ello tiene que llevar a cabo una apuesta decidida, transparente e independiente por la rendición inteligente y positiva de cuentas, la honestidad, la defensa del paciente y la promoción del bien común. Ello exige una mayor apertura hacia la sociedad a la que sirven y a las instituciones que la representan. En este replanteamiento de sus compromisos, la PM debe valorar las limitaciones de los códigos deontológicos vigentes como instrumentos de garantía de una buena conducta profesional y del cumplimiento de los compromisos adquiridos. También se debe evaluar hasta qué punto estos códigos son conocidos y asumidos por todos los profesionales y por la población a la que se sirve. Los compromisos que representan deben estar alineados con los de los pacientes y los de otros agentes sanitarios. Esta circunstancia también obliga a determinar cuáles serían las responsabilidades y los límites de actuación de los gobiernos, como agentes emergentes en la financiación y provisión de los servicios sanitarios.

Finalmente, es importante resaltar que el éxito de cualquier acuerdo contractual pasa por mejorar el capital social y, por lo tanto, las competencias cívicas de los ciudadanos. En este sentido, las asociaciones de pacientes juegan un papel fundamental para hacer de enlace entre PM, gobiernos y ciudadanía. Y no hay que olvidar que lo que los pacientes y ciudadanos quieren son buenos médicos y médicos buenos. El modelo de contrato social puede constituir un buen punto de partida para redefinir las relaciones entre medicina y sociedad en el contexto actual de cambio social y, así, poder confrontar la tensión existente entre equidad, buena calidad asistencial, exceso de posibilidades tecnológicas y finitud de los recursos disponibles



MADRID: ARMANDO RESINO Y LOS GERENTES DE PRIMARIA ANALIZAN LA FALTA DE PEDIATRAS

*** EL DIRECTOR DE RR.HH. DE LA CONSEJERÍA ANALIZÓ AYER CON ELLOS POSIBLES "MEDIDAS DE CHOQUE"**

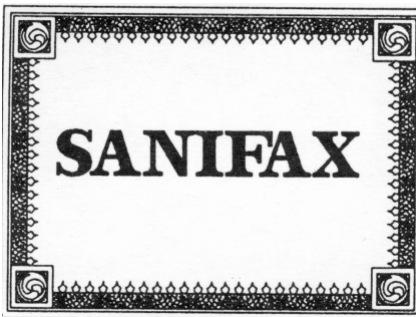
*** UNA DE LAS PROPUESTAS ES COMENZAR UNA GRAN "CAMPANA PARA TRAER A PEDIATRAS DE OTROS PAÍSES"**

La Consejería de Sanidad y Consumo asegura estar "analizando" las "alternativas que permitan paliar la escasez" de profesionales de algunas especialidades, tales como la Pediatría, en la Comunidad de Madrid, situación que "además afecta a todo el Sistema Nacional de Salud", advirtió. El departamento que dirige Manuel Lamela subrayó que ha solicitado "en numerosas ocasiones" al Ministerio de Sanidad y Consumo la necesidad de "abordar esta situación de manera urgente", proponiendo que "se incremente el número de plazas MIR de pediatría, ya que los hospitales de la Comunidad están sobradamente preparados para asumir la formación de los mismos". El asunto volvió a abordarse, precisamente, en la última reunión del Pleno del Consejo Interterritorial, celebrada el pasado 11 de octubre, donde "también manifestaron su preocupación por la falta de estos profesionales otras autonomías, además de Madrid, como es el caso de Canarias". La Consejería recordó que, a raíz de ese planteamiento, la ministra de Sanidad y Consumo, Elena Salgado, se comprometió, en el seno del citado Pleno, a convocar una reunión monográfica para abordar de forma coordinada y consensuada las medidas que sean necesarias para solucionar este problema. Desde la Comunidad de Madrid se instó al Gobierno de la Nación a que se "implique y asuma sus competencias, adoptando medidas urgentes que permitan seguir garantizando la atención sanitaria en igualdad de condiciones en todo el territorio nacional".



El departamento que dirige Manuel Lamela explicó que ayer mismo, miércoles, el director general de Recursos Humanos de la Consejería de Sanidad, Armando Resino, convocó una reunión con los Gerentes de Atención Primaria para "consensuar actuaciones de refuerzo asistencial" que resuelvan la falta de profesionales de pediatría. Entre las medidas de 'choque' que se proponen, figura "fomentar la figura del pediatra consultor o de área, de forma que, de surgir algún problema por escasez de un pediatra en algún centro de salud, el médico de familia pueda consultarle los casos que precise". También se ha acordado "prorrogar las medidas adoptadas durante el último verano en materia de sustituciones, así como flexibilizar el horario de atención de acuerdo con la frecuentación", y se planteará "un programa especial para que los pediatras de los centros hospitalarios puedan pasar consulta en Atención Primaria". Además, a los profesionales de pediatría de atención especializada que tienen más de 55 años y están eximidos de realizar guardias se propondrá que "puedan ocupar ese tiempo a prestar asistencia en Atención Primaria", y se potenciará la "motivación de los pediatras de los centros de salud mediante rotaciones en hospitales". Por último, la Consejería valorará la puesta en marcha de un programa orientado a "atraer profesionales de pediatría de otros países en el caso de que ello fuera necesario".

En el caso concreto de Aranjuez, el departamento regional se comprometió a "resolver de forma inmediata cualquier incidencia coyuntural que pudiera surgir en cuanto a la asistencia prestada". La localidad tiene siete pediatras asignados en plantilla y una población infantil de 7.562 niños, ajustándose a la media de pediatras por habitante de la Comunidad de Madrid. Sin embargo, como consecuencia de la escasez de estos profesionales en el sistema sanitario nacional, en la actualidad existe 1 plaza vacante en permanente oferta para ser cubierta, además de una baja por enfermedad, por lo que, de manera puntual, se han redistribuido los niños entre los 5 pediatras restantes, mas 1 médico de familia con total dedicación a la población infantil, dos días en semana. La Consejería indicó que, además, Aranjuez cuenta con 25 médicos de familia y 24 enfermeras por lo que "en ningún caso puede hablarse de falta de asistencia".



LA DEFENSA DE LUIS MONTES PIDE POR ESCRITO EL SOBRESEIMIENTO DEL JUICIO CONTRA ÉL

*** ALEGA QUE "NINGUNO DE LOS INFORMES HA PODIDO DEMOSTRAR CAUSALIDAD DE SUS TRATAMIENTOS"**

*** Y RECLAMA QUE COMPAREZCA LA CONSEJERÍA DE SANIDAD "COMO RESPONSABLE CIVIL SUBSIDIARIO QUE ES"**

(Europa Press).- La Defensa del doctor Luis Montes, cesado como coordinador de las Urgencias del Hospital Severo Ochoa a raíz de una denuncia anónima sobre presuntas sedaciones irregulares, ha solicitado al Juzgado de Instrucción número 7 de Leganés el sobreseimiento y archivo de la causa alegando que "no existen indicios racionales de la existencia de un hecho delictivo" contra él. En las diligencias previas remitidas al juez, fechadas en el martes, se argumenta que tanto el informe del Colegio de Médicos como el de la Clínica Forense "descartan" la relación de causalidad entre el tratamiento administrado a los enfermos terminales a que se refieren las historias clínicas y la causa última del fallecimiento de aquéllos. Se añade que tal "circunstancia, que eliminaría, sin ninguna duda, una posible responsabilidad civil por culpa extracontractual prevista en el artículo 1.902 del Código Civil, descartaría aún de forma más clara cualquier responsabilidad por dolo o culpa o negligencia profesional inexcusable". A continuación, se cita una sentencia del Tribunal Supremo de junio de este año sobre "la imposibilidad de atribuir responsabilidad civil por mala praxis en los supuestos en los que no se prueba la relación de causalidad entre el tratamiento administrado y el perjuicio".

También alega la Defensa que, "pese a todo lo anterior, a estas alturas del proceso la Viceconsejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, que denunció a mi representado por el supuesto delito de mala praxis profesional con resultado de muerte y que provocó la instrucción de esta causa, no se ha personado en las actuaciones para mantener imputación alguna contra el doctor Luis Montes". Advierte asimismo que "tampoco el Ministerio Fiscal ha atribuido" a Montes "hecho concreto alguno susceptible de integrar una figura delictiva" y que "el Fiscal de Madrid, primer destinatario de la denuncia de la Consejería, fue puentado por esta última con una nueva denuncia dirigida ya directamente a ese Juzgado (el número 7 de Leganés) tan pronto como se llegó a establecer la posibilidad de que se archivaran las diligencias informativas abiertas en esta Fiscalía, a la vista del resultado del informe de la Clínica Médico Forense". En las diligencias previas se subraya igualmente que "tampoco han formulado acusación alguna de hecho concreto punible" contra Montes "ninguna de las Asociaciones (AVINESA, ADEPA y MANOS LIMPIAS) personadas en las actuaciones como Acusaciones Populares" ni se lo ha "atribuido" la representación procesal de Isabel García Arranz, única personada en concepto de Acusación Particular.

La Defensa del ex coordinador de Urgencias del Hospital Severo Ochoa de Leganes recuerda que ya solicitó al Juzgado, mediante escrito del pasado 12 de septiembre, y reiteró siete días después al inicio de la comparecencia de Montes para declarar en concepto de imputado, que "por respeto a sus derechos constitucionales, se le informara por el Instructor de los hechos punibles de que tuviera que defenderse y el Organismo, Entidad o persona que se los atribuyera". "Pues bien, a estas alturas de la instrucción esta parte no sabe qué hecho cometió supuestamente mi representado del que tenga que defenderse en concepto de imputado", se afirma en el escrito. Igualmente, reprocha que, "a pesar de que la responsabilidad patrimonial por el supuesto mal funcionamiento de determinados servicios del Hospital Severo Ochoa de Leganés correspondería a la Comunidad de Madrid y dentro de ella a la Consejería de Sanidad, de acuerdo con lo establecido en los artículos 139 y siguientes de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, ni ésta ha sido citada para comparecer como responsable civil subsidiario ni se ha aceptado la personación de su compañía aseguradora". Por ello, la Defensa de Montes concluye que "todo lo anterior parece poner de manifiesto la patente inexistencia de hechos susceptibles de constituir delito del que pudieran resultar responsables penalmente algunos de los profesionales adscritos al Servicio de Urgencias del Hospital Severo Ochoa de Leganés y civilmente la propia Consejería demandante y, por derivación, su compañía de seguros". Critica que, sin embargo, después de año y medio, "la instrucción de esta causa continúe, se cite como imputados a varios profesionales del Servicio de Urgencias del Hospital Severo Ochoa de Leganés y se amplíen actualmente las imputaciones y las diligencias de instrucción acordadas, generando con ello la apariencia de que se está dando credibilidad y contenido a unas denuncias anónimas en las que creyó, a pesar de su absoluta inverisimilitud, el responsable de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid".



EL COLEGIO DE MÉDICOS DE MADRID, SEDE DE LA PRESENTACIÓN ANOCHE DE LA ASOCIACIÓN DE MÉDICOS RESIDENTES DE LA COMUNIDAD DE MADRID (AMIRCAM)

SITUACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO Y QUÉ ES UN MÉDICO RESIDENTE.

Un **MIR** o **Residente** o **Médico Interno Residente**, es un Médico licenciado de pleno derecho, colegiado en su comunidad autónoma, que ha aprobado una oposición a nivel nacional para trabajar y formarse como especialista en un hospital del Sistema Nacional de Salud (o centro de salud en el caso de los médicos de familia) durante entre 4 y 5 años, según la especialidad escogida. Los MIR forman, por una parte, la cantera de los futuros especialistas de la sanidad pública, pero también –como médicos licenciados y en ejercicio- constituyen la **base de la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud**, especialmente en los hospitales donde suponen el 30-40% de la plantilla de médicos de para atención ordinaria y el 80-90% para atención en Urgencias. Una vez terminada la residencia no se tiene una plaza asegurada.

El **trabajo** de un Residente depende del año de residencia en el que esté y se caracteriza principalmente por el incremento de la autonomía y responsabilidad y la disminución de la supervisión, paulatinamente durante los años de su residencia, de tal forma que un residente mayor tendría una misión y responsabilidad similares a la de un médico adjunto/titular ya especialista. En muchos casos la supervisión por un tutor y un adjunto es insuficiente, y son los residentes mayores quienes habitualmente “cuidan” y enseñan a los pequeños.

El Estado exige **exclusividad** tanto laboral como formativa al acceder a la residencia.

Para poder llegar a ser especialista, un residente tiene que cumplir una serie de objetivos:

- **Asistenciales o atención a enfermos**: donde se adquirirán habilidades prácticas, clínicas y técnicas. Para ello es necesario pasar por una serie de **rotaciones** o diferentes tipos de áreas dentro de su especialidad o del campo médico o quirúrgico en general. Estas rotaciones dependen de la especialidad escogida y pueden ser en planta de hospitalización con los enfermos ingresados, en consulta con enfermos ambulatorios, en urgencias, en técnicas especiales, en laboratorios, en quirófano, etc...

También tiene derecho a “rotaciones externas”, o estancias en otros centros de su especial interés tanto en España como en el extranjero. Además tiene que realizar horas de **asistencia continuada** o **guardias** que consisten en la atención de enfermos fuera del horario de la jornada ordinaria, tanto en urgencias (“guardias de puerta”) como en planta (“guardias de planta”). Estas guardias suelen tener una duración de entre 17 y 24 horas ininterrumpidas. Habitualmente se hacen entre 6 y 8 guardias al mes. En muchos casos no se permite descansar al día siguiente de tener una guardia (“librar la guardia”).

Con lo que llegan a trabajarse más de 30 horas prácticamente seguidas, habiendo tenido en total 2-3 horas de sueño y apenas 1 hora para comidas. En este punto es donde más abusa el sistema, sirviendo para **encubrir en muchas ocasiones la carencia de personal de plantilla y una mala planificación sanitaria**. Resulta además especialmente conflictivo, ya que **atañe directamente a la calidad de la asistencia que se da al enfermo y a la propia salud del médico**.

- **Docentes:** el residente debe recibir docencia, sesiones, seminarios, cursos, congresos etc... además de estudiar por su cuenta, para ir adquiriendo los conocimientos teóricos dentro de la medicina o cirugía en general y de su especialidad en particular. En función del centro, residentes mayores, tutor y adjuntos, la calidad de esta docencia sufre **grandes variaciones**.

- **de Investigación:** El residente ha de tomar contacto con la investigación clínica y/o básica, dentro de su hospital, si es posible con algún proyecto concreto, que quede posteriormente materializado en alguna publicación, una suficiencia investigadora o el inicio de una tesis doctoral. Por norma general no se ofrecen muchas oportunidades, es otro de las áreas más abandonadas del sistema.

Por lo tanto los residentes no son estudiantes, ni están “de prácticas”.

Lo que respecta al **sueldo** es otro punto especialmente conflictivo. El salario base bruto de un médico residente son unos 890 €/ mes, más un complemento de entre 200 y 300 € brutos / mes. La hora de guardia (independientemente de si es diario o festivo o de noche) se paga a unos 7 € brutos. La retención por I.R.P.F es de un 15%. La cuota obligatoria del colegio de médicos son unos 75 € al trimestre. No cobramos exclusividad ni productividad. Existe cierta variabilidad arbitraria entre los sueldos de las diferentes comunidades, pese a que la oposición de acceso y los planes de formación son los mismos para todos.

Y DESPUÉS DE LA RESIDENCIA...

Una vez que ya se es especialista (médico titular/adjunto) Las condiciones laborales, salariales y docentes, apenas mejoran. Encontrándonos tras 6 años de carrera, más al menos 1 de oposición, más 4-5 de especialización, en el paro, o con unas condiciones de trabajo similares a las anteriormente expuestas.

EL DETERIORO DE NUESTRO SISTEMA SANITARIO

Todo ello, junto con el abandono y la distorsión de la realidad que se da a la opinión pública por parte de las autoridades sanitarias, están deteriorando muy seriamente nuestro sistema público de salud, con **profesionales agotados** física y emocionalmente por la sobrecarga de trabajo, por la incapacidad de dar una atención de calidad y por la falta de reconocimiento, con la “**fuga**” de una cantidad muy importante de médicos a otros países europeos, Estados Unidos, Canadá... (las últimas estimaciones hablan de entre 5000 y 6000 médicos), con el **abandono** de la profesión de un número cada vez mayor de facultativos y con la **falta de vocaciones y motivación** entre los más jóvenes.

ESTATUTO DEL RESIDENTE

El “**Estatuto del Residente**” o “**Real decreto que regula la relación laboral de carácter especial de residencia**” que pretendía regular y dignificar esta situación tras 30 años de deterioro, aunque se pretenda desde algunas instituciones vender como un gran logro, simplemente **empeora aún más la situación**, ya que se ha hecho sin escuchar la opinión de ningún interesado, sin asumir la responsabilidad que suponía, omitiendo ciertos trámites legales y ha conseguido unir a todo el colectivo médico para pedir su impugnación.

LA ASOCIACIÓN

En este contexto nace **AMIRCAM**: (Asociación de Médicos Internos Residentes de la Comunidad de Madrid) creada con el consenso y participación de residentes de todos los hospitales docentes de la comunidad, sin afiliación política y con la pretensión de representar, reivindicar y defender los derechos formativos, laborales y salariales de los aproximadamente 5000 MIR que trabajan en Madrid (el 25% de los de toda España)

REIVINDICACIONES

Expuestas de manera general, han quedado recogidas con detalle en un **borrador o conjunto de modificaciones al “Estatuto del Residente”**, que será presentado en los próximos días a las autoridades sanitarias competentes. Así mismo, la Asociación propondrá en su asamblea unirse a la **impugnación** del actual “Estatuto del Residente”

- **Reconocimiento** profesional, social e institucional del papel del Residente como pieza clave en el mantenimiento del Sistema Nacional de Salud.
- Establecimiento de una figura del **tutor/a** reconocida, con disminución de su carga asistencial, y con formación y remuneración específica
- Delimitación clara de nuestros **derechos, obligaciones y nivel de responsabilidad**.
- Derecho a **seguro de responsabilidad civil** con cargo al centro de trabajo y que cubra nuestro horario de asistencia completo.
- Regulación del **horario** laboral, tiempos máximos de trabajo de jornada ordinaria y de atención continuada y del régimen de descansos (“libranzas”).
- Eliminación de la **exclusividad** formativa y remuneración de la exclusividad laboral.
- Remuneración digna de las horas de **asistencia continuada**
- **Remuneración** de base acorde a nuestro nivel de titulación, responsabilidad, al carácter de nocturnidad, peligrosidad y productividad, con aplicación inmediata.
- Cobertura salarial y formativa adecuada en situación de **embarazo** y plan para la **conciliación de la vida familiar y laboral**

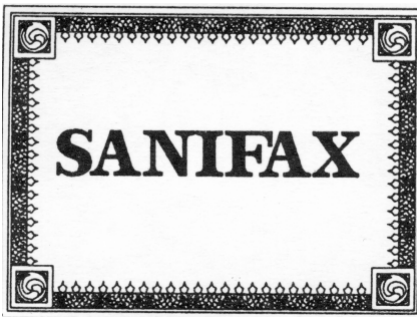
Así pues exigimos una formación de especialidad adecuada que asegure nuestra profesionalidad y competencia presente y en el futuro, para ofrecer a los ciudadanos una atención sanitaria pública de la máxima calidad.

MOVILIZACIONES

Nuestra voluntad es de diálogo, no obstante se tomarán **todas las medidas de presión necesarias**, si no son atendidas estas reivindicaciones. El calendario de movilizaciones se hará público en los próximos días.

OBJETIVO FINAL

La motivación y objetivo final de este movimiento es conseguir mejorar las condiciones formativas, laborales y salariales de **TODO EL COLECTIVO MÉDICO, tanto médicos residentes como médicos especialistas**, (y con ello, la calidad de la Sanidad pública) para lo que se están llevando a cabo los contactos oportunos con asociaciones, sindicatos etc... y con los estudiantes de medicina, con la intención de evaluar objetivos y realizar conjuntamente las reivindicaciones y movilizaciones.



FEFE Y EL COLEGIO DE VALENCIA PIDEN QUE LA LEY DE SOCIEDADES NO AFECTE A LA FARMACIA

* ISABEL VALLEJO: “NO PODEMOS PERMITIR QUE LAS CADENAS ENTREN EN EL SECTOR POR CULPA DE ESTA LEY”

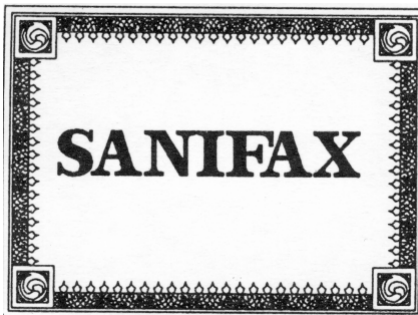
* **“CIU Y PP HAN PRESENTADO ENMIENDAS PARA EVITARLO. PEDIMOS QUE TODOS LOS GRUPOS LAS APOYEN”**

FEFE Y EL COLEGIO FARMACÉUTICO DE VALENCIA DIERON POR PRIMERA VEZ EN MUCHOS MESES AYER MARTES UNA RUEDA DE PRENSA CONJUNTA EN MADRID PARA EXPLICAR LOS POSIBLES PELIGROS QUE PUEDE TENER PARA EL MODELO ESPAÑOL DE FARMACIA EL PROYECTO DE LEY DE SOCIEDADES PROFESIONALES QUE EN ESTOS MOMENTOS SE ENCUENTRA EN FASE DE ENMIENDAS EN EL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS. DICHO PROYECTO, EN TEORÍA, NO AFECTA A LA FARMACIA, PERO AMBAS INSTITUCIONES CONSIDERAN QUE, DE NO MEDIAR UNA EXPLICACIÓN EXPLÍCITA DE QUE ESO ES ASÍ, LOS GRUPOS QUE DESDE SIEMPRE TRATAN DE ENTRAR EN EL MERCADO PUEDEN APROVECHAR LA VÍA PARA FORZAR LA LITERALIDAD DEL TEXTO Y COMENZAR A COMPRAR HASTA UN 25% DE TODAS LAS FARMACIAS DE ESPAÑA QUE QUIERAN, LO QUE GENERARÍA EL EMBRIÓN DE LA ENTRADA DE LAS CADENAS Y EL CAMBIO DEL PROPIO MODELO. ISABEL VALLEJO Y JAVIER CLIMENT LO EXPUSIERON AYER SIN ATAQUES A NADIE, CON GRAN CORRECCIÓN, PERO ASIMISMO CON GRAN PREOCUPACIÓN EN SUS PALABRAS. ADEMÁS, LA FORMA DE EVITARLO ES MUY FÁCIL.

ISABEL VALLEJO: “SI EL GOBIERNO APOYA EL MODELO, DEBE CAMBIAR ESTA LEY...”

→ “TENEMOS UN MODELO QUE PERMITE EL ACCESO AL MEDICAMENTO EN IGUALDAD DE CONDICIONES. ESTE VERANO HEMOS TENIDO EL DICTAMEN MOTIVADO DE EUROPA, QUE HA SIDO UNA GRAN SACUDIDA, Y ANTE EL QUE EL GOBIERNO HA DEFENDIDO EL MODELO. EN TEORÍA LA LEY DE SOCIEDADES NO AFECTA A LA FARMACIA. PERO COMO VIENE AL MISMO TIEMPO QUE EL DICTAMEN. Y COMO NO LIMITA DENTRO DE NUESTRO SECTOR LA APARICIÓN DE SOCIEDADES INTERPUESTAS, PUEDE DAR ENTRADA A CAPITALES QUE NO SEAN DEL SECTOR. LO QUE DARÍA LUGAR A UNA “JUDICIALIZACIÓN” SIN PRECEDENTES DE LA FARMACIA. Y EL MODELO ESPAÑOL YA NO ESTARÍA EN MANOS DEL GOBIERNO, SINO DE LOS JUECES, TAL Y COMO ESTÁ OCURRIENDO EN EL CASO DE LAS PATENTES. DE NO RESOLVERSE LAS INCONCRECCIONES QUE GENRA EL PROPIO TEXTO LITERAL EN LA LEY, SE ENTRARÍA EN EL TERRENO DE LA INCOHERENCIA POLÍTICA. HEMOS TENIDO ENTREVISTAS CON EL MINISTERIO, CON PRESIDENCIA DEL GOBIERNO, GRUPOS POLÍTICOS, ETC... Y EN LAS ENMIENDAS DE LA LEY HAY DOS, DE PP Y CIU, QUE SEÑALAN ESTE ASPECTO, Y QUE PEDIMOS A TODOS QUE APOYEN”.

→ **“A ESTE MODELO NO LE PASARÁ COMO AL TITANIC”**.- QUEREMOS HACER PÚBLICA NUESTRA PREOCUPACIÓN, SENSIBILIZAR A LOS POLÍTICOS SOBRE LO AFECTADA QUE PODRÍA QUEDAR LA PROFESIÓN Y PEDIR QUE EN LA LEY QUEDE PATENTE DE FORMA EXPLÍCITA QUE LA FARMACIA SE RIGE POR SU PROPIA NORMATIVA ESPECÍFICA, LO QUE EXCLUIRÍA ESTE PELIGRO. E INVITAMOS AL RESTO DE INSTITUCIONES DE ESTE SECTOR A QUE TAMBIEN MANIFIESTEN ESTA PREOCUPACIÓN Y TRABAJEN POR CONVENCER A GOBIERNO Y GRUPOS POLÍTICOS. PORQUE SI UN AGENTE ECONÓMICO SE HACE CON EL 25% DE MUCHAS FARMACIAS, SIN QUE NADIE LE PIDA EL DNI, CAMBIA EL PROPIO MODELO”. MÁS ADELANTE, ISABEL VALLEJO HIZO UNA CURIOSA METÁFORA SOBRE ESTE ASUNTO: “CUANDO ALGUIEN LOGRA ABRIR UNA VÍA DE AGUA, EL BARCO ACABA HUNDÉNDOSE. Y ALGUNOS NO VAMOS A PERMITIR QUE EL MEDICAMENTO DE LA FARMACIA ESPAÑOLA ACABE HUNDÉNDOSE COMO EL “TITANIC”. SI EL MODELO REALMENTE FUNCIONA Y SI REALMENTE NO SE QUIERE CAMBIAR, QUE SE PONGAN ENTONCES LOS MEDIOS PARA EVITARLO. Y SI POR ALGUNA RAZÓN SE QUIERE CAMBIAR, QUE SE DIGA DIRECTAMENTE, HABLANDO Y NEGOCIANDO CON LOS INTERLOCUTORES VÁLIDOS, PERO NO POR LA PUERTA FALSA, COMO SERÍA EN ESTE CASO”.



JAVIER CLIMENT: “SI ESA LEY SE QUEDA COMO ESTÁ, EL MODELO YA NO SERÁ TRANSPARENTE”

* “LO QUE EL FARMACÉUTICO SE GANA EN LA UNIVERSIDAD, OTROS LO QUIEREN TENER A GOLPE DE TALONARIO”

* **EL PTE DEL COLEGIO FARMACÉUTICO DE VALENCIA, HONDAMENTE PREOCUPADO CON ESTE PROYECTO**

EL PRESIDENTE DEL COLEGIO FARMACÉUTICO DE VALENCIA, JAVIER CLIMENT, QUE HIZO UN HUECO EN LA PREPARACIÓN DE LAS JORNADAS SOBRE EL MODELO MEDITERRÁNEO DE FARMACIA QUE SU INSTITUCIÓN ORGANIZA PARA EL PRÓXIMO VIERNES PARA ACUDIR A MADRID, TUVO UNA INTERVENCIÓN TRUFADA DE EJEMPLOS DE LO QUE HA OCURRIDO EN OTROS PAÍSES CUANDO LAS CADENAS DE FARMACIA HAN ENTRADO A PARTICIPAR DENTRO DEL MODELO FARMACÉUTICO. CLIMENT, COMO ES COSTUMBRE SIEMPRE EN TODOS LOS DIRIGENTES DE SU COLEGIO, LO EXPUSO CON MUCHA PASIÓN Y DEMOSTRANDO QUE LLEVA A SU PROFESIÓN EN EL CORAZÓN.



→ **“QUE NO OCURRA EN ESPAÑA COMO EN BÉLGICA”**.- “ESPAÑA TIENE UNA FARMACIA ALEJADA DE CRITERIOS PERSONALES Y ECONÓMICOS, EN LA QUE SÓLO PRIMA LO SANITARIO. ES EL GRAN SELLO DE CALIDAD DE NUESTRO MODELO, LO DEFINAMOS COMO LO DEFINAMOS. UN MODELO QUE PERMITE QUE EN VALENCIA HAYA UNA FARMACIA POR CADA 2000 HABITANTES Y QUE EN EL ÁREA METROPOLITANA EL RATIO BAJE A 1 POR CADA 1.400. UN MODELO EN EL QUE EL PROPIO FARMACÉUTICO RESPONDE CON SU

PATRIMONIO PERSONAL. EN EL QUE ES MÁS INDEPENDIENTE QUE NINGUNO. UN MODELO FLEXIBLE Y ADAPTABLE QUE PERMITE SEGUIR ABRIENDO FARMACIAS (250 MÁS DESDE LA LEY DE SANIDAD DE MI COMUNIDAD). Y QUE DA TODAS LAS VENTAJAS... EN INGLATERRA ESTE MODELO LO CERRARON Y DESAPARECIERON LAS FARMACIAS RURALES, HASTA EL PUNTO DE QUE NADIE QUIERE ESTUDIAR ALLÍ FARMACIA PORQUE NO HAY CARRERA PROFESIONAL, Y ESTÁN HABILITANDO A LOS MÉDICOS PARA QUE LLEVEN BOTIQUINES O INCLUSO “FICHANDO” FARMACÉUTICOS ESPAÑOLES. EN BÉLGICA TENÍAN RATIOS COMO LOS DE ESPAÑA, CAMBIARON EL MODELO, Y HACE UNOS DÍAS UNA PREGUNTA PARLAMENTARIA DE UN DIPUTADO HA DENUNCIADO ANTE EL MINISTRO DE SANIDAD QUE SE ESTÁ CERRANDO UNA FARMACIA AL DÍA. NOSOTROS NO QUEREMOS QUE PASE ESO. NO QUEREMOS QUE UNA LEY NO SANITARIA ROMPA EL BINOMIO PROPIEDAD-TITULARIDAD, QUE ES LA CLAVE DE TODO”.

→ **“NOS CUELAN UN CAMBIO DECISIVO”**.- “TENEMOS UN SISTEMA TRANSPARENTE. Y SI LO CAMBIAMOS CON LA LEY DE SOCIEDADES SÓLO LO VAMOS A OSCURECER.. QUE NO PASE COMO EN ARGENTINA, DONDE SE HA DESCUBIERTO QUE DETRÁS DE UNA GRAN CADENA HABÍA INTERESES DE NARCOTRÁFICO. O COMO EN CHILE, DONDE DOS ÚNICAS CADENAS SE REPARTEN TODA LA PROPIEDAD. SI SE LLEGA A DEJAR ESTA LEY COMO ESTÁ, HABRÍA QUE MONTAR UN GRAN SISTEMA DE CONTROL, QUE ADEMÁS ALGUNOS APRENDERÍAN A BURLAR. LAS CADENAS SÓLO ABREN DONDE HAY FARMACIAS. NUNCA DONDE SE NECESITAN DE VERDAD. LOS FARMACÉUTICOS TENEMOS MEDICAMENTOS EN LAS FARMACIAS QUE SABEMOS QUE TARDAREMOS EN VENDER, PERO QUE SE PUEDEN NECESITAR. ¿VDS. CREEN QUE EL JEFE DE PLANIFICACIÓN DE UNA CADENA HARÁ ESO? SI ESTAMOS DE ACUERDO, COMO PARECE, EN QUE EL MODELO FUNCIONA Y UNA LEY LO PUEDE CAMBIAR, HÁGASE UN MATIZ PARA QUE ESO NO OCURRA. UNA LEY COMO ESTA NO NOS PUEDE “COLAR UN CAMBIO DE RONDÓN” COMO ÉSTE. NO PUEDO TOLERAR QUE LA CAPACIDAD Y PROFESIONALIDAD QUE YO ME GANO EN AÑOS DE ESTUDIO EN LA UNIVERSIDAD, OTROS SE LA ATRIBUYAN A GOLPE DE TALONARIO”.

La farmacia española, contraria a su inclusión en el Proyecto

El proyecto de Ley de Sociedades Profesionales podría cambiar el Modelo de Farmacia por la puerta falsa

- El Proyecto de Ley de Sociedades Profesionales, que ni siquiera está dirigido específicamente a la Farmacia, en su redacción actual, supone la ruptura del Modelo Mediterráneo y español de farmacia, en una evidente incoherencia con la defensa del citado modelo que acaba de hacer el Gobierno frente al Dictamen Motivado abierto desde Bruselas
- Los farmacéuticos españoles plantean que el Proyecto de Ley de Sociedades Profesionales excluya a los profesionales que, como es el caso de los farmacéuticos, tienen un marco legal específico en vigor
- El texto del Proyecto de Ley, en fase de tramitación rápida en el Congreso de los Diputados, podría romper el binomio propiedad / titularidad que defiende el marco legislativo vigente (especialmente Ley General de Sanidad apartado 4 del artículo 103: "sólo los farmacéuticos podrán ser propietarios y titulares de las oficinas de farmacia abiertas al público.") dando entrada a terceros no profesionales, lo que provocará en consecuencia, una fuente de conflictos jurídicos sin precedentes en nuestro país
- La Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (FEFE) y el Colegio de Farmacéuticos de Valencia (MICOFV) lideran la contestación en nombre de los profesionales de la Farmacia de toda España
- Parece como si en parte el Gobierno estuviese dispuesto a sacrificar el buen funcionamiento del Modelo farmacéutico y sanitario español, en detrimento de los pacientes y en beneficio de los insaciables intereses económicos de las grandes superficies comerciales, algunas de cuyas cadenas son extranjeras y no se lo han permitido en sus países de origen

La Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (FEFE), el Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia (MICOFV) y la Plataforma del Modelo Mediterráneo de Farmacia (integrado también por asociaciones de consumidores y usuarios, asociaciones de familiares y otras) en nombre de los profesionales de la Farmacia de toda España, han mostrado hoy ante los medios de comunicación su posición contraria al Proyecto de Ley de Sociedades Profesionales.

A través de esta contestación pública instan al resto de colegios y entidades del sector a posicionarse contra un texto, que, en su actual redacción, podría quitar la propiedad de la farmacia, "por la puerta falsa" y supondrá la ruptura del modelo actual de Oficina de Farmacia español. El Proyecto de Ley de Sociedades Profesionales, que no está específicamente dirigido a la Farmacia, contempla en su cuerpo normativo la posible existencia de sociedades de este tipo cuya propiedad no corresponda exclusivamente a los profesionales.

Con esta norma, que por su propia naturaleza, no debiera incidir en la esfera del sector farmacéutico, donde su normativa específica define a las oficinas de farmacia como establecimientos sanitarios privados de interés público, sujetos así a la correspondiente planificación sanitaria autonómica, se cercena uno de los pilares esenciales que estructuran nuestro sistema farmacéutico, como es que sólo los profesionales farmacéuticos pueden ser titulares y propietarios de las oficinas de farmacia, principio y regla que ha sido una constante en nuestro modelo y en la mayoría de los países de la UE.

FEFE, MICOFV y la Plataforma del Modelo Mediterráneo de Farmacia denuncian que este Proyecto de Ley, en proceso de tramitación rápida en el Congreso de los Diputados, colisiona directamente con toda la legislación propia del sector, lo que generará, en consecuencia, una fuente de conflictos jurídicos sin precedentes en nuestro país.

Un conflicto legal sin precedentes

La legislación actual (ante todo en el apartado 4 del artículo 103 de la Ley General de Sanidad (LGS)), defiende que únicamente un farmacéutico titulado puede tener la propiedad de una farmacia, lo que se enfrenta directamente con el texto del Proyecto de Ley de Sociedades Profesionales (PLSP), que permite la ruptura del binomio propiedad/titularidad sin considerar esta normativa anterior, abriendo la entrada en la propiedad de no profesionales así como de capital ajeno (no profesional).

Las leyes que regulan el funcionamiento y servicios de las Oficinas de Farmacia en España (tanto nacionales como autonómicas) reconocen, ya sea de modo expreso o latente, la indisolubilidad de la propiedad / titularidad de la farmacia (Ley 14/1986 General de Sanidad, de 25 de abril; Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento; Ley 16/1997 de 25 de abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia; Leyes autonómicas de Ordenación Farmacéutica; y Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios. Cuando la normativa actual impone que la oficina de farmacia se encuentre en propiedad/titularidad de un farmacéutico lo hace por motivos fundados en interés público.

Con ello se evita la entrada de intereses de otros agentes económicos o del sector, algo que sería imposible de lograr si se admitieran las sociedades propietarias de oficinas de farmacia. Asimismo, atiende al objetivo –de interés público- de control del precio del medicamento, dado que al dividir la acción del Estado en dos ámbitos (precio de laboratorio y margen de los distribuidores y farmacias) se ha logrado mantener el precio del medicamento entre los más bajos de Europa. Lo que en un sistema como el español, que financia el medicamento al 90%, resulta absolutamente esencial.

Ruptura del sistema español regulador de las oficinas de farmacia “por la puerta de atrás”

El Proyecto de Ley de Sociedades Profesionales supone romper el binomio titularidad propiedad incurre directamente en la ruptura de las premisas que defiende el marco regulador actual: el medicamento no puede ser visto como un producto de consumo sujeto a las leyes del mercado, sino como un bien esencial de interés universal cuya necesaria intervención ha de tender a promover su uso racional y su correcta dispensación, garantizando una atención farmacéutica de calidad al usuario, por medio de profesionales sanitarios que desarrollen su función con criterios sanitarios, dando prioridad a éstos sobre los económicos.

Dar entrada a los intereses meramente económicos favorece directamente a las grandes superficies comerciales, algunas de cuyas cadenas son extranjeras a las que no se lo han permitido en sus países de origen. Supone abrir la puerta a intereses económicos que priman por encima de los intereses sanitarios y que en nada benefician a los pacientes.

Los profesionales de la farmacia, y en definitiva, los profesionales de la salud, no pueden permitir que abrir una farmacia pueda acabar siendo como “poner un comercio”, ya que los medicamentos son un bien esencial que no es asimilable a “mercancía”.

Una posición incoherente

El Proyecto de Ley de Sociedades Profesionales, en su redacción actual, supone la ruptura del Modelo Mediterráneo y español de farmacia, en una evidente incoherencia con la defensa del citado modelo que acaba de hacer el Gobierno frente al Dictamen Motivado abierto desde Bruselas. A mediados del mes de septiembre el Gobierno español, de manos del Ministerio de Sanidad y Consumo, presentó a la Unión Europea un informe en respuesta al Dictamen Motivado emitido por la Comisión, realizando una **“firme defensa”** del Modelo de Oficina de Farmacia Español en base a que su nivel de cobertura y su calidad es uno de los más elevados de toda Europa. **Un ejemplo gráfico es que para llegar a la media de 2.110 habitantes por farmacia que tiene España (el quinto país con mayor densidad), en el resto de los países de la UE deberían abrirse casi 90.000 farmacias.**

Asimismo, se incidía en que el marco normativo actual que regula nuestro modelo no vulnera el derecho comunitario en aspectos relacionados con el régimen de planificación territorial, el de propiedad y acumulación de farmacias.

Considerando este posicionamiento del Gobierno en cuanto a la defensa del modelo actual de farmacia, resulta sorprendente que en paralelo se tramite un texto como el PLSP que choca frontalmente con el marco regulador del que ya dispone el colectivo farmacéutico.

Parece como si en parte el Gobierno estuviese dispuesto a sacrificar el buen funcionamiento del Modelo farmacéutico y sanitario español, en detrimento de los pacientes y en beneficio de los insaciables intereses económicos de las grandes superficies comerciales.

Exclusión del PSLP del colectivo farmacéutico

En el modelo español, la Ordenación Farmacéutica, tal y como está concebida, resulta imprescindible por razones de interés general y por razones de salud pública.

Históricamente el modelo de farmacia español ha sido el llamado “mediterráneo”, que regula por ley los criterios de apertura en función de población y distancias, y considera al farmacéutico como un profesional independiente, sujeto a unas exigencias éticas y morales en beneficio de los pacientes y del interés general. Todo ello basado en la unión legal de la propiedad de la farmacia a la titularidad, lo que asegura que prime el interés del paciente frente al económico y comercial.

Desde la Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (FEFE) y el Colegio de Farmacéuticos de Valencia (MICOFV) lideramos la contestación en nombre de los profesionales de la Farmacia de toda España e invitamos al resto de colegios y entidades del sector a posicionarse contra el Proyecto de Ley. Asimismo, confiamos en que prosperen las enmiendas realizadas por distintos grupos políticos que han previsto el posible conflicto que la redacción actual del citado texto puede desencadenar.

Los farmacéuticos españoles planteamos que el Proyecto de Ley de Sociedades Profesionales excluya a los profesionales, como es el caso de los farmacéuticos, que tienen un marco legal específico en vigor. Creemos poco adecuado que una ley no diseñada para el sector ni los servicios sanitarios, pueda alterar profundamente el funcionamiento del sector farmacéutico y del modelo sanitario en España.

Es imprescindible que se prevea expresamente la exclusión del Proyecto de Ley en su ámbito de aplicación del sector farmacéutico, ya ordenado y regulado específicamente por la Ley General de Sanidad, la Ley de Regulación de los Servicios de las Oficinas de Farmacia y la nueva Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, así como por las normas de ordenación autonómicas.

LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE, LA MUJER Y LA RESPONSABILIDAD SOCIAL, EJES DE LA 6ª EDICIÓN DE LA FERIA SALUSLABORIS

- “Empresas saludables, sostenibles y responsables” es el lema de esta nueva edición en la que se tratarán temas tales como la salud la responsabilidad social o los nuevos desafíos del paciente.
- En el encuentro se debatirá la importancia que juegan las fuentes de información del paciente, los nuevos desafíos en la interrelación con los profesionales sanitarios, los cambios sociales y sanitarios de la mujer actual y los principios de la ONU sobre responsabilidad social.



El Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social, Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS), presenta la sexta edición de la Feria Saluslaboris que tendrá lugar en el Palacio de Exposiciones y Congresos de Madrid entre el 25 y el 27 de octubre. La muestra se presenta como una plataforma de debate, en la que se abordarán, a través de distintos foros, aspectos como los nuevos desafíos de los pacientes y la salud y el bienestar de la mujer actual. Los Foros cuentan con la participación de representantes de las administraciones central y autonómica, así como de destacados expertos procedentes del sector sanitario y de la comunicación. En opinión del doctor Manuel Peña, Secretario General del Instituto Europeo, “Saluslaboris es un punto de encuentro para el intercambio de experiencias en el que, profesionales de la materia y del sector podrán reforzar sus conocimientos y relaciones”.

Bajo el lema “Empresas saludables, sostenibles y responsables” que preside la sexta edición de SalusLaboris, el Instituto Europeo pretende constituirse en un punto de encuentro sobre las nuevas tendencias en materia de salud, prevención y responsabilidad social. No en vano, según detalla el doctor Peña, “en los últimos años, más de 12.000 visitantes han acudido a la Feria con el objetivo de actualizar e intercambiar impresiones sobre temas tan actuales como el tabaquismo, la dieta y hábitos saludables, prevención del cáncer, riesgo cardiovascular, el nacimiento del paciente informado o el papel que adquiere la mujer como agente clave del sistema sanitario”.

En este sentido, SalusLaboris centrará su interés en estos dos últimos aspectos, a través de la organización de dos Foros de Debate sobre los “Nuevos Desafíos de los Pacientes” y la “Salud y Bienestar de la Mujer”, que consideran tanto a los pacientes como a la mujer como agentes dinamizadores de la salud en España.

Foro sobre Nuevos Desafíos del Paciente

El día 25 de octubre tendrá lugar la inauguración de la Feria con la celebración del Foro sobre Nuevos Desafíos de los Pacientes, bajo la presidencia del Defensor del Pueblo, Enrique Múgica y en el que participarán los Consejeros de Sanidad de Madrid, Canarias, y Castilla La Mancha

En opinión del doctor Peña, “el objetivo de este Foro es el de implicar a la sociedad civil a través de las asociaciones de pacientes”. De hecho, en este encuentro se analizarán de la mano de destacados expertos el creciente protagonismo que han adquirido las asociaciones de pacientes, los desafíos a los que se enfrentan, la importancia de la humanización de la asistencia, la calidad de la información obtenida y la nueva interrelación médico-paciente.

En este sentido, el doctor Albert Jovell, presidente del Foro Español de Pacientes y participante en el Foro, analizará el acceso del paciente a la información a través de Internet y las nuevas tecnologías ya que, en su opinión “un sistema bien planificado facilita que el paciente pueda tener una relación más eficiente con el profesional”.

Foro sobre Salud y Bienestar de la Mujer

El jueves 26 de octubre, por su parte, se celebrará el Foro sobre Salud y Bienestar de la Mujer, un encuentro en el que se abordarán los aspectos sociales y sanitarios que interesan a la mujer actual. Así, expertos del área de la ginecología, la salud pública o la comunicación, debatirán sobre la influencia del tabaco en el riesgo cardiovascular aumentado de la mujer, la importancia de la dieta y el colesterol, la asistencia sanitaria en casos de violencia de género o el papel que juega la menopausia en la implementación de programas de salud de la mujer. También se dará a conocer la nueva vacuna del cáncer de cuello de útero. El doctor Santiago Palacios, vicepresidente de la Asociación Internacional para el Estudio de la Menopausia, anunciará los cambios e investigaciones realizadas en la actualidad sobre la problemática de la menopausia”.

Participarán en este foro los Consejeros de Sanidad de Aragón, Murcia, Aragón y la Viceconsejera de Calidad Asistencial, Salud Pública y Consumo de la Comunidad de Madrid.

Foro sobre Responsabilidad Social

El viernes día 27 octubre, por su parte, se celebrará el Foro sobre Responsabilidad Social Corporativa, un encuentro en el que se podrá conocer el estado actual del debate político sobre la responsabilidad social y el relato de las experiencias de diferentes empresas para la puesta en práctica del concepto de responsabilidad social.

Este Foro también acogerá la presentación de los principios con la ONU y el Pacto Global sobre Responsabilidad Social.

Entrevista Excmo. Sr. D. Enrique Múgica, Defensor del Pueblo

1.- Desde su experiencia, ¿cuál ha sido la evolución de la salud de la población española en los últimos años?

La configuración del Sistema Nacional de Salud, constituye uno de los logros más ambiciosos de la sociedad española ya que dio lugar al establecimiento de una estructura unitaria e integrada de todos los organismos y recursos públicos al servicio de la salud, también a centrar el debate sanitario en aspectos muy concretos, relativos a la organización y gestión de los servicios, a la eficacia y eficiencia de los mismos y a la financiación del sistema.

Estamos viviendo una época de continuo cambio, y no simplemente del sistema asistencial, sino de los valores sociales y de las expectativas de los ciudadanos, y nuestra sociedad está demandando la mejor atención posible dentro de unos criterios ajustados a la calidad, manifestación inherente del derecho constitucional a la protección de la salud. El reto del sector sanitario habrá de ser la calidad, como cultura corporativa, que, respecto a los servicios sanitarios, está constituida por un conjunto de características diferentes, referidas a los recursos disponibles, a los procesos establecidos, a los resultados conseguidos y a la percepción que de todo ello experimentan los usuarios y pacientes.

2.- ¿Cuáles son las principales reclamaciones relevantes en la salud de la población española?



La protección de la salud es un derecho constitucional, corresponde al estado su organización y tutela a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios, y además todas las actividades de las Administraciones Públicas han de estar orientadas a los ciudadanos, y por ello, es obligado conocer lo que éstos demandan y actuar en consecuencia.

Por lo que se refiere a la opinión de los ciudadanos manifestada ante el Defensor del Pueblo en materia de sanidad, cabe señalar que, en los términos generales, las quejas formuladas versan fundamentalmente sobre tres aspectos nucleares, como son la información, la participación y la organización.

3. ¿En la actualidad, cuál es el grado de satisfacción en la relación existente entre médico y paciente?

Hay que tener presente que la relación entre calidad asistencial y satisfacción de los pacientes es compleja.

La percepción de la satisfacción depende en gran medida del grado de participación que el paciente percibe en su relación clínica y del nivel de comunicación alcanzado.

De ello se desprende que los pacientes más informados son los que desean participar más activamente en la toma de decisiones que pueden repercutir en su salud.

4. ¿Qué elementos debe tener un sistema de salud para garantizar la calidad asistencial a los ciudadanos?

Los principales actores en el escenario en el que han de promoverse las acciones que posibiliten la consolidación y modernización de nuestro sistema son tres: en primer lugar, los ciudadanos y pacientes auténticos destinatarios del sistema.

En segundo lugar, los profesionales, la implicación de los mismos en la gestión de los centros, mediante una política que promueva la participación en la gestión clínica. En tercer lugar, los gestores, cuya labor es tan necesaria para la viabilidad del sistema.

Los usuarios del sistema público sanitario están cambiando sus valores, sus necesidades y sus exigencias.

Es esencial un modelo en el que los ciudadanos y pacientes estén mejor informados y en el que la calidad ocupe un papel preeminente.

5. ¿Qué logros históricos ha conseguido en salud el Defensor?

La intervención del Defensor del Pueblo fue decisiva para la inclusión de los derechos de los pacientes en la Ley General de Sanidad, y para la regulación de las comisiones de calidad de los centros hospitalarios.

6. En la Feria SalusLaboris que usted inaugura el 25 de octubre, se presta especial atención a los pacientes y a la salud y bienestar de la mujer ¿cuáles son las principales líneas de actuación del Defensor del Pueblo con estos colectivos?

La 6ª Feria Saluslaris es fiel expresión de la admirable labor que el Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social viene desarrollando a favor de la calidad de vida de los ciudadanos, en cuyo marco se van a abordar aspectos de gran relevancia e interés para la Oficina del Defensor y para los ciudadanos.

En relación con los pacientes es necesario implicar a la sociedad civil en la participación de la organización de las Asociaciones de Pacientes, crear una corriente de opinión sobre la importancia que tiene la humanización de la asistencia sanitaria y sobre los aspectos claves de la información al paciente.

Con respecto a la mujer, el Defensor está llevando a cabo una defensa a ultranza de la igualdad y de la protección de la mujer frente a cualquier tipo de violencia.

Foro sobre “Responsabilidad Social Empresarial”

9.15 h. Inauguración oficial

- **Honorable D. Francisco Fiol**, Consejero de Educación del GOBIERNO BALEAR

9.30 – 11.00 h.

1ª mesa redonda: “El desafío de la Responsabilidad Social”

Presidente – Moderador:

- **Dr. D. Manuel Peña**, Secretario General del Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social, centro colaborador de la OMS

Ponentes:

“El debate político sobre Responsabilidad Social Empresarial”

- **D. Julio Sánchez Fierro**, Diputado en el CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

“El papel de los medios de comunicación en la RSE”

- **D. José Manuel González Huesa**, Director General de SERVIMEDIA y Presidente de la ASOCIACIÓN NACIONAL DE INFORMADORES DE LA SALUD (ANIS)

“Reputación corporativa: experiencias en un grupo hospitalario”

- **D. José Ramón Rubio**, Vicepresidente del GRUPO HOSPITALARIO QUIRÓN

Coloquio

12.00 – 13.30 h.

2ª mesa redonda: “Responsabilidad Social: nuevos retos”

Presidente – Moderador:

- **D. José M^a Alcocer**, Director Territorial de Madrid de la MUTUA UNIVERSAL

Ponentes:

“El diálogo con los grupos de interés como herramienta de RSE”

- **D. José Manuel Sedes**, Manager de Responsabilidad Corporativa de VODAFONE

“Normalización y verificación de la RSE”

- **D. José Luis Tejera**, Director de Desarrollo Corporativo y Estratégico de AENOR

“La Vigilancia de la Salud en el marco de la RSE”

- **Dr. D. Jesús López Raya**, Director de los Servicios Médicos de CAJASUR

“El medio ambiente y las personas: elementos estratégicos en la RSE”

- **D. Francisco Sosa**, Director de Relaciones Externas de MRW

Coloquio

Foro sobre “Salud y Bienestar de la Mujer”

9.00 h. Acto inaugural

- **Prof. Dña. Juliana Fariña.**- Presidenta del COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE MADRID
- **Dña. Belén Prado.**- Viceconsejera de Calidad Asistencial, Salud Pública y Consumo de la COMUNIDAD DE MADRID

Conferencia inaugural

“Vacunación de la mujer frente al cáncer de cuello de útero”

- **Dra. Dña. Pilar Miranda.**- Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital de Fuenlabrada (MADRID), y Miembro de la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Coloquio: “Implementación de programas de salud de la mujer”

Moderador:

- **Dr. D. Manuel Peña.**- Secretario General del Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social, centro colaborador de la OMS

10.30 h. “Cambio social en la posición de la mujer”

- **Dña. Patricia Flores.**- Directora General de la Mujer de la COMUNIDAD DE MADRID

10.50 h. “Dieta, colesterol y salud de la mujer”

- **D. Ramón Sánchez-Ocaña.**- Periodista

11.10 - 11.40 h. Descanso

11.40 h. “Tabaco, riesgo cardiovascular y mujer: tratamiento de la dependencia tabáquica”

- **Dr. D. Joan Gual.**- Presidente del COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE BALEARES y Cardiólogo

12.00 h. “Sobrepeso, obesidad y actualización del síndrome metabólico en la mujer”

- **Dr. D. Ricardo Aguiló.**- Co-autor de la Guía de Obesidad y Sobrepeso de ASEPEYO y Responsable del Programa de Prevención sobre Sobrepeso, Obesidad, y Hábitos Saludables en el Ambiente Laboral

12.20 h. “Cáncer de mama: prevención y tratamiento precoz”

- **Dña. Antonia Gimón.**- Presidenta de la FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE CÁNCER DE MAMA

12.40 h. “Menopausia”

- **Dr. D. Santiago Palacios.**- Vicepresidente de la SOCIEDAD INTERNACIONAL DE MENOPAUSIA y Director del INSTITUTO PALACIOS DE SALUD Y MEDICINA DE LA MUJER

13.00 h. “Violencia de género y asistencia sanitaria”

- **Dña. Pilar Grande.**- Vicepresidenta Primera de la Comisión de Sanidad y Consumo del CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

13.20 h. Clausura

- **Dña. Teresa Herranz.**- Consejera de Sanidad de la REGIÓN DE MURCIA
- **Dña. Luisa Maria Noeno.**- Consejera de Sanidad del GOBIERNO DE ARAGÓN

Foro sobre “Nuevos Desafíos de los Pacientes”

Presidido por: Excmo. Sr. D. Enrique Múgica, Defensor del Pueblo

10.00 h. Acto inaugural

- **D. Roberto Sabrido**, Consejero de Sanidad de la JUNTA CASTILLA LA MANCHA
- **Dña. M^a del Mar Julios**, Vicepta del GOBIERNO DE CANARIAS y Consejera de Sanidad
- **D. Manuel Lamela**, Consejero de Sanidad de la COMUNIDAD DE MADRID
- **D. Enrique Múgica**, Defensor del Pueblo

Moderador:

- **Dr. D. Manuel Peña**, Secretario General del Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social, centro colaborador de la OMS

11.00 – 11.30 h. Descanso

11.30 – 12.30 h.

1^a mesa redonda: “Propuestas parlamentarias sobre los pacientes”

“Movilidad del paciente en la Unión Europea y su financiación”

- **Dña. Ana Pastor**, Ex – Ministra de Sanidad, Diputada en el CONGRESO DE LOS DIPUTADOS y Secretaria de Política Social del PARTIDO POPULAR

“Información al paciente en el ámbito europeo”

- **D. Alberto Fidalgo**, Portavoz Adjunto de Sanidad del Grupo Socialista en el CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

“Atención al profesional y al paciente por parte de la Administración”

- **Dña. Nuria Alexandre**, Portavoz de Sanidad de CIU en el SENADO

12.30 – 13.30 h.

2^a mesa redonda: “Los nuevos retos de las asociaciones de pacientes y su interrelación con los profesionales sanitarios”

Presidente - Moderador:

- **Dr. D. Manuel Gómez Benito**, Presidente del CONSEJO AUTONÓMICO DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS DE CASTILLA Y LEÓN

Ponentes:

“La transmisión de la información a la familia y cuidadores”

- **D. Francisco González – Robatto**, Pte ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER

“El asociacionismo sanitario como fuerza emergente de la sociedad civil”

- **D. Alejandro Toledo**, Presidente de la FEDERACIÓN NACIONAL ALCER (Asociación de Lucha contra las Enfermedades del Riñón)

“Herramientas para la participación de los pacientes”

- **D. Santiago Quiroga**, Vicepresidente Ejecutivo de FUNDAMED

“La representatividad de los pacientes ante las administraciones públicas”

- **D. José Antonio Herrada**, Presidente de la COALICIÓN DE CIUDADANOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

13.30 h. Presentación de propuestas de las Asociaciones de Pacientes: comunicaciones libres

16.00 – 17.30 h.

3ª mesa redonda: “Desafíos en la información al paciente”

Presidente - Moderador:

- **D. Juan Siso**, Subdirector General del Defensor del Paciente de la C. DE MADRID

Ponentes:

“El acceso del paciente a la información electrónica: Dr. Google, ¿qué me pasa?”

- **Dr. D. Albert Novell**, Presidente del FORO ESPAÑOL DE PACIENTES

“La información al paciente en Atención Primaria. ¿Cuánto dan de sí 5 minutos?”

- **Dr. D. Vicente Baos**, Médico de Atención Primaria del CENTRO DE SALUD de Villalba

“La información al paciente sobre el tratamiento: qué, a quién, por qué, cómo y cuándo”

- **Dr. D. Pedro Mata**, Presidente de la FUNDACIÓN HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR y Jefe de la Unidad de Lípidos de la FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ de Madrid

“¿Es eficiente informar al paciente sobre los medicamentos? Un modelo económico para España”

- **Dr. D. Xavier Badía**, Especialista en Economía de la Salud y Director General de HEALTH OUTCOMES RESEARCH EUROPE-IMS

17.30 - 19.00 h.

4ª mesa redonda: “Aspectos claves en la atención al paciente”

Presidente - Moderador:

- **D. Jorge Fernández Ordás**, Director General de Atención al Paciente y Relaciones Institucionales. Consejería de Sanidad y Consumo de la COMUNIDAD DE MADRID

Ponentes:

“La atención a los pacientes: el reto de la humanización”

- **Dr. D. Asensio López**, Vicepresidente de la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA (SEMFYC)

“El paciente en la visita médica”

- **Dra. Dña. Dolores Navarro**, Directora Académica de la UNIVERSIDAD DE LOS PACIENTES

“Cuidado del paciente y cuidado del cuidador: hacia un hospital eficaz y humano”

- **Dr. D. Luis Carlos Martínez Aguado**, Jefe del Servicio de Información, Trabajo Social y Atención al Paciente del HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL

“La reclamación como fuente de mejora del sistema”

- **D. Javier Amaro**, Jefe de Servicio de Atención al Paciente. ÁREA 1 DE A. PRIMARIA

“Políticas estratégicas en la atención al paciente en la Comunidad de Madrid”

- **Dr. D. Luis Martínez Hervás**, Subdirector General de Bioética, Información y Atención al Paciente de la Consejería de Sanidad y Consumo de la COMUNIDAD DE MADRID

19.00 h. Presentación de propuestas sobre Pacientes: comunicaciones libres

19.30 h. Clausura

“¿Por qué no me dan mi historia clínica?: una reclamación habitual del paciente”

- **D. Juan Ignacio Barrero**, Defensor del Paciente de la COMUNIDAD DE MADRID.

Elena Salgado firma hoy un convenio marco con el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

- **El acto, al que podrán asistir los medios de comunicación, tendrá lugar a las 19:30 horas en la sede del Ministerio de Sanidad y Consumo**
- **Suscribirá el texto, además de la Ministra, el Presidente del Consejo General, Pedro Capilla**
- **Mediante este convenio marco se establecen las bases de colaboración entre ambas entidades en materia de mejora de la calidad de los servicios farmacéuticos**

Día:	Miércoles, 18 de octubre.
Hora:	19:30
Lugar:	Ministerio de Sanidad y Consumo. Paseo del Prado 18-20, 4ª planta. Madrid.

La Revisión del Código Internacional de Ética Médica o Declaraciones sobre VIH/SIDA y Profesión Médica fueron otros temas de los tratados

El presidente de la OMC, Isacio Sigüero, explica hoy en Madrid los asuntos debatidos en la Asamblea de la Asociación Médica Mundial de Sudáfrica

El presidente de la Organización Médica Colegial, Isacio Sigüero, y el presidente de la Comisión Central de Deontología, Rogelio Altisent presentarán en rueda de prensa mañana jueves 19, a las 10:30 horas, en la sede de la institución (Plaza de las Cortes, 11-3) los acuerdos adoptados en la reunión anual de la Asociación Médica Mundial celebrada este fin de semana en Sudáfrica, y de la que la OMC es miembro de pleno derecho.



Entre los temas a destacar se encuentran la amenaza de expulsión de China de la Asociación de continuar con la extracción de órganos a prisioneros. La amenaza se planteó durante el debate previo a la Declaración de Donación y Transplante. También se aprobó la revisión del Código Internacional de Ética Médica.

Otro tema importante fue la moción de censura presentada por Bolivia ante la llegada masiva de médicos cubanos a su país sin garantías de titulación ni coordinación e impulsada por el propio gobierno de Cuba.

También se aprobó una resolución de urgencia contra las pruebas nucleares presentada por Japón ante el reciente ensayo nuclear de Corea del Norte. Estos temas serán analizados en la rueda de prensa en donde además de los doctores Sigüero y Altisent estará presente el otro delegado español y presidente del Colegio de Médicos de Baleares, Juan Güal.

DIA: 19 DE OCTUBRE DE 2006

HORA: 10:30 HORAS

LUGAR: PLAZA DE LAS CORTES, 11 -3 MADRID

Marina Geli visita la comarca del Bajo Llobregat

La consejera de Salud, Marina Geli, visita hoy, miércoles 18 de octubre, los municipios de Cornellà de Llobregat, Gavà, Molins de Rei, Olesa de Montserrat y Martorell en la comarca del Bajo Llobregat.

Primeramente, a las 9.30h, la consejera acudirá a Cornellà de Llobregat para visitar el nuevo consultorio local de Font Santa (c/ Gironès, 5) y hará un breve recorrido por las instalaciones.

A continuación, a las 10.30h, Marina Geli se desplazará al Ayuntamiento de Gavà (Plaza Jaume Balmes s/n) donde será recibida por el alcalde de la localidad, Joaquim Balsera. La consejera se reunirá con el alcalde a las 10.45h y atenderán a los medios de comunicación.

Más tarde, a las 11.30 h, Marina Geli se trasladará al Ayuntamiento de Molins de Rei (Plaza de Catalunya, 1) donde la recibirá el alcalde Ivan Arcas. Seguidamente, a las 11.50h, la consejera irá a visitar el nuevo Centro Médico Molins de Rei situado en el Passeig Terraplé, 97.

Después, a las 13h, la consejera de Salud irá al Ayuntamiento de Olesa de Montserrat (C/ d'Anselm Clavé, 185), donde será recibida por el alcalde, Joan Rota. A las 13.20h, Marina Geli visitará el Centro de Salud de la población (c/ Lluís Puigjaner, 22) y asistirá a la presentación de la remodelación del centro. Seguidamente, la consejera atenderá a los medios de comunicación en las instalaciones del centro.

Finalmente, a las 16h, la consejera de Salud, Marina Geli, se desplazará hasta el Ayuntamiento de Martorell (Pl. Vila, 46), donde la recibirá la alcaldesa de la localidad, Dora Ramon, y firmarán un convenio de colaboración. Después, la consejera y la alcaldesa atenderán a la prensa.

CONVOCATÒRIA DELS MITJANS DE COMUNICACIÓ

ACTE:	Atenció als mitjans de comunicació.
DIA:	Dimecres 18 d'octubre
HORA:	10.45 hores
LLOC:	Ajuntament de Gavà (Pl Jaume Balmes s/n).

CONVOCATÒRIA DELS MITJANS DE COMUNICACIÓ

ACTE:	Atenció als mitjans de comunicació.
DIA:	Dimecres 18 d'octubre
HORA:	13.15 hores
LLOC:	Centre de Salut (C/ Lluís Puigjaner 22 s/n). Olesa de Montserrat.

CONVOCATÒRIA DELS MITJANS DE COMUNICACIÓ

ACTE:	Atenció als mitjans de comunicació.
DIA:	Dimecres 18 d'octubre
HORA:	16.30 hores
LLOC:	Ajuntament de Martorell (Pl. Vila, 46).

La Fundación de Ciencias de la Salud y el Instituto Británico organizan una jornada sobre nanotecnología

Las primeras aplicaciones de la nanociencia podrían darse en el campo diagnóstico

- **Este área de investigación ofrece nuevos métodos de análisis de proteínas y funciones celulares –un nuevo amanecer para la biofísica- y contribuye significativamente al desarrollo de fármacos**
- **El Gobierno español ha puesto marcha diversos programas y proyectos relacionados con la nanociencia bajo el auspicio de los ministerios de Sanidad, Educación e Industria**
- **Algunos expertos han llamado la atención sobre lo exagerado de las expectativas y han indicado que puede ser contraproducente para su desarrollo**

La interacción entre la biología, la medicina y la nanotecnología constituye uno de los campos más prometedores de la investigación. Así, mientras que la nanobiotecnología es la rama de la nanotecnología que se basa en el uso de estructuras biológicas, la nanomedicina se ha convertido en una de sus vertientes más prometedoras.

“Las nanotecnologías podrían dar una nueva dimensión al desarrollo de instrumentos destinados al diagnóstico médico”, ha destacado el Profesor Mike Norton, de la Universidad de Londres, durante la jornada “Nanotecnología: la revolución de lo pequeño”, celebrada hoy en Madrid, y organizada por la Fundación de Ciencias de la Salud y el Instituto Británico.

“La nanociencia ofrece nuevos métodos de análisis de proteínas y funciones celulares –un nuevo amanecer para la biofísica- y contribuye significativamente al desarrollo de fármacos”, ha afirmado el Prof. Norton, quien cree firmemente que muchos problemas de la industria farmacéutica podrían solucionarse con la nanotecnología (“desde una mejora en la formulación hasta una patente más larga”).

“España tiene que hacer un importante esfuerzo en nanotecnología para competir con países como Estados Unidos, Reino Unido y Japón”, ha comentado el Profesor José María Mato, director del CIC bioGUNE y del CIC biomaGUNE, quien opina que se están dando pasos en la buena dirección, como la puesta en marcha de diversos programas y proyectos relacionados con la nanociencia bajo el auspicio de los ministerios de Sanidad, Educación e Industria.

A este respecto, el Prof. Mato ha pedido a los políticos españoles que se tenga más en cuenta la nanociencia y la nanotecnología, incrementándose la inversión general en I+D, por un lado, y concienciando a la población de sus posibles aplicaciones, por otro. Sobre este último aspecto, el Prof. Mato ha apuntado la dificultad de predecirlas a corto plazo. “Quizás en el campo diagnóstico se den las primeras”, dijo.

“Aunque es certero el beneficio potencial de las nanotecnologías en una variedad de sectores –entre ellos el sanitario-, algunos expertos han llamado la atención sobre lo exagerado de las expectativas y han indicado que puede ser contraproducente para su desarrollo”, ha afirmado el Prof. Mato.

Por otro lado, organizaciones no gubernamentales y grupos de expertos también han expresado su preocupación por el efecto que los nuevos nanomateriales puedan tener sobre la salud humana, así como por las consecuencias que pudieran derivarse de las convergencias con otras tecnologías atención sobre lo exagerado de sus expectativas.

A grandes rasgos, la nanociencia se ocupa de la manipulación de materiales a escala atómica, molecular y macromolecular, en la que las propiedades difieren de modo significativo.

“La nanotecnologías podrían generar importantes beneficios en aspectos tan diversos como el desarrollo de nuevos medicamentos, la descontaminación de aguas y las tecnologías de la información”, ha destacado el Prof. Mato. En los últimos años se han utilizado para crear las estructuras de los chips de los ordenadores.

La jornada también ha contado con la participación de:

- D. Francisco Gracia, director del Instituto de Salud Carlos III;
- Dña. Violeta Demonte, directora general de Investigación del Ministerio de Educación;
- D. Fernando Briones, profesor de Investigación del Instituto de Microelectrónica del CSIC;
- D. José Luis Carrascosa, profesor de Investigación del Departamento de Estructuras de Macromoléculas del Centro Nacional de Biotecnología;
- Dña. Soledad Penadés, investigadora del CIC biomaGUNE y profesora de Investigación del CSIC;
- y Dña. Ijeoma Uchegbu, catedrática de *Drug Delivery* del Centro de Investigación en Nanomedicinas de la Universidad Strathclyde, de Glasgow.



MANIFIESTO PARA EL 10 DE NOVIEMBRE

¿Por qué nos movilizamos?

La reforma de la Atención Primaria (AP) iniciada hace 25 años supuso un importante avance en nuestra Sanidad Pública debido a la mejora de las infraestructuras en el primer nivel, la formación y dedicación de los profesionales, las actividades no sólo asistenciales, el aumento de la resolutivez, etc. Echaban a andar los flamantes Centros de Salud. Pero, tras el empuje inicial, la AP viene sufriendo en los últimos años un deterioro progresivo y un abandono por parte de la Administración Sanitaria, que se traducen en:

- Una cada vez mayor presión asistencial.
- Una labor burocrática y papeleo desbordantes.
- Una escasa o nula capacidad de decisión y control del clínico sobre su trabajo.
- Una asunción de responsabilidad que contrasta con la falta de autoridad y autonomía.
- Una escasa dedicación, por falta de tiempo, a actividades preventivas, docentes, investigadoras, organizativas, etc.
- Una ausencia de apoyo auxiliar en consulta.
- Una gestión politizada, no profesional, basada en la rigidez, la desconfianza hacia el profesional y la contención del gasto como principal meta.
- Una informatización impuesta y una centralización de datos clínicos que amenazan la confidencialidad, amén de provocar continuos bloqueos del sistema.
- Un presupuesto insuficiente en AP a favor del hospital, políticamente más rentable, pues su tecnología y sus logros fascinan a la opinión pública y a la prensa.
- Una pobre coordinación con otros niveles asistenciales.
- Unos importantes niveles de desmotivación profesional y *burnout*.
- Una remuneración no acorde a la responsabilidad, cualificación y dedicación.
- Unos incentivos variables perversos e injustos.
- Unas sustituciones insuficientes que sobrecargan al resto.
- Unos contratos basura en sustituciones y atención continuada que atentan la dignidad.
- Una huída al extranjero de miles de médicos españoles de AP bien formados en busca de mejores condiciones económicas y profesionales.
- Un grave déficit de médicos de AP que la administración trata de paliar contratando médicos extranjeros sin la formación y cualificación de los españoles.
- Una (des) organización interna de los equipos repleta de disfunciones y despropósitos.
- Unas agresiones al personal sanitario en alza hasta hacerse cotidianas.

La situación, actualmente insostenible, conduce a corto o nulo plazo, al ostracismo y muerte profesional de una generación de médicos bien formados y motivados inicialmente, una generación perdida que se siente estafada; a una AP escasamente resolutivez, centrada sólo en la enfermedad; a una AP sin atractivo para nuevas generaciones de médicos; a una AP con un gran potencial echado a perder; a una AP no equitativa que las clases pudientes -y la clase política- obviarán; en definitiva, a la muerte funcional de la AP. Ante este panorama, la Plataforma Diez Minutos, movimiento por la Calidad Asistencia y la Dignidad Profesional, inició hace 6 años acciones de denuncia de la situación, tratando de aglutinar a las organizaciones de AP y sensibilizar a la Administración y a la población. Y hasta ahora no ha habido más que buenas palabras, pues la AP siempre ha contado, y cuenta, con el fervor oratorio de los políticos pero, lamentablemente, sus palabras no se transforman en hechos.

El 22 de abril de 2005 se firmó, consensuado por la gran mayoría de organizaciones científicas y profesionales de AP, el *Compromiso de Buitrago*, documento que contiene:

1. Los caracteres que los firmantes consideran debe tener un Sistema Sanitario Público.
2. Las medidas necesarias para recuperar la calidad y la dignidad de la AP.
3. El Compromiso propiamente dicho, que implica a todos los actores del Sistema y del que reproducimos el siguiente párrafo:

"Los abajo firmantes nos comprometemos con la mejora del actual modelo de Atención Primaria español y propondremos los cambios precisos que permitan activar las mejoras necesarias, fundamentalmente en el modo de relación de los profesionales y pacientes con el sistema, comprendiendo la justicia de un equilibrio de derechos y deberes resultante del encaje de una ética profesional y de una ética de la empresa, en este caso pública, en la que ejercemos. Por lo tanto, potenciaremos entre los profesionales la necesidad de compromiso, riesgo y responsabilidad profesional para con la sociedad española a la que servimos, nos debemos y a la que rendiremos cuentas. Al mismo tiempo, exigiremos a nuestra empresa pública en la que ejercemos los medios, recursos, autonomía y reconocimiento acordes con dicho compromiso, riesgo y responsabilidad".

Se trata, pues, de un compromiso de los profesionales para con el Sistema Público de Salud en el que instan a la Administración al compromiso paralelo que le corresponde. El documento también contiene un llamamiento a la corresponsabilidad del usuario para un uso racional de los servicios sanitarios.

Es hora, en fin, de abordar cambios profundos en la AP para evitar su muerte definitiva. Cambios organizativos, laborales, presupuestarios y contractuales, que permitan desarrollar todo su potencial, siendo el eje del Sistema. Es por la necesidad de estos cambios por los que nos vamos a movilizar en fechas próximas. No vamos contra un partido político concreto, pues ha sido la clase política en general, de un color u otro, la que ha ignorado e ignora la situación. Tampoco pretendemos inmiscuirnos en la labor de los sindicatos, a quienes corresponde negociar las condiciones laborales. Instamos a los políticos a ser valientes y apostar por una AP fuerte, eje y centro del sistema. Ellos conocen y reconocen los problemas, pero deben aparcar sus diferencias partidistas y ponerse de acuerdo.

Así pues, tras seis años de análisis y denuncia de la situación, de ser desoídos e ignorados, los médicos de AP españoles hemos dicho ¡basta! y hemos decidido convocar el día 10 de noviembre de 2006 una huelga de médicos de AP de 24 horas y carácter nacional.

Respondemos finalmente al encabezado:

- **Por una Sanidad Pública de calidad, accesible y equitativa.**
- **Por una Atención Primaria potente y resolutive, eje del Sistema.**
- **Por unas condiciones dignas de trabajo, con tiempo suficiente por consulta.**
- **Por una gestión más profesional, centrada en valores y menos politizada.**
- **Por tener autoridad y control sobre nuestro trabajo y, de modo paralelo, responder de los resultados.**
- **Por trabajar libres de tanta burocracia y papeleo.**
- **Por un apoyo auxiliar en consulta.**
- **Por unos ingresos justos y dignos, acordes a nuestro PIB y entorno europeo.**
- **Por la erradicación de los contratos basura.**
- **Por preservar la salud de nuestros pacientes y la nuestra propia.**
- **Por frenar la emigración médica y hacer que vuelvan los que se han ido.**
- **Por unos sistemas informáticos no centralizados, útiles para la gestión clínica, de la información y del conocimiento.**
- **Por la confianza del paciente y el respeto de la confidencialidad.**
- **Por un trabajo libre de agresiones.**



MANIFIESTO DE CARMONA

Los ciudadanos y los médicos andaluces de Atención Primaria reunidos en Carmona (Sevilla) con motivo del I FORO ANDALUZ SOBRE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, queremos renovar y explicitar nuestro compromiso con la Atención Primaria de Salud, con los pacientes y con el ejercicio de la Medicina en el sector público.

Por ello, manifestamos que:

1. La Atención Primaria en el Sistema Sanitario Público es una institución social indispensable para la prestación de servicios de salud a los ciudadanos y que debe ser, de forma efectiva, la base del sistema sanitario. La Atención Primaria es el marco que puede garantizar el acceso de todos a altos niveles de salud y bienestar de forma equitativa, eficiente, efectiva, solidaria, sostenible y humana.
2. Entendemos como parte fundamental del ejercicio del médico de Atención Primaria no sólo la atención a la enfermedad, sino también a la promoción de la salud, la prevención de patologías, la mejora de la calidad de vida, la información y el respeto a la autonomía del paciente, la docencia y la investigación, así como la colaboración con otros profesionales implicados en la atención a la salud.
3. La Atención Primaria de Salud debe mantener los más altos niveles de calidad en la competencia profesional para garantizar la más amplia gama de servicios de salud, siempre basados en el conocimiento científico, dirigidos a las personas, a las familias y a la comunidad, respondiendo así a las necesidades cambiantes en materia de salud de la sociedad.
4. La relación médico-paciente y las necesidades de los pacientes constituyen el centro del ejercicio profesional médico, científico y humano.
5. Las organizaciones firmantes nos comprometemos con la mejora del actual modelo de Atención Primaria y propondremos los cambios precisos que permitan generar las mejoras necesarias. Todo ello enmarcado en un equilibrio de derechos y deberes que sea respetuoso con las necesidades de los ciudadanos, la ética profesional y la ética de la institución pública, y basado en el compromiso y la responsabilidad.
6. Instamos a la Administración Sanitaria andaluza a que realice las inversiones y los cambios necesarios, de forma que la Atención Primaria y sus profesionales dispongan de los medios, recursos, autonomía y reconocimientos acordes a su importante labor.

En Carmona (Sevilla) a 18 de junio de 2005



EL COMPROMISO DE BUITRAGO

Introducción general:

La *Plataforma 10 minutos* ha sido capaz de situar sobre la mesa el debate del estado actual de la Atención Primaria, en una llamada de atención a profesionales, organizaciones y gobiernos acerca de la situación de riesgo de descomposición del propio sistema público, que comienza a ser alto.

Como todo debate vivo, su final es incierto si previamente no se establece un marco de referencia que soporte y oriente el sentido de las soluciones o propuestas. Para ello, adoptaremos las tres claves clásicas para alcanzar el éxito en una empresa no lucrativa, como la sanitaria, y en un marco, como el actual, de sanidad pública universal y gratuita en el punto de atención. Estas claves son:

1. Establecer una meta digna, valiosa, retadora y externa (trascendente) a la propia organización.
2. Establecer una relación de resultados esperados como sistema de medición y de monitorización de alejamiento o acercamiento a la meta establecida, y
3. El saberse depositario, que no propietario, un bien público, lo que sitúa a todos los integrantes de la organización (directivos, gestores, profesionales y resto de trabajadores) en situación de débito social: de rendición de cuentas a la sociedad por lo hecho y también por lo no hecho.

Para que la meta (el “para qué”) sea motivadora no puede consistir en *cualquier cosa* como “controlar”, “atender”, “visitar”, etc., en definitiva, “entretener”. La meta debe ser algo más explícito, digno, valioso y retador. La palabra clave es “resolver”: resolver las necesidades sanitarias existentes en base epidemiológica y poblacional. Esta meta se convierte en algo externo y común a los tres agentes implicados en la sanidad: la población, los profesionales y los políticos.

Esta meta promueve la sensación de pertenencia al grupo y la participación activa de los tres agentes en las tareas comunes que responden a la misión de la empresa sanitaria pública. Con ella evitamos, además, las tendencias inerciales en cada agente: 1/ en el paciente, el *todo por nada* como inercia natural consumista sin obligaciones, 2/ en el político, el *más por menos* en su deseo de máxima renta clientelar al menor esfuerzo presupuestario, y 3/ en el profesional, el *menos por más*, en su deseo de tranquilidad y menor responsabilidad, sin pérdida de estatus o reconocimiento social y económico.

Sólo será posible el acuerdo sobre propósitos, valores u objetivos cuando todos ellos sean comunes y externos (trasciendan) a los tres agentes. Y sólo generarán motivación si la meta o misión sanitaria es común, digna, valiosa y retadora; siendo la trascendente el tipo de motivación más relevante para alcanzar esta meta la trascendente sin que debe descuidarse la motivación intrínseca ligada al desarrollo profesional o la extrínseca al reconocimiento.

La propia razón de ser del sistema sanitario público (resolver las necesidades sanitarias existentes en base epidemiológica y poblacional) es la meta y punto de intersección de los intereses de los tres agentes. Meta que éstos se obligan a conseguir: 1/ mediante elección del marco de sanidad pública, universal y gratuita en el punto de atención; 2/ de una forma sostenible, equitativa, accesible y eficiente, 3/ mediante el estilo propio del humanismo social de integración equilibrada de las diferentes parcelas vitales de la persona (laboral, profesional, familiar y social, etc.), y 4/ procurando la mejor satisfacción del paciente y del profesional.

Este marco lógico de relación entre los agentes del sistema permitirá identificar como valioso lo que nos acerca a la meta y como superfluo o modificable lo que nos aleja de la misma. Este marco, además de orientar el sentido de las decisiones e intervenciones, promueve que políticos y profesionales reconozcan su débito a la sociedad al saberse depositarios, que no propietarios, de un bien público.

Si la meta consiste en resolver las necesidades sanitarias existentes de una manera efectiva, eficiente, sostenible, equitativa, accesible y humana, deberá aceptarse que en la evaluación de los resultados esperados se tendrá en cuenta la inmensa mayor parte de la actividad desarrollada en todos los niveles asistenciales.

<p style="text-align: center;">PROPUESTA DE MEDIDAS CLAVE PARA MEJORAR LA CALIDAD Y DIGNIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LA TERCERA DÉCADA DE LA REFORMA SANITARIA</p>

1. Los presupuestos destinados a la Atención Primaria deben incrementarse sustancialmente, para aproximarnos a la media de los países europeos desarrollados tal y como se ha hecho con los del Hospital.
2. Adecuar los recursos materiales y de plantilla a las necesidades de salud, las características de cada población y zona, funciones, objetivos y actividades pactadas.
3. Una gestión más profesionalizada, con un aplanamiento de la pirámide de decisión.
4. Autonomía para organizarse en función de las necesidades, demandas y características específicas de cada zona, dentro de un modelo general básico.
5. Facilitar al máximo la movilidad voluntaria para conseguir equipos más armónicos.
6. Adecuar las normativas de modelo de receta y de Incapacidad Temporal para minimizar las visitas no clínicas.
7. Disponer de sistemas informáticos que permitan una adecuada gestión clínica, de la información y del conocimiento según las características específicas de la atención primaria. Para ello, se necesita un modelo de datos basado en el Episodio de Atención y apoyado en clasificaciones adecuadas para la atención primaria (CIAP). La elección de un pertinente modelo de informatización que asegure la confidencialidad de los pacientes y el secreto profesional.
8. Mejora de las Áreas Administrativas en evolución hacia las necesarias Áreas de Atención al Ciudadano con la adecuación de funciones y ratio por médico.
9. Adecuar el número de los profesionales de enfermería y de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, teniendo en cuenta sus funciones y responsabilidades.
10. Amplio acceso a la tecnología diagnóstica y terapéutica sólo limitado por la racionalidad científica y que se garantizará mediante guías de práctica clínica basada en la evidencia científica.
11. Establecer programas estructurados y eficientes de formación continuada dentro del horario laboral. Impulsar la investigación en la Atención Primaria como medida para favorecer la efectividad clínica y la eficiencia del sistema sanitario.
12. Incentivación en función de logros en efectividad y resolución de las necesidades sanitarias existentes en la población en base epidemiológica y poblacional.
13. Mejorar los presupuestos destinados a Servicios Sociales y mejorar su coordinación con el Sistema Sanitario.
14. Condiciones de trabajo dignas para los médicos de atención primaria en jornadas, ritmo y retribuciones; acordes con la dificultad y responsabilidad del trabajo realizado y la penosidad de los horarios. Erradicación inmediata de los contratos basura.
15. Fomentar mayor participación ciudadana en la toma de decisiones y mayor responsabilidad en el uso racional de los servicios sanitarios.
16. Incorporación prudente de innovaciones al modelo existente.

Por todo ello:

Los legítimos representantes de las organizaciones abajo referidas consideramos la necesidad de colaborar conjuntamente para que la atención primaria española alcance la dignidad y la calidad que merecen los ciudadanos a los que sirve. Por ello, y sin abandonar el marco actual de financiación pública de una asistencia sanitaria de carácter universal y gratuito en el punto de atención, colaboraremos en aquellas propuestas que consideremos necesarias para potenciar la calidad y dignidad que nuestro primer nivel de asistencial debe tener.

Los abajo firmantes nos comprometemos con la mejora del actual modelo de Atención Primaria español y propondremos los cambios precisos que permitan activar las mejoras necesarias, fundamentalmente en el modo de relación de los profesionales y pacientes con el sistema, comprendiendo la justicia de un equilibrio de derechos y deberes resultante del encaje de una ética profesional y de una ética de la empresa, en este caso pública, en la que ejercemos. Por lo tanto, potenciaremos entre los profesionales la necesidad de compromiso, riesgo y responsabilidad profesional para con la sociedad española a la que servimos, nos debemos y a la que rendiremos cuentas. Al mismo tiempo, exigiremos a nuestra empresa pública en la que ejercemos los medios, recursos, autonomía y reconocimiento acordes con dicho compromiso, riesgo y responsabilidad.

Necesitamos un sistema sanitario ético, es decir una sanidad pública que sepa orientar la acción de las personas que en ella trabajan en un sentido racional de modo que los ciudadanos obtengan del sistema el máximo bienestar posible que contribuya y les ayude a llevar una vida buena. Para ello, la misión de nuestro sistema sanitario debe ser establecida inteligentemente. El fin de nuestra organización, como el del resto de organizaciones, es sin duda un fin social porque toda organización se crea para proporcionar a la sociedad unos bienes, en virtud de los cuales queda legitimada su existencia ante la misma.

Por lo tanto, el sentido de las actividades que llevan a cabo todos los integrantes de nuestro sistema sanitario proviene de la misión de éste y las normas o reglas (explícitas o no) sólo pueden fijarse teniendo en cuenta esta misión. Los bienes que procura la actividad sanitaria se consiguen orientando dicha actividad a la meta y, como es obvio, no todos los medios para alcanzar dicha misión son igualmente adecuados, apropiados o justos. En palabras simples, no “todo vale” con tal de conseguir la meta. Por ello, nuestras propuestas de mejora siempre contemplarán aquellos aspectos éticos de la organización del sistema pues dicha organización no pretende otra cosa que producir un servicio a los ciudadanos, un servicio no sólo prestado sino también creado, en última instancia, por los profesionales. La eficiencia económica no debe seguir siendo contemplada como el fin último y a *cualquier precio* de nuestro sistema sanitario, pasando a ser la consecuencia de hacer bien las cosas con las personas (las que trabajan en él y los ciudadanos).

Por todo lo anterior, y en el contexto de nuestra atención primaria, nuestras propuestas se encaminarán a ayudar a:

1. Determinar clara e inteligentemente cuál es el fin último, específico, el bien interno de nuestra actividad, la misión de nuestra organización por la que nuestro sistema sanitario público cobra su legitimidad social especialmente en el ámbito de la Atención Primaria.
2. Averiguar cuáles son los medios adecuados para producir ese bien y qué valores es preciso incorporar para alcanzarlo.
3. Indagar qué hábitos ha de ir adquiriendo la organización en su conjunto y sus integrantes para incorporar esos valores e ir forjando un carácter que permita deliberar y tomar decisiones acertadas en relación a la misión.
4. Discernir qué relación debe haber entre los distintos agentes (políticos, profesionales, gestores, ciudadanos, agentes sociales, otras organizaciones públicas o no, etc) interesados de forma más o menos legítima en las actuaciones del sistema sanitario público en general y específicamente en el ámbito de la Atención Primaria.
5. Potenciar aquellas actuaciones que, vengan de donde vengan, contribuyan a proporcionar calidad y dignidad a nuestra Atención Primaria.

FALTA DE PERSONAL MEDICO EN URGENCIAS DEL HOSPITAL REINA SOFIA DE CÓRDOBA

- **El Sindicato Médico denuncia la escasa dotación de personal con que actualmente se realiza la asistencia a Urgencias en el Hospital Reina Sofía de Córdoba.**

Las urgencias de Hospital Reina Sofía de Córdoba han venido mermando su personal desde principios del año 2006 cuando contaba con una plantilla que ascendía a 32 médicos, y ha pasado a ser en la actualidad 25, 7 plazas menos al no renovar a los eventuales que tenían contratados, algunos al 60%, y que pudieran encontrarse dentro del compromiso de estabilización de plantilla adquirido por el SAS (al menos los que llevaran mas de dos años con contratos continuados). Generando una sobrecarga en la asistencia diaria y estrés laboral, con posible merma de su salud.

Dado que en la actualidad se negocia en Mesas Técnicas el futuro de las Urgencias Andaluzas, donde se contemplan las nuevas retribuciones, organigramas, y plantillas, mucho nos tememos que esta reducción sea para mostrar cifras de plantillas actuales inferiores a las dotaciones reales necesarias y perpetuar las contrataciones en precario y los contratos basura, amparándose “ en las necesidades del servicio” y no en una correcta planificación de los gerentes y del servicio Andaluz de Salud.

Haciendo además que los MIR (Médicos Internos Residentes) que han comenzado su especialización en nuestra ciudad, asuman competencias y responsabilidades que no son propias de su contrato de formación, para las que sí están capacitados ya que son titulados, médicos generales, es cierto, pero utilizándolos como **mano de obra barata** y menos problemática, actualmente tienen que ejercer la tarea de otros colectivos por la falta de medios y personal que hay en el hospital, recayendo en ellos además la problemática de seguridad y situación laboral en la que se encuentra el servicio de urgencias, donde afirman que están expuestos a diario a agresiones físicas y verbales, que no son propias de un periodo formativo.

Esta situación viene siendo denunciada por este sindicato desde hace tiempo y creíamos superada tras la firma por parte de la anterior Gerencia con los médicos de urgencias y los tutores de docencia de los MIR de un acuerdo de distribución del trabajo y competencias.

Los problemas de la falta de personal y de seguridad en urgencias deben ser asumidas desde las gerencias de los centros sanitarios con dotación y medios reales a las necesidades asistenciales de los ciudadanos.

USP LA COLINA APLICA UNA TÉCNICA EN LAS OPERACIONES DE TABIQUE NASAL QUE MEJORA EN UN 80% LA VENTILACION

- **El cirujano plástico Antonio García utiliza el cartílago septal extraído para dar consistencia y solidez a las fosas nasales.**

USP Hospital La Colina incorpora en las operaciones de tabique nasal, intervención denominada septoplastia, una técnica americana que mejora en un 80% la ventilación del paciente. El jefe del Servicio de Cirugía Plástica de USP La Colina, el doctor Antonio García, es quien lleva a cabo esta práctica tanto en operaciones destinadas a corregir un desvío de tabique nasal como en aquellas que persiguen una finalidad puramente estética.

Esta técnica consiste, según el doctor García, en utilizar el cartílago septal extraído para reimplantarlo dentro de la nariz y dar soporte a distintas estructuras nasales para mejorar la ventilación mediante la corrección de una válvula interna y realización de injertos espaciadores en el centro del tabique nasal. En lo que va de año, el doctor García ha llevado a cabo unas setenta de estas intervenciones en USP La Colina.

La operación suele durar una hora y la estancia en el hospital es de sólo una noche. El postoperatorio no es doloroso aunque sí incómodo porque durante unos días el paciente debe llevar unos tapones nasales que le obligan respirar por la boca. Asimismo hay que colocar un yeso nasal que debe mantenerse durante diez días.

Cirugía estética de la nariz: rinoplastia

El doctor Antonio García insiste en que esta técnica de mejora de la ventilación se puede realizar en rinoplastias. Estas operaciones se llevan a cabo para realizar una corrección estética de la nariz, bien por excesivamente grande, curva o desviada. Siempre se realizan mediante incisiones internas que no dejan cicatriz aparente.

La rinoplastia se realiza, al igual que la septoplastia, con anestesia general, utilizando puntos reabsorbibles que se caen solos a los veinte días, aunque generalmente se extraen antes.

El cirujano explica que el período postquirúrgico suele ser bastante constante y no produce hematoma paranasal. La punta nasal es el lugar que más tarda en desinflamarse, teniendo el paciente al cabo de un mes el aspecto casi definitivo, aunque será aproximadamente al año de la intervención cuando los resultados de la operación sean concluyentes. Antonio García añade que en las rinoplastias se puede resolver también un problema respiratorio.

La mejor edad para una intervención de cirugía estética de la nariz es de 16 a 17 años, fecha en la que los huesos nasales han finalizado su crecimiento. Este tipo de cirugía no suele tener complicaciones, aunque en ocasiones se precisa algún “retoque” para conseguir la forma deseada. Puede haber una disminución de la sensibilidad de la piel nasal que se recupera espontáneamente con el tiempo.

La Consejería de Sanidad de Valencia elabora un decreto para agilizar el tratamiento de los procesos oncológicos

- **Los plazos de respuesta serán de 7 días para la quimioterapia, 15 días para la cirugía y 28 para la radioterapia**
- **Los tumores son la causa del 28% de las defunciones en hombres y 19% en mujeres**

La conselleria de Sanitat está elaborando un Decreto, para ser aprobado antes de finalizar esta legislatura, que agilizará tanto la confirmación diagnóstica como el inicio del tratamiento de los procesos oncológicos.

Así lo ha asegurado hoy el conseller de Sanitat, Rafael Blasco, en la inauguración de la Jornada “Cáncer y Medios de Comunicación”, organizada por la Asociación Española contra el Cáncer.

Según Blasco, serán beneficiarios de las garantías previstas en este decreto “todos aquellos pacientes sobre los que exista una sospecha clínica fundada de los procesos asistenciales oncológicos definidos por la conselleria de Sanitat de forma consensuada con las sociedades científicas”.

De este modo, ha asegurado el titular de Sanitat, tras obtener la confirmación diagnóstica y una vez establecido el plan terapéutico, los plazos de respuesta para iniciar el tratamiento serán de 7 días para la quimioterapia, 15 días para la intervención quirúrgica y 28 días para la radioterapia, incluyendo en este último caso el proceso de planificación.

Blasco ha destacado que el cáncer es uno de los principales problemas de salud de la Comunitat Valenciana, por lo que se ha convertido en una de las máximas prioridades del sistema sanitario definidas en el Plan de Salud.

En este sentido, el Conseller ha recordado que “los tumores constituyen la segunda causa de muerte en nuestra Comunitat. En concreto, son la causa del 28% de las defunciones en los hombres y el 19% en las mujeres”. Además, ha continuado Blasco, de las altas que se producen en los hospitales públicos de la Comunitat, aproximadamente el 10% corresponden a pacientes con cáncer”.

Rafael Blasco ha señalado que en nuestra Comunitat, los cánceres más frecuentes en los hombres son los de pulmón, con un 14% de los casos, vejiga y colorrectal, ambos con un 11% del total de casos y próstata, con un 10%.

Por su parte, los cánceres de mama (22%), colorrectales (13%), útero (7%) y ovario (4%) son los más prevalentes entre las mujeres.

Plan Oncológico

Todos estos datos sobre incidencia y prevalencia del cáncer son recogidos, almacenados, analizados e interpretados de manera continuada y sistemática por el sistema de Información Oncológico (SIO) desarrollado por la conselleria de Sanitat con la finalidad de contribuir a caracterizar, comparar y evaluar el impacto de los procesos malignos en la Comunitat Valenciana.

Esta es una de las líneas de actuación llevadas a cabo por la conselleria de Sanitat y recogidas en el Plan Oncológico que ha permitido, además, implantar el programa de cáncer hereditario, creando unidades específicas de consejo genético en los hospitales de La Fe y Clínico en Valencia, General de Elx y Provincial de Castellón.

Otra de las líneas de actuación enmarcadas en el Plan Oncológico de la conselleria de Sanitat a destacar ha sido la puesta en marcha de un programa piloto de detección precoz de cáncer de colon, en los departamentos 4 (Sagunto), 7 (Valencia-La Fe) y 13 (Marina Alta-Denia), uno de los primeros programas que se ponen en marcha en España.

Asistencia sanitaria al paciente oncológico

En cuanto a la asistencia sanitaria al paciente oncológico, la Comunitat Valenciana ha pasado de contar con 93 especialistas en oncología en hospitales públicos en el año 2002, entre médicos, radioterapeutas y pediatras oncólogos, a 112 especialistas en 2005.

Además, actualmente existen 3 unidades de oncología pediátrica en los hospitales La Fe, Clínico y General de Alicante y 4 hospitales con unidades de cuidados paliativos que disponen de 60 camas.

Por último, las unidades de hospitalización a domicilio constituyen uno de los recursos más importantes para la atención de enfermos terminales, coordinadas con los equipos de Atención Primaria. En estos momentos, la cobertura poblacional de estas unidades en la Comunitat es del 75%.

RAFAEL BLASCO, CONSEJERO DE SANIDAD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA, CONFERENCIANTE EN EL ENCUENTRO DE LA FUNDACION BAMBERG

- En el marco del ciclo de encuentros sobre los Clusters de Salud que viene celebrando la Fundación, el Consejero impartirá una conferencia sobre Los Clusters de Salud en Estado de las Autonomías: la singularidad del levante español



Los Encuentros de la Fundación, organizados por su Secretario General, don Ignacio Para Rodríguez-Santana, son un medio más para la relación entre los profesionales, que demandan y aplican la tecnología participando en la investigación clínica, las Instituciones, que regulan el desarrollo de las investigaciones y desarrollan investigación básica, y las empresas, que desarrollan la investigación aplicada y comercializan los productos resultantes, poniéndolos al alcance de los profesionales para el beneficio de los ciudadanos. Los Encuentros, son organizados como una mesa redonda en las que las personalidades más importantes del sector ponen de relieve las diferentes problemáticas del mismo aportando propuestas o acciones para su resolución.

En el marco del ciclo de encuentros sobre el Cluster de Salud con los Consejeros y Consejeras de Salud de las Diferentes Comunidades Autónomas, la conferenciante será Rafael Blasco, Consejero de Sanidad de la Comunidad Valenciana, que presentará la situación de la Bio-región Valenciana en el ámbito de las Tecnologías de la Salud, mediante la Conferencia *“sobre Los Clusters de Salud en Estado de las Autonomías, la singularidad del levante español”*.

Al mismo tiempo, figurará como introductor al tema el Dr. don José María Martín Moreno, Catedrático de Epidemiología de la Universidad de Valencia, Consultor de Inteligencia de salud de la OMS y Consejero Científico de la Fundación Bamberg.. Al encuentro asistirán altos representantes de la Administración, Universidades, Hospitales, Industrias, agrupaciones empresariales e Instituciones de Investigación y desarrollo e Innovación

El Encuentro se celebrará el próximo MIÉRCOLES 24 de OCTUBRE a las 4:30 de la tarde en el HOTE MELIA VALENCIA PALACE en Valencia.

Aforo limitado.

Información en la Secretaría Técnica de la Fundación Bamberg,

Tel.: 91-3889478, Srta. Susana.

LA FUNDACIÓN COFARES ORGANIZA LAS JORNADAS SOBRE LITERATURA Y FARMACIA 2006

Con el objetivo de ofrecer una visión más humanista de la medicina, abordando el tema desde el punto de vista de la creación literaria, mañana jueves **19 de Octubre** a las 20:30 horas, darán comienzo las jornadas sobre literatura y farmacia que organiza un año más la Fundación Cofares. El acto tendrá lugar en el salón de actos de la Fundación, situada en la calle Santa Engracia, 31 (1º Planta), de Madrid.

Las jornadas que se desarrollarán durante los próximos días 19 y 26 de octubre y el día 2 de noviembre están coordinadas por Antonio Gómez Rufo, escritor, Vicepresidente de la ACE (Asociación Colegial de Escritores) y Premio Fernando Lara de Novela, quien a su vez estará encargado de presentar y moderar las mismas. Además de Rufo, escritores de la talla de Carmen Posadas (Premio Planeta) o Raúl Guerra Garrido (Premio Nadal y finalista del Premio Planeta) se darán cita en el salón de actos de la fundación para tratar de aportar su visión en cuanto a lo que supone el tema de la salud como argumento literario.

La Asociación Colegial de Escritores y Cedro colaboran en la organización de esta iniciativa que pretende, a través de mesas redondas, acercar la medicina y la literatura al público en general. La entrada es gratuita.

La “**FUNDACIÓN COFARES**”, organización privada de naturaleza fundacional, sin ánimo de lucro, tiene, entre otros, el objetivo de desarrollar actividades científicas, profesionales, empresariales y culturales, así como procurar la financiación de estudios, o promover y financiar obras benéfico-sociales.

CALENDARIO	DÍA	HORARIO
Primera jornada: “LITERATURA, MEDICINA Y CINE Intervienen: Víctor Claudín y Raúl Guerra Garrido	19-10-2006	20:30 H
Segunda jornada: “LOS PARAISOS ARTIFICIALES Intervienen: Carmen Posadas y Andrés Sorel	26-10-2006	20:30 H
Tercera Jornada: “EL REMEDIO DE LA ALEGRÍA: COPLA, ALMA Y VIDA” Intervienen: Félix Grande, Antonio Hernandez y Paco Cruz (a la guitarra)	2-11-2006	20:30 H

Recordatorio de la próxima celebración de la Jornada

"El acceso a nuevos fármacos oncológicos y su financiación: retos y futuros en Europa"

que tendrá lugar el próximo 23 de Octubre de 2006
en el Instituto de Estudios Catalanes
Sala Prat de la Riba (C/Carme, 47 – Barcelona)

PROGRAMA

9.30h. Sesión de apertura

Dr. Joan J. Artells

Director General, Fundación Salud,
Innovación y Sociedad. Barcelona.

Sr. Aníbal García

Fundación Salud, Innovación y Sociedad. Barcelona.

Dr. Joseph M. Borràs

Director del Pla Director d'Oncologia de Catalunya.
Server Català de la Salut. Generalitat de Catalunya.

10.00h. Primera Sesión: Impacto, financiación pública y uso de nuevos fármacos oncológicos en Europa

Preside:

Dr. Joseph M. Borràs

Director del Pla Director d'Oncologia de Catalunya.
Server Català de la Salut. Generalitat de Catalunya.

Ponencia:

Dr. Bengt Jonson

Catedrático del Departamento de Economía.
Stockholm School of Economics. Estocolmo.

Participantes:

Dr. Antoni Gilabert

Gerente de Atención Farmacéutica y Prestaciones
Complementarias.
Server Català de la Salut. Generalitat de Catalunya.
Barcelona.

Dr. David Taylor

Catedrático de Política Farmacéutica y Salud Pública.
Facultad de Farmacia, Universidad de Londres. Londres.

Dr. Fernando García

Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

12.00h. Segunda sesión: Avances, utilización, riesgos y beneficios clínicos de la innovación

Preside:

Dr. Joseph R. Germà

Institut Català d'Oncologia. Barcelona

Ponencia:

Dr. Nils Wilking

Karolinska Institutet. Estocolmo.

Participantes:

Sir. Michael Rawlins

Director, National Institute for Clinical Excellence
(NICE). Londres.

Dr. Albert Jovell

Foro de Pacientes. Barcelona.

Dr. Emili Montserrat

Catedrático de Medicina, UB. Director de l'Institut
Clínic de Malalties Hematològiques, Hospital Clínic i
Provincial de Barcelona. Barcelona

13.30h. Sesión de cierre

Sr. Felipe Fernández

Director, División de Oncología, Novartis España.
Barcelona

Dr. Salvador Giner

Presidente de l'Institut d'Estudis Catalans. Barcelona.

Dra. Maria Lluïsa de la Puente

Directora General de Planificació i Avaluació. Servei
Català de la Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona.

SANOFI-AVENTIS DONA 63 EQUIPOS INFORMATICOS A ALDEAS INFANTILES

Sanofi-aventis ha iniciado un programa de colaboración con Aldeas Infantiles a través de su departamento de Responsabilidad Social Corporativa.

Esta operación arranca con la donación de 63 equipos informáticos e impresoras a distintos centros de España de Aldeas Infantiles, con el objetivo de facilitar a alumnos y profesores de las Aldeas españolas el acceso a la enseñanza de los sistemas informáticos.

Sobre Aldeas Infantiles

Aldeas Infantiles es una organización internacional privada de ayuda a la infancia. Su objetivo es ofrecer una familia, un hogar estable y una formación sólida para alcanzar una vida autónoma, a aquellos niños que carecen de un entorno familiar adecuado. Actualmente, está presente en más de 130 países y en España cuentan con ocho aldeas. Su misión es integrar social y familiarmente a los niños que les son confiados de forma eficaz y positiva, impulsando su autonomía y emancipación en igualdad de derechos y obligaciones que el resto de jóvenes, consiguiendo que sean y se sientan ciudadanos válidos para la sociedad.

Sobre sanofi-aventis

Sanofi-aventis es el tercer grupo farmacéutico mundial y el primero en Europa. Basada en una investigación internacional, la actividad de sanofi-aventis se concentra en siete importantes áreas terapéuticas: cardiovascular, trombosis, oncología, enfermedades metabólicas, sistema nervioso central, medicina interna y vacunas. Sanofi-aventis cotiza en las Bolsas de París (EURONEXT: SAN) y Nueva York (NYSE: SNY).

EL MINISTERIO DE SALUD DE PANAMÁ DESCARTA TOTALMENTE A LISINOPRIL NORMON COMO CAUSANTE DEL SINDROME DE INSUFICIENCIA RENAL

El Ministerio de Salud (MINSAL) y la Caja de Seguro Social (CSS) de Panamá han informado de forma oficial en un comunicado que, de acuerdo con los resultados de todos los análisis efectuados, el medicamento Lisinopril, fabricado por Laboratorios Normon, no guarda ningún tipo de relación con el síndrome de insuficiencia renal detectado en el país centroamericano. De esta forma, las autoridades panameñas reconocen la calidad de Lisinopril y dan la razón a Laboratorios Normon, que siempre ha insistido en que su producto no era el causante de esta situación al tratarse de un fármaco en perfectas condiciones.

Por esta razón, la comisión técnica multidisciplinar del MINSAL y la CSS recomienda suspender la medida de retiro provisional y preventivo que pesaba sobre Lisinopril para que vuelva a ser dispensado. Los resultados de todos los análisis sobre Lisinopril, realizados por los propios laboratorios Normon, la Universidad de Panamá, las autoridades sanitarias panameñas y españolas, así como por la Administración de los Alimentos y los Medicamentos de Estados Unidos (FDA), han descartado, totalmente, que Lisinopril haya estado en el origen del síndrome.

Desde que se conocieron las consecuencias del mal, Laboratorios Normon ha prestado su total colaboración con los organismos oficiales de Panamá e internacionales para solucionar este asunto. Nada más tener noticias del mismo, Normon llevó a cabo la investigación pertinente respecto a la fabricación y control de los lotes enviados a Panamá, informando de los resultados satisfactorios a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, a la Agencia Europea de Medicamentos, a la FDA y al Ministerio de Salud de Panamá.

En España, la Agencia de Medicamentos ya comunicó, de forma oficial, que Lisinopril es un medicamento eficaz y seguro en las condiciones de uso autorizadas y que no se había detectado ninguna deficiencia en el proceso de fabricación del producto. Laboratorios Normon lamenta que su producto se haya visto involucrado en un caso que ha provocado la muerte de 22 personas, pero al mismo tiempo se felicita de que haya prevalecido el buen nombre de Lisinopril, como ha mantenido Normon desde el primer momento. Lisinopril es un medicamento genérico contra la hipertensión arterial que lleva comercializándose más de 15 años en todo el mundo y está siendo consumido por millones de personas.

Laboratorios Normon quiere agradecer al Ministerio de Sanidad español y a la Agencia Española de Medicamentos su confianza, presteza e interés mostrados para verificar los correctos niveles farmacológicos de Lisinopril, así como a la Embajada de España en Panamá por su ayuda y colaboración en las gestiones llevadas a cabo ante las autoridades panameñas.

JUNTA DIRECTIVA DE ADEFARMA

La Junta Directiva de la Asociación Empresarial de Oficinas de Farmacia de Madrid, ADEFARMA, ha analizado la situación actual del sector y preparar las actividades a emprender en el nuevo curso político. La reunión, estuvo marcada por la situación creada por el Dictamen Motivado de la Comisión Europea, que pretende la liberalización de algunos aspectos de la actual regulación para el establecimiento de farmacias en España.

CONGRESO NACIONAL FARMACÉUTICO

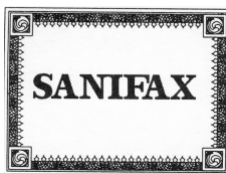
Las conclusiones del XV Congreso Nacional Farmacéutico, celebrado recientemente en Cádiz, ponen de manifiesto que la organización profesional, de adscripción obligatoria, da la impresión de que ha perdido de vista su verdadero cometido para ocupar espacios en el que tienen su papel las asociaciones de adscripción libre. Así, y entre otras conclusiones, se afirma que resulta necesario para la Profesión Farmacéutica disponer de la adecuada inversión y adaptación tecnológica y añade que "la Organización Farmacéutica Colegial es la entidad que debe proponer a los farmacéuticos las mejores soluciones tecnológicas, tanto en calidad de servicio como en condiciones económicas". Desde ADEFARMA se considera que, al menos en el último aspecto, el Consejo General Farmacéutico se extralimita de sus funciones, por más que, como insiste en todo momento, sea el único interlocutor de la profesión ante la Administración. Y es que resulta llamativa la mezcla que hace de aspectos profesionales con otros puramente mercantiles, como sucede con la conclusión en que dice que "la implantación de un plan de calidad basado en la Norma del Consejo General dotará a las farmacias de un sistema de gestión actual, asumible por cualquier farmacia, capaz de aportar visión y datos para la toma de decisiones y facilitar la mejora de los distintos procesos de trabajo. En esta línea, se aportará un certificado que permita transmitir al ciudadano la calidad del servicio que se ofrece".

EL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEBATIÓ SOBRE EL NUEVO SISTEMA DE PRECIOS DE REFERENCIA

En el último Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, celebrado el miércoles 11 de octubre, el Ministerio y las Comunidades Autónomas debatieron sobre el proyecto de Real Decreto que desarrolla reglamentariamente aquellos aspectos que, conforme a lo dispuesto en la Ley del Medicamento, deben preceder a la publicación de la orden de precios de referencia por parte del Ministerio. Este proyecto estipula que el sistema de precios será actualizado como mínimo una vez cada tres años. Además, regula el procedimiento para que los laboratorios puedan optar por la bajada total o gradual del 30% en años sucesivos para adecuar el importe de los medicamentos al precio marcado por el sistema de precios de referencia. Por otro lado, se define también un nuevo marco, basado en un procedimiento objetivo y predecible, para declarar qué medicamentos pueden ser considerados como innovaciones galénicas por introducir mejoras terapéuticas y, por lo tanto, quedar excluidos del sistema de precios de referencia en reconocimiento de esa innovación. Del mismo modo, y tal como marca la Ley del Medicamento, se limita el plazo de exclusión de estos medicamentos del sistema de precios de referencia por un periodo de cinco años, poniendo fin a la anterior situación en la que la exclusión no tenía ningún tipo de limitación temporal. Tras la aprobación de este Real Decreto por parte del Consejo de Ministros, el Ministerio de Sanidad y Consumo iniciará inmediatamente el trámite de audiencia de la orden de precios de referencia, que podría suponer un ahorro al Sistema Nacional de Salud de al menos unos 600 millones de euros.

PREOCUPACIÓN POR EL DESABASTECIMIENTO DE DETERMINADOS MEDICAMENTOS

Las farmacias continúan haciendo llegar sus quejas a ADEFARMA por el desabastecimiento que se registra en el suministro de determinados medicamentos, como hemos venido señalando en los últimos boletines informativos. La preocupación sobre este hecho está creciendo en los últimos días en que se anuncia la campaña de vacunación y todavía no existe comunicado alguno sobre cómo se va a servir a las oficinas de farmacia estos productos tan demandados.



ÚLTIMA HORA (I)

UGT Y COMISIONES DESCONVOCAN LA HUELGA QUE TENÍAN PREVISTA EN ASTURIAS

El Gobierno de Asturias y los sindicatos UGT y CC.OO llegaron ayer martes a un acuerdo para iniciar las negociaciones y establecer los criterios sobre la carrera y el desarrollo profesional de los empleados públicos de la Administración regional, entre ellos los de la sanidad, con el fin de su implantación antes de finales de 2007. Este acuerdo fue anunciado por los consejeros de Economía; y por el de Salud y Servicios Sanitarios, J. Rabanal y Rafael Sariego respectivamente, así como los máximos dirigentes de UGT, Justo Rodríguez Braga y de CC.OO, Antonio Pino. Con este acuerdo, CC.OO ha desconvocado la huelga prevista y UGT se compromete a no convocarla, tal y como había anunciado con anterioridad. El acuerdo se produce 5 días antes del inicio de la huelga convocada por el Sindicato Médico a partir del día 24. Rabanal y Sariego destacaron la importancia de este acuerdo, que "sitúa a la comunidad como la primera en negociar el desarrollo profesional de los empleados públicos". De cualquier modo la negociación de la carrera profesional de licenciados y diplomados seguirá siendo prioritaria, "tal y como marca la ley", según explicó Rafael Sariego.

CONVOCADOS CUATRO DÍAS DE HUELGA EN EL SECTOR DE AMBULANCIAS DE CATALUÑA

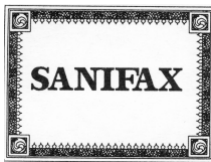
Los sindicatos UGT y Comisiones Obreras han convocado una huelga en el ámbito del transporte sanitario urgente y no urgente en Cataluña, a excepción de Barcelona, para los próximos días 26, 27, 30 y 31 de octubre con el objetivo de reclamar mejoras salariales. La responsable de este ámbito en UGT, Mercè Rosselló, explicó que a la huelga están llamados "entre 3.500 y 4.000 trabajadores" de toda Cataluña, a excepción de los empleados del Sistema de Emergencias Médicas, de carácter público, que opera, en Barcelona capital, además de otros lugares del territorio. Asimismo, la huelga afectará a los trabajadores del sector concertado, que en febrero iniciaron negociaciones para la reforma del convenio colectivo y ahora han roto el diálogo con la patronal. Rosselló explicó que el blanco de críticas de los trabajadores no es la Conselleria de Salud, sino la Asociación Catalana de Empresas de Ambulancias, patronal del sector, que "recibe dinero de la Administración" y "no lo invierte en mejoras". En concreto, reclaman el cobro de dietas, dinero para la formación de los profesionales y un 'plus' para los fines de semana, algo a que "la patronal se niega", según Rosselló..

MADRID INICIA UNA CAMPAÑA ESPECIAL DE DONACIONES EN LAS UNIVERSIDADES

La Comunidad de Madrid inicia una campaña especial de donaciones de sangre entre los estudiantes de 11 universidades públicas y privadas de la región que tiene como objetivo alcanzar hasta diciembre las 5.500 donaciones. La iniciativa se llevará a cabo en los campus de Alcalá de Henares, Autónoma, Complutense, Carlos III, CEU, Francisco de Vitoria, Rey Juan Carlos, Universidad Europea, Saint Louis University, Politécnica y Pontificia de Comillas. Para incentivar a los voluntarios el Centro de Transfusión premiará a al centro docente con mayor porcentaje de donantes. Para ver el número de voluntarios se elaborará un ranking por centros que mostrará las donaciones obtenidas por cada 1.000 estudiantes. La campaña se completará con un concurso abierto destinado a recabar las ideas para promocionar la donación en el ámbito universitario, de forma que sean los propios jóvenes los que contribuyan a mejorar los resultados de las colectas, explicaron desde el consistorio. Un total de 20.000 dípticos y octavillas difundirán los responsables del proyecto que también estará apoyada por el envío de mensajes SMS a los alumnos que ya son donantes en los que se les recuerda la importancia de este acto altruista con lemas como 'Tú también puedes salvar una vida, dona sangre'.

EL AYUNTAMIENTO DE ALCORCÓN (PSOE) CONDENADO A READMITIR A OCHO MÉDICOS

El Ayuntamiento de Alcorcón fue condenado por "despido improcedente" de 8 médicos y enfermeros del servicio médico del Patronato Deportivo Municipal, según informó CC.OO. El secretario general de CC.OO. en el Ayuntamiento, Juan José Regatos, explicó que el Juzgado de Móstoles condenó al Ayuntamiento que ahora tendrán que ser readmitidos o indemnizados, según la sentencia. "Fue un despido improcedente y no finalización de contrato, como aseguró el Ayuntamiento" añadió Regatos que indicó que la sentencia da la razón al sindicato "reconociendo que eran contratos en vigor y consolidados hasta la convocatoria de Oferta". CC.OO. pidió depurar responsabilidades políticas por esta sentencia que demuestra que "el Ayuntamiento despidió a los médicos para privatizar el servicio y acabar contratando a una empresa privada, como ocurrió después, durante el verano".



ÚLTIMA HORA (II)

EL PP ANDALUZ PIDE QUE SE PAGUEN LOS INTERESES A PROVEEDORES SANITARIOS

El PP defiende hoy miércoles una proposición no de Ley en el Parlamento andaluz en la que pide a la Junta que abone intereses de demora e indemnización por costes a empresas proveedoras del Servicio Andaluz de Salud de mediana entidad en el caso en que se superen los 60 días en realizar los pagos con el objetivo de "resarcir los retrasos que por encima de los plazos legales efectúa el SAS". El PP emplaza al SAS a efectuar sus pagos "al contado", es decir, en los 30, 60 ó 90 días que establece la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, desde la fecha de expedición de las certificaciones de obras o de las facturas que acrediten la realización total o parcial de los contratos a aquellas empresas pequeñas proveedoras del SAS "que no tienen capacidad financiera para soportar demoras prolongadas". Para ello, los populares demandan que se establezcan como "criterios diferenciadores" para distinguir a las pequeñas proveedoras el volumen de cifra de negocios, el tratarse de personas físicas o jurídicas, o sus niveles de activos o empleo". Además, pide que se garantice la supervivencia de las empresas "para que en ningún caso peligren los puestos de trabajo del personal por falta de pago de las deudas del SAS, con lo que se evitará el despido de personal de estas empresas, su escasez de recursos y se permitirá el mantenimiento de su actividad".

ASISA ABRE MAÑANA JUEVES SU NUEVO CENTRO MÉDICO ASISTENCIAL EN SORIA

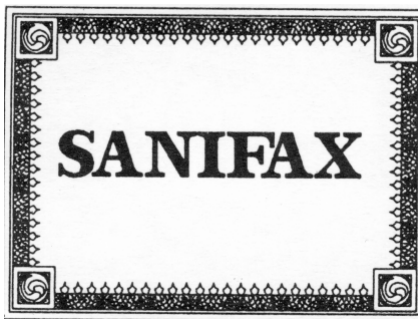
La compañía sanitaria Asisa inaugurará el próximo jueves el centro médico asistencial de atención especializada y gestión de servicios clínicos de Soria, que dará cobertura a los más de 10.000 asegurados, en su mayoría de Asisa y de las principales compañías del sector, con los que cuenta la región. Según informaron fuentes de la compañía, el acto de inauguración contará con la presencia de numerosos representantes institucionales así como del presidente de la compañía, Francisco Ivorra Miralles, y el delegado en Soria, José Vilella Bueno. Asisa cuenta con más de 1.500.000 asegurados a nivel nacional que son atendidos por más de 32.000 profesionales de la sanidad al servicio de sus clientes. Además, en 2005 contó con unos ingresos por primas de más de 633 millones de euros. "La oferta de profesionales, centros y servicios es la más amplia del sector e incluye la mayor red de hospitalización privada, constituida por una red nacional de más de 100 centros de atención al cliente, 16 centros médicos, 16 clínicas propias y más de 600 concertadas", señalaron las mismas fuentes.

HALLADO EL SÍNDROME QUE PROVOCÓ UNA ACUSACIÓN CONTRA NORMON EN PANAMÁ

El extraño síndrome que producía insuficiencia renal aguda y que ha dejado en Panamá 22 muertos ya tiene un origen: se trata del tóxico industrial llamado dietilene glycol, que ha sido hallado en al menos 4 jarabes que producía el laboratorio de medicamentos de la Caja de Seguro Social (CSS), según informa el diario 'La prensa'. Las autoridades del Ministerio de Salud y de la CSS lo confirmaron. Además el ministerio bajo responsabilidad de Camilo Ayllene confirmó el lisinopril Normon no es el responsable y que, por tanto, se levanta la medida de retiro provisional. La situación obligó a las autoridades a pedirle a los panameños que no consuman ninguno de los 24 fármacos que producía el clausurado laboratorio de la CSS. El ministro de Salud, Camilo Alleyne dijo que entregó toda la información al Ministerio Público, entidad que le pidió que no revelara más detalles.

FERNÁNDEZ VARA IMPULSA UNA GRAN FERIA DE SALUD EN DON BENITO (BADAJOZ)

La feria Forum Salud 2006 celebrará su 1ª edición del 20 al 22 de octubre con el objetivo de convertir la institución ferial de Extremadura, situada en Don Benito, en punto de encuentro entre profesionales de la sanidad, pacientes y asociaciones, para reflexionar sobre la salud y cómo mejorarla y utilizar los recursos disponibles. El director general de Formación, Inspección y Calidad, José María Vergeles, y el defensor de los usuarios del Sistema Sanitario, José Ramón Hidalgo, presentaron en Mérida los detalles de este Forum Salud en su edición 2006, así como el II Congreso Español de Pacientes, que se celebrará en el marco de este encuentro sanitario. Vergeles destacó que este encuentro "nace con el objetivo de convertirse en la feria de la salud de Extremadura", donde se reunirán ciudadanos, usuarios, profesionales sanitarios, asociaciones de afectados y organizaciones que trabajan en el sistema sanitario, que realizarán actividades interactivas de forma conjunta. Así, destacó que el programa científico del Forum Salud estará marcado por la presentación de tres estrategias de salud, en aspectos como enfermedades cardiovasculares, cáncer y salud mental.



La figura del día

JORDI XUCLA, PORTAVOZ DE SANIDAD DE CIU; Y PABLO OLIVERA, DIRECTOR DE GARRIGUES FARMA



XUCLA Y PABLO OLIVERA PRESENTARON GARRIGUES FARMA

- AYER FUE LA PRESENTACIÓN EN SOCIEDAD DEL DEPARTAMENTO QUE EL PRESTIGIOSO BUFETE DE GARRIGUES, HA CREADO PARA LA SANIDAD Y QUE SE LLAMARA GARRIGUES FARMA, CUYA CABEZA VISIBLE ES PABLO OLIVERA.
- LA PUESTA DE LARGO DE GARRIGUES-FARMA NO PUDO SER UN ÉXITO MAYOR, TANTO POR EL CONFERENCIANTE ESTELAR: EL DIPUTADO Y PORTAVOZ DE SANIDAD DE CIU, JORDI XUCLÁ, INTELIGENTÍSIMO, QUE ESTUVO GENIAL, COMO POR EL ALTÍSIMO NUMERO DE PARTICIPANTES: EL SALON DE ACTOS ESTUVO CASI TODO EL DIA LLENO Y AL COMPLETO. REPRESENTANTES DE PFIZER, GSK, JUSTE, SCHERING, SERONO, FUNDACIONES BIOMÉDICAS DE MADRID, BARCELONA, BALEARES, REPRESENTANTES DE LA DISTRIBUCION COMO EL GRUPO LOGISTA, O ABOGADOS COMO JORGE PILI, JEFE DE LA A. JURÍDICA DE NOVARTIS, QUE TUVO UNA BUENA INTERVENCIÓN, NO SE QUISIERON PERDER ESTE REPASO DESDE TODAS LAS OPTICAS A LA LEY DEL MEDICAMENTO (TRAZABILIDAD INCLUIDA) Y LA PONENCIA ESTRELLA SOBRE EL CONTRATO DE ENSAYOS CLINICOS QUE CORRIO A CARGO DEL PROPIO PABLO OLIVERA.
- GARRIGUES FARMA DEMOSTRO AYER, ANTE UN NUTRIDO GRUPO DE PERSONAS DE LA SANIDAD QUE TIENE EN PLANTEL BUENOS Y EXPERTOS ABOGADOS, ABARCANDO CASI TODOS LOS CAMPOS DE LA SANIDAD, COMO MOLINS, ROCIO BELDA, DULCE MIRANDA, LUIS CASES, LUIS EZQUERRA, J. ANTONIO LASSALETA O EL PROPIO PABLO OLIVERA... CAPACES DE RESOLVER PAPELETAS SOBRE "PUBLICIDAD, PROMOCION, PATENTES, COMERCIO PARALELO O DISTRIBUCIÓN POR CITAR ALGUNOS SECTORES". ASÍ PUES, POR TODO ELLO, JORDI XUCLÁ, POR SU BRILLANTE INTERVENCIÓN, Y PABLO OLIVERA, COMO "CABEZA VISIBLE" DE GARRIGUES FARMA, MERECE HOY SER NUESTRAS "FIGURAS DEL DIA".

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 Avispero

GRAN SEMANA PARA ASISA: EL LUNES ECHO A ANDAR EL NUEVO HOSPITAL DE TORREVIEJA, PRIMERO QUE LA COOPERATIVA ASUME CON MODELO ALCIRA Y UN HITO EN LA COMPAÑÍA. PERO ES QUE AYER FUE LA SEGUNDA GRAN NOTICIA AL SER LA UNICA OFERTA QUE HA CONCURSADO AL HOSPITAL DE ELCHE. CON LO QUE, COMO ES DE SUPONER, LE SERA ADJUDICADO OFICIALMENTE EN LAS PROXIMAS SEMANAS. EN PRINCIPIO LA CONSEJERIA VALENCIANA TENIA ACORDADO QUE EL H. DE ELCHE FUESE PARA ADESLAS, PERO AL FINAL ADESLAS NO HA PRESENTADO OFERTA, IGNORAMOS POR QUE, PERO SEGURO QUE JAVIER MURILLO LO EXPLICARA PORMENORIZADAMENTE EN LOS PROXIMOS DIAS. Y EN EL ULTIMO MOMENTO ASISA, QUE LLEVABA EN SECRETO PREPARANDO UNA BUENA OFERTA, POR SI LAS MOSCAS, PRESENTO SU PROPUESTA Y ACERTÓ. CON LO CUAL SE QUEDARÁ CON LA CONCESION DEL HOSPITAL DE ELCHE.

ASI PUES, EN ESE AREA, PRACTICAMENTE ASISA VA A DAR ASISTENCIA CASI A MEDIO MILLON DE PERSONAS, DESGLOSADAS A GROSSO MODO ASI: 175.000 CON EL H. DE TORREVIEJA; 160.000 CON EL HOSPITAL DE ELCHE. Y 120.000 AFILIADOS CON POLIZA DE ASISA, LO QUE YA ES UNA RESPONSABILIDAD MUY GRANDE. DESDE QUE LLEGO PACO IBORRA LO ADVERTIMOS EN SU DIA, LAS COSAS ESTAN CAMBIANDO EN ASISA PARA BIEN. Y LA COMPAÑÍA VA CLARAMENTE PARA ARRIBA. LENTAMENTE, PORQUE HABIA QUE GENERAR LA INFLEXION PERO VA PARA ARRIBA. LO DEL H. DE ELCHE, ADEMAS DE UN LOGRO IMPORTANTE, ES UNA GRAN INYECCION DE MORAL PARA TODO ASISA LAVINIA.

NUESTRA "AVISPA" MALAGUEÑA NOS LLAMA Y NOS ANUNCIA: "AL PARECER, LA CLINICA XANIT HA SIDO PUESTA EN VENTA. NO HAY PRISA, PERO SANDOKAN QUIERE VENDERLA, PUES TIENE VARIAS BUENAS OFERTAS. EL GENIAL EMPRESARIO CORDOBES HA HECHO UN HOSPITAL PEQUEÑITO, PERO DE LO MAS AVANZADO, Y SE HA LLEVADO A "LA FLOR Y NATA" DE LA MEDICINA CORDOBESA, PROCEDENTE DEL HOSPITAL REINA SOFIA. HA PUESTO AL FRENTE A UN BUEN GERENTE. Y EL PROYECTO YA ESTA CONSOLIDADO. PERO "SANDOKAN", QUE EN UN PRINCIPIO SE ILUSIONO CON LA SANIDAD, AHORA SE HA DADO CUENTA QUE XANIT PUEDE SER UN "PELOTAZO" Y ESTA ABIERTO A VENDERLA. PREGUNTAD, PREGUNTAD EN ADESLAS, PUES ME CONSTA QUE ALGUIEN DE XANIT YA HA CONTACTADO CON ADESLAS", TERMINA NUESTRA "AVISPA".

AYER RECIBIMOS MUCHAS FELICITACIONES POR NUESTRA PORTADA Y CONCIENZUDO DESPLIEGUE SOBRE EL CONGRESO NACIONAL DE DERECHO SANITARIO, LA GRAN CITA DEL DERECHO SANITARIO ESPAÑOL E IBEROAMERICANO, QUE ORGANIZA RICARDO DE LORENZO. Y EN EL QUE HABRA UN TALLER DE PROMEDE DEL MAXIMO INTERES, CON NADA MENOS QUE CESAR BOROVIJA (EL HOMBRE AL QUE EL MINISTERIO HA ENCARGADO ELABORAR EL BAREMO DE DAÑOS), EL PSIQUIATRA CALCEDO Y UN PLANTEL DE LO MEJOR, TODO ELLO CON LA ORGANIZACIÓN DESDE LA SOMBRA DE JUAN ABARCA CIDON.

LA ANÉCDOTA: ISACIO "CONTRAPROGRAMA" A GUILLERMO FERNANDEZ VARA..

YA HEMOS DICHO QUE DESDE QUE ISACIO OCUPÓ EL SILLON DE LA OMC, EMPEZO A NUBLÁRSELE EL SENTIDO. PORQUE SI NO SE ENTIENDE LA "ULTIMA" QUE HA HECHO: CONVOCAR A LA MISMA HORA QUE INTERVIENE GUILLERMO FERNANDEZ VARA EN EL CONGRESO DE DERECHO SANITARIO UNA RUEDA DE PRENSA PARA EXPLICAR SU VIAJE A SUDAFRICA A LA ASAMBLEA MEDICA MUNDIAL. A NADIE MAS QUE AL QUE "ASO LA MANTECA" SE LE OCURRE CONVOCAR A LOS PERIODISTAS SANITARIOS PARA HABLAR DE SUDAFRICA CUANDO ESTA HABLANDO FERNANDEZ VARA. ¡AY, ISACIO, ISACIO...!