Revista Madrileña de MEDICINA

de AMYTS
Asociación de Médicos y Titulados Superiores de Madrid

ISSN: 2340-4302

SUMARIO

02
EDITORIAL
- Soy médico, soy de AMYTS y junto podemos.

03 - 13
ACTUALIDAD
- Noticias relevantes de febrero de 2015.

14
EL PORVENIR DE LA PROFESIÓN
- La relación médico - paciente: adhesión al tratamiento.

15 - 22
FORMACIÓN MÉDICA ACREDITADA
- Conceptos clínicos básicos en el manejo de la insuficiencia cardiaca crónica.

23
MUNDO PROFESIONAL
- Circunstancias de la clínica en pinceladas.

24 - 26
SALUD LABORAL
- Riesgos con el ordenador.

27 - 37
CON FIRMA
- Miguel Ángel García.
- Alfonso López Gª Viedma.
- Javier López de la Morena.
- Guillermo Sierra.
- Laura Merino.
- Esteban González López.
- Julián Ezquerra.
- Rafael Jiménez Parras.

38 - 42
CONTRAPORTADA
- Sanidad en los programas de los partidos políticos autonómicos: empleo médico.

EDITORIAL

"Soy médico, soy de AMYTS, y juntos podemos"

Estamos ante un nuevo reto para los facultativos.

Nos enfrentaremos el próximo mes de mayo a la realidad que suponen unas elecciones. Y no solo a las esperadas y deseadas elecciones para ver quién Gobierna Madrid, algo muy importante. También nos tenemos que ver ante los compañeros y esperar su respuesta en las elecciones sindicales. AMYTS, se presentará, es nuestra obligación y responsabilidad hacerlo. Y lo es más hacerlo con la frente bien alta, ante la opinión de los compañeros a los que legítimamente representamos.

Dr. Julián Ezquerra

Hemos atravesado un periodo muy complicado. La mayor crisis económica ha hecho mucho daño. En general, podemos afirmar que a todos, en mayor o menor medida nos ha dejado alguna huella en el camino.

Años de dificultades, pero hemos llegado y seguimos vivos. Cuatro años de enfrentamiento contra el muro de la administración. Cuatro años en los que los facultativos hemos peleado y mucho. AMYTS entre ellos y con ellos. Cuatro años de recortes que a los facultativos nos afectan de lleno. Hemos sido solidarios y por ello hemos podido salvar a todos los eventuales. Hemos sido solidarios y por eso hemos podido concluir OPEs con más de 2600 plazas para médicos. Hemos sido solidarios y hemos podido salvar nuestro sistema sanitario público. Cuando un compañero tenía un apuro, siempre estaba nuestra puerta abierta. Cuando un compañero tenía un problema legal, nuestros abogados estaban ahí. Cuando había dudas, nuestros delegados estaban para resolverlas. AMYTS siempre ha estado dando respuestas y la cara por todos. AMYTS he realizado un esfuerzo muy grande y ha colaborado con su recurso a parar la privatización de 6 Hospitales y 27 Centros de Salud. AMYTS somos todos, y sin los facultativos no somos nada. ¿Quién te defenderá si no está AMYTS? Mantener nuestra presencia en mesa sectorial depende de ti. Legitima nuestra representación y nos da voz.

Me gustaría hacer una pequeña historia de lo acontecido estos años. No me quiero centrar en retribuciones, que como ya sabemos han sido "recortadas" de forma directa por rebajas salariales, y de forma indirecta con la "congelación" año tras año, y con el no pago de nivel IV de carrera o cambios de nivel o incluso reconocimiento de nivel a los nuevos fijos.

Si miramos hacia atrás, podemos ver algunas sombras y a mi juicio también muchas luces. Es cierto que en el año 2011 se tomó una decisión complicada, dura y difícil. En aquel momento la decisión fue muy contestada y provocó rechazo por parte de muchos compañeros. Y lo admito, lo entiendo y hasta lo puedo compartir. Una jornada que solo tenía validez hasta el 31 de diciembre de 2012, y que la Administración, de forma unilateral y prepotente, ha seguido aplicando año tras año, obligando a ser recurrida en los tribunales tanto en el año 2013, como 2014.

Pero veamos el resultado de aquella decisión, y veámoslo ahora, tras pasar 3 años. Acordamos un "sacrificio" de muchos para salvar a todos. Y me quiero explicar. Perdimos parte de nuestro salario, y en contraprestación por ese sacrificio, se logró mantener los contratos de todos los eventuales, miles, se pudieron llevar hasta el final las oposiciones que han dado plaza fija a 1600 médicos de hospital y otros tantos de atención primaria y SUMMA. Es importante recordar que un verano, allá por el mes de julio, había un decreto del Gobierno que paralizaba las oposiciones y no permitía su desarrollo. Hubo llamadas, hubo intervenciones a altos niveles, y fruto del acuerdo alcanzado, fue modificado el decreto y se pudieron terminar todos los procesos selectivos. Se han perdido en el camino miles de profesionales en la sanidad de Madrid, pero si comparamos las plantillas de facultativos, y a pesar de la injusta jubilación de muchos compañeros, nuestra plantilla se mantiene más o menos en las mismas cifras. Se han perdido enfermeras, auxiliares, celadores, han privatizado personal no sanitario, etc., pero facultativos estamos los mismos.

Conociendo como se han desarrollados estos años, creo que los que nos gobiernan no habrían tenido ningún reparo en hacernos pagar con la no renovación de eventuales o la suspensión de oposiciones, nuestra parte en esta crisis.
No quiero decir que AMYTS es la única responsable de esto, ni mucho menos, pero en buena medida si es cierto que nuestra pelea, nuestra defensa de los compañeros, nuestra clara posición al frente de su defensa, ha sido una de las causas.

Tenemos un nivel de representación muy alto. Tenemos una fuerza muy importante. Somos una asociación profesional con miles de asociados. Defendemos cientos, por no decir miles de casos de compañeros en los tribunales, estamos presentes en todos los foros del ámbito sanitario, y creo, sinceramente, que de forma muy justa. No sé qué pasará en las elecciones de mayo, pues el panorama electoral es complejo y difícil aventurar quién nos gobernará, pero lo que sí creo que debemos tener claro es que sea quien sea quién gobierne, AMYTS debe seguir siendo una fuerza que defienda a los facultativos. Nadie como los médicos defenderán a los médicos, nadie como un facultativo para defender a los facultativos, y desde luego nadie como un sindicato profesional para defender a los profesionales, trabajen en el ámbito que trabajen. Respeto a los demás pero, desde luego, yo me siento mejor representado por un sindicato profesional, por AMYTS.

Por eso, ahora más que nunca SOY MEDICO, SOY DE AMYTS.

Julián Ezquerra Gadea
Secretario General de AMYTS

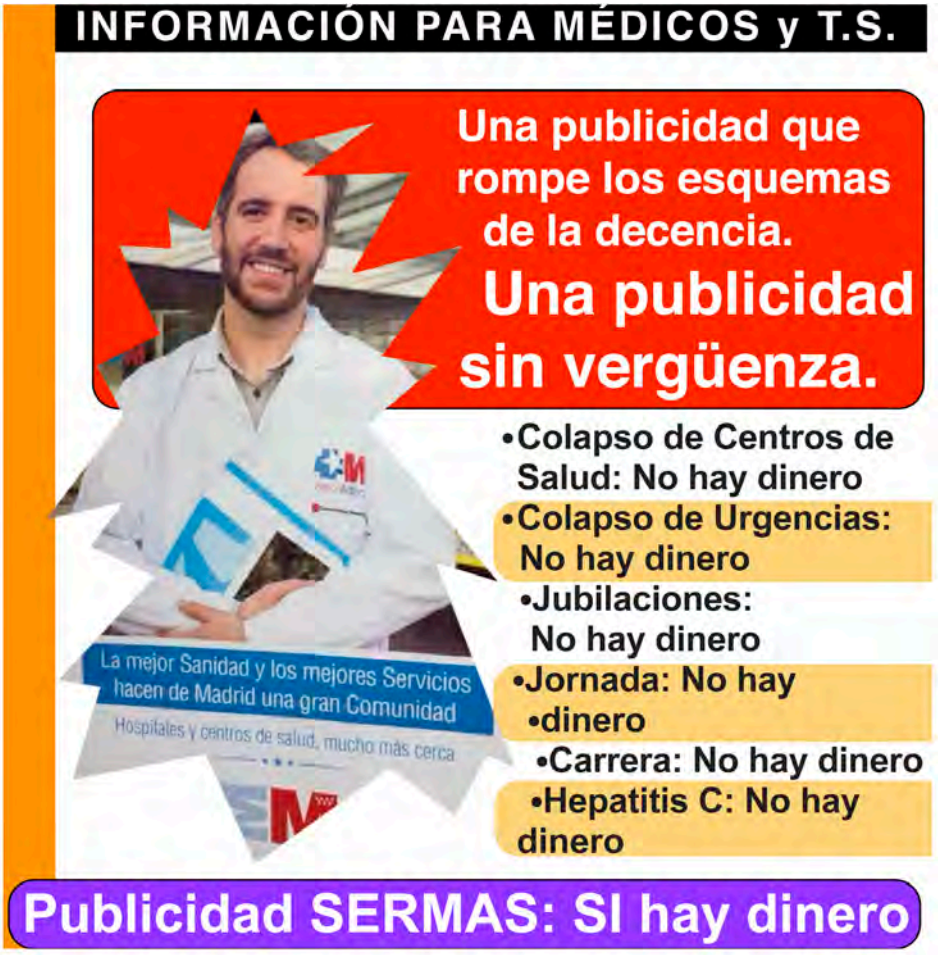
RADIOGRAFÍA DE ACTUALIDAD

ACTUALIDAD

AMYTS denuncia la propaganda preelectoral y "sin vergüenza" del SERMAS

AMYTS llamó la atención el 2 de febrero sobre la campaña de propaganda puesta en marcha por el SERMAS.

(*) CARTEL AMYTS – Publicidad SERMAS, pinchando aquí



El Gobierno regional gasta 1,4 millones de euros en la campaña

Después de la denuncia de AMYTS, **INFOLIBRE** aportaba nueva información sobre esta campaña publicitaria del Gobierno regional y concretaba que éste gastará en 1,4 millones de euros de dinero público en publicitar su política sanitaria con anuncios en radios, publicaciones digitales y escritas y transportes públicos. Y añadía que lo hace a cuatro meses de las elecciones autonómicas del próximo mayo y a través de un contrato que, sobre el papel, tiene como objeto la "difusión de los programas de salud y prevención" de la Consejería de Sanidad. Sin embargo -apuntaba INFOLIBRE-, "los anuncios que pueden verse en los diferentes soportes no reflejan precisamente medidas de prevención o de salud pública. Sino que más bien parecen centrarse en ensalzar los logros del Ejecutivo regional en materia sanitaria".

Según el diario digital, esta campaña que tiene como eslogan principal "La mejor sanidad y los mejores servicios hacen de Madrid una gran comunidad" emana de un contrato adjudicado el pasado 4 de septiembre **[ver resolución, aquí]** a la agencia Media Sapiens Spain S.L., que fue la que presentó "la oferta más ventajosa, en virtud de las ponderaciones de los criterios de adjudicación establecidos". Según la documentación de la licitación publicada en la página web de la Comunidad de Madrid, la adjudicataria ofreció descuentos de hasta el 100% sobre las tarifas publicitarias de Libertad Digital, La Razón o Expansión. Es decir, puso por escrito que estos medios iban a dejarle gratis sus espacios para incluir la publicidad de la consejería.

Este hecho provocó que otra de las compañías que acudió al concurso, Gesmedia Consulting, S.A., presentara un recurso contra la adjudicación al estimar que ofertar descuentos del 100% sobre tarifa "desvirtúa las ofertas del resto de los licitadores". No obstante, el Tribunal Administrativo de Contratación Pública de la Comunidad de Madrid inadmitió al recurso por considerar que se había presentado fuera de plazo y no analizó el fondo del asunto. En los últimos años esta misma agencia se ha hecho con varios contratos de publicidad con varias Administraciones públicas por valor de más de tres millones de euros gracias a su estrategia de ofrecer mayores descuentos en los medios.

Ecos en la prensa de la denuncia de AMYTS

Los diarios **EL BOLETÍN** y **ACTA SANITARIA** se hacen eco del "**documento informativo**" en el que AMYTS carga contra la última campaña de publicidad del Sermas y sus carteles, colocados, entre otros lugares, en el suburbano, con mensajes como "la mejor Sanidad y los mejores Servicios hacen de Madrid una gran Comunidad". Para AMYTS se trata de una "campaña de propaganda" en la que se invierte el dinero que se dice que "no hay" para resolver los verdaderos problemas que se están viviendo en la asistencia sanitaria, como el "colapso de centros de salud y de Urgencias" o cuestiones como las jubilaciones, la jornada o la Hepatitis C.

A lo largo del mes de febrero se extendió la indignación y perplejidad por el hecho de que la Consejería de Sanidad destine 1,4 millones de euros al propaganda mientras dice que "no hay dinero" para servicios y necesidades indispensables.

El 10 de febrero el diario **EL PAIS**, se sumó a este coro de denuncias y dedicó completa la primera página de su cuadernillo sobre Madrid a este tema bajo el título "Madrid gasta 1,4 millones en publicitar que dispone de la mejor sanidad". Al día siguiente, 11 de febrero lo hizo el diario **EL PLURAL**, subrayando que se trata de una campaña autobombo que incluye vallas publicitarias, anuncios en la radio, la televisión y el cine, y que ya ha encontrado críticas entre los médicos, que tienen que hacer frente a la saturación en los hospitales por el cierre de servicios, reducción del número de camas, entre otras consecuencias de los recortes. En la misma información EL PLURAL recoge, igualmente ,que el presidente madrileño, Ignacio González, ha dicho que no se trata de "ninguna campaña de publicidad".

Sin cesar, un día más tarde, el 12 de febrero, son Ciudadanos y la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública los que se suman a las críticas. El periódico **CRÓNICA NORTE**, recogía que el portavoz de Ciudadanos (C's) de Madrid, Ignacio Aguado, ha criticado que "Ignacio González destine 1,4 millones de euros a publicitar la Sanidad madrileña". Aguado, ha asegurado que se trata de "una campaña partidista, encubierta con fondos públicos, parte del gobierno regional del Partido Popular". El portavoz de C´s, ha apuntado que "se trata de una campaña que vulnera la Ley de Publicidad y Comunicación Institucional, en su art. 4.1.a)" y, ha aclarado que, lo que esta ley dicta es, "que no se podrán realizar campañas institucionales de publicidad y comunicación para destacar logros de gestión u objetivos."

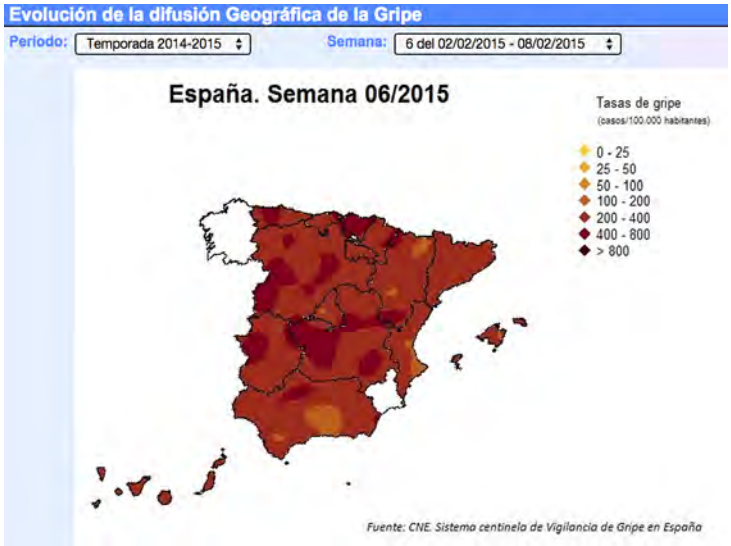
Asimismo, **TE INTERESA** y otros medios dieron cuenta de que la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Madrid criticó el miércoles 11 que la Comunidad de Madrid destine 1,4 millones de euros en una campaña de publicidad alabando la calidad de la sanidad de Madrid, cuando más de 10.000 trabajadores han salido del sistema y crece la lista de espera. Esta asociación sostiene en un comunicado que "el gobierno del PP de la Comunidad de Madrid viene sometiendo a la Sanidad Pública madrileña a un proceso de recortes, deterioro, desmantelamiento y privatización que están produciendo graves problemas en su funcionamiento".

El viernes 13 de febrero, **El BOLETÍN INFORMATIVO DE LA SANIDAD PÚBLICA** se hace eco de la campaña publicitaria emprendida por el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) y señala que ha provocado la respuesta del sindicato médico de Madrid, AMYTS, que la califica de publicidad "sin vergüenza".

ACTUALIDAD

Desde AMYTS se señala la "saturación" de hospitales y centros de salud, en pleno punto álgido de la gripe

En pleno punto álgido de la epidemia de la gripe, médicos, enfermeros y pacientes confirman en el **diario ABC** la saturación en los hospitales y centros de salud y reclaman más personal y camas.



"Este año la situación es sobrecogedora", apunta **Victoria Velasco**, responsable de Salud Laboral del sindicato **AMYTS** (Asociación de Médicos y Titulados Superiores de Madrid), que recuerda la denuncia de los trabajadores de Urgencias del Hospital del Henares, una situación de "colapso mantenido que no está justificado tan solo por el brote de gripe actual"; y añade que, en su unidad de agudos, que se hizo para 20 personas, "actualmente se están atendiendo entre 48 y 50 pacientes; más del doble de camas de lo que se debería". Desde el sindicato médico denuncian que haya decenas de camas en los pasillos, sobre todo en el Hospital Gregorio Marañón, el 12 de Octubre y el Ramón y Cajal. (…)

Desde **AMYTS**, solicitan que, junto a esta necesaria contratación de enfermeras, "debe haber más personal médico, que dicte el tratamiento y permita agilizar el servicio".

El citado diario trató de contactar, sin resultado, con la Consejería de Sanidad que ha anunciado, a través de un comunicado, haber contratado a 664 profesionales, de los cuales cerca del 80% es personal de enfermería. Velasco lamenta que de todos los contratos anunciados por la Consejería, "solo 14 profesionales se han destinado a centros de salud, de los que hay casi 300 por toda la Comunidad. No sabemos ni qué tipo de profesionales son ni dónde están trabajando"

ACTUALIDAD

Los sindicatos de Mesa Sectorial de Sanidad plantean la problemática de la aplicación de la jornada en el SAR

La Dirección General de Recursos Humanos de la Consejería de Sanidad que encabeza Armando Resino convocó el día 2 de febrero a organizaciones sindicales con representación en la Mesa Sectorial de Sanidad (**AMYTS**, Satse, CSIT-UP, CCOO, UGT y CSIF) a una "reunión técnica, para conocer de primera mano la problemática en la aplicación de la jornada en el Servicio de Atención Rural (SAR)", tal y como explicó el secretario general de**AMYTS**, **Julián Ezquerra**, a **REDACCIÓN MÉDICA**. En esta primera reunión monográfica se han puesto sobre la mesa las dificultades que presenta la interpretación de la jornada laboral en este servicio en cuanto a horarios, turnos y el modo en el que se cubren las ausencias.

ACTUALIDAD

AMYTS apoya el documento "Salvar la Sanidad Pública"

Respondiendo al llamamiento realizado por los autores del manifiesto titulado **"Salvar la sanidad pública"**, promovido por las profesoras de filosofía moral Victoria Camps y Adela Cortina, respaldado por diferentes personalidades del mundo sanitario, y publicado en el **diario El País el pasado 23 de enero**, en su reunión del pasado 2 de febrero el Comité Ejecutivo de AMYTS decidió hacer público su apoyo al texto de dicho documento.**AMYTS afirma** que coincide plenamente con el análisis reflejado en el documento y con las críticas realizadas a la gestión del sistema sanitario, afecta de partidismo, ocultismo y desmoralización de los profesionales sanitarios, críticas que AMYTS ha realizado en diferentes ocasiones.

ACTUALIDAD

Reclamaciones a la puntuación otorgada en el baremo provisional de las OPEs de Familia y Pediatría de AP

Una vez publicado los listados provisionales con el baremo de la fase de concurso de las OPEs de Médicos de Familia y Pediatras de Atención Primaria, el la Web de AMYTS se ha puesto a disposición de los afiliados el siguiente modelo de reclamación (**para descargarlo pincha AQUÍ**).

ACTUALIDAD

Sangría de 6.675 profesionales en la sanidad

El diario **20 MINUTOS** dedicó el 10 de febrero un amplio reportaje a la pérdida de profesionales sanitarios en la sanidad pública de la Comunidad de Madrid. Según destaca, según los últimos datos del Registro Central de Personal del Ministerio de Hacienda, hasta 1.173 trabajadores dejaron de formar parte del sistema público entre julio de 2013 y julio de 2014. La caída, del 1,76%, dejó la plantilla en 65.161 personas, por los 66.334 que la componían un año antes. Con este nuevo recorte, los servicios de salud acumulan una pérdida de 6.675 empleados (-9,9%) desde 2009, cuando comenzó a publicarse el Boletín Estadístico de Personal al servicio de la Administración. En ese momento había 71.836 personas.

El Gobierno ordenó en 2012 que solo se cubriese una de cada diez bajas de funcionarios La mayoría de las bajas se deben a la política del Gobierno central de reponer únicamente al 10% de los trabajadores que causaban baja por jubilación, es decir, una incorporación por cada 10 salidas. Cristóbal Montoro, ministro de Hacienda, se ha comprometido a elevar esa tasa de reposición hasta el 50% este año.

Otra parte de las salidas se corresponde a personal con contrato temporal que no ha sido renovado. Sus puestos han sido cubiertos gracias al aumento de jornada de los funcionarios, que en 2011 pasaron de hacer 35 horas semanales a 37,5. En 2013, la Comunidad jubiló forzosamente a 700 médicos y decenas de enfermeras, comadronas y auxiliares para ahorrarse sus nóminas.

El reportaje continúa ofreciendo un exhaustivo desglose de datos

ACTUALIDAD

Frente común de los médicos de Atención Primaria

Entre otros medios profesionales, destaca **ACTA SANITARIA** que por primera vez todas las Sociedades Científicas de Atención Primaria (AEPAP, SEMERGEN, SEMFYC, SEMG Y SEPEAP), la Organización Médica Colegial (OMC), la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) y Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM) han formado un frente común, con la intención de promover un cambio positivo y sentar un punto de inflexión en la evolución de la Atención Primaria.

Contexto laboral digno

En su mensaje de presentación, los firmantes asegura estar firmemente decididos a recuperar la ilusión y el orgullo de ser médico de Atención Primaria en España, luchando por conseguir un contexto laboral digno, que les permita dar como profesionales y como personas lo mejor de ellos mismos, al tiempo que reclaman la complicidad de los profesionales. Y anuncian un proceso con acciones continuadas que permitan conseguir a corto y medio plazo cambios positivos en nuestro ejercicio profesional diario.

Acceder al **MANIFIESTO DEL FORO DE MÉDICOS DE AP.**

ACTUALIDAD

AMYTS da voz a los médicos que ejercen en el sector privado y hospitales públicos de gestión indirecta

El **DIARIO MÉDICO** del 16 de febrero de 2015 se hizo eco, tal y como habían hecho **ACTA SANITARIA** y **REDACCIÓN MÉDICA** anteriormente, de la nueva vocalía creada por AMYTS para médicos de clínicas privadas y hospitales públicos de gestión (ver también la **E-Revista de AMYTS 110**) .

Dra. Mónica Alloza

Este es el contenido de lo publicado en DIARIO MÉDICO: "La nueva vocalía del sindicato busca dar soporte a los aproximadamente 3.000 médicos de clínicas privadas y los hospitales concertados de Madrid. Las situaciones laborales que existen en los hospitales públicos de gestión indirecta, concertados y clínicas privadas de Madrid son tan amplias y variadas (distintos convenios, contratos laborales y mercantiles, y condiciones de trabajo) que la Asociación de Médicos y Titulados Superiores de Madrid (AMYTS) ha visto necesario recoger tanta diversidad bajo el paraguas de una única y nueva vocalía, que comenzó su andadura a principios de año y que conduce Mónica Alloza, radióloga del Hospital de Torrejón, de Madrid. "En una primera etapa queremos dibujar un mapa preciso de la situación sindical en el ámbito privado de Madrid, y conocer con detalle nuestros recursos, fuerzas y debilidades.

Después pretendemos cambiar esta cultura que tiene el médico madrileño de desinterés y desconfianza por lo sindical", explica la vocal.A pesar de que es difícil generalizar sobre los problemas más comunes de los más de 3.000 médicos que se calcula que ejercen en este tipo de centros (prácticamente lo único que comparten es un convenio laboral distinto al Estatuto Marco del Empleado Público de Madrid), Alloza está convencida de que "el problema común es la desprotección frente al empleador debido al desconocimiento de sus derechos laborales y sindicales". La delegada de AMYTS añade que en estos centros la negociación de las condiciones de trabajo se hace, en muchos casos, a título individual entre el médico que se contrata y la empresa, "con bastante opacidad y pocas explicaciones".

También denuncia que en el momento actual de crisis y dificultades para conseguir un empleo "muchas de estas empresas aprovechan para recortar salarios, aumentar la carga asistencial y ofertar contratos más precarios en cuanto a temporalidad y precio". A pesar de que hay precariedad en el sector, la vocal de AMYTS dice que "las retribuciones son generalmente mayores en el sector privado que en el público (calcula que a partir de un 10 por ciento más), debido a que la privada tiene la posibilidad de aumentar el salario conforme va incrementando las horas de trabajo".

También reconoce que en estos momentos de crisis y precariedad la nueva vocalía es más necesaria que nunca. "Es más difícil reivindicar los derechos laborales en el sector privado que en el público, aunque depende mucho de la filosofía empresarial de cada compañía. En este aspecto, las grandes corporaciones que gestionan los hospitales públicos de gestión indirecta en Madrid son un rodillo para sus empleados y hay una cultura de miedo a significarse sindicalmente en estos centros".

Precisamente por este motivo, la vocal justifica que las consultas y denuncias (no superan las 5 anuales) en el sector privado sean más que anecdóticas. Otro de los objetivos de la nueva vocalía es aumentar el número de afiliados y el de delegados sindicales. "El porcentaje de afiliación en el sector privado es muy bajo en comparación con el público.

En Madrid esa cifra apenas supera el 2 por ciento del total de facultativos afiliados al sindicato, unos 3.000". En muchos centros, además, "los afiliados coinciden casi exclusivamente con los delegados sindicales que allí tenemos", se lamenta Alloza, que justifica esta situación por "un ambiente laboral poco favorable, una gran carga asistencial y una cultura antisindical".

ACTUALIDAD

"Si eres facultativo eres de AMYTS"

AMYTS dedicó su cartel informativo de la semana del 16 al 22 de febrero de 2015 a subrayar que es la organización sindical de los médicos y titulados superiores de la sanidad.

Estos son los mensajes: "AMYTS con los profesionales. AMYTS somos todos. AMYTS garantía de futuro. AMYTS a tu servicio. AMYTS siempre esta ahí. Cuando tengas un problema, cuando necesites apoyo, cuando precises abogado, cuando quieras formación, ….siempre estará AMYTS. Por eso hoy mas que nunca, SOY MEDICO, SOY DE AMYTS.

Ver y descargar el CARTEL, ***pinchando AQUÍ***

ACTUALIDAD

Estruendoso fracaso del desarrollo de la OPE de Médicos de Familia

Según señala **ACTA SANITARIA**, la fórmula elegida por la Dirección General de Recursos Humanos del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) para solucionar su fracaso en la prueba de la OPE a los Médicos de Familia realizada en septiembre pasado, además de generar enfrentamientos entre los propios profesionales, comienza a ser vista en algunos ámbitos como un caso claro de prevaricación, al no respetar las bases establecidas para su desarrollo y ejecución.

En el orden del día de la Comisión de Sanidad de la Asamblea de Madrid del miércoles 18 de febrero, el portavoz socialista de Sanidad, José Manuel Freire, se interesó por la "racionalidad que inspiró el último examen para Medicina de Familia en la Comunidad". Al examen se presentaron unos 4.300 médicos de los que, de acuerdo con el baremo establecido para aprobar la prueba, sólo lo consiguieron 158; y los líos surgen por la intención de Recursos Humanos de, incumpliendo las base de la convocatoria, completar el cupo de las 306 plazas sacadas a su manera. Es decir, "prevaricando", pues lo propio hubiera sido hacer una nueva convocatoria con bases distintas y más ajustadas a la realidad, pues resulta preocupante que más de 4.000 médicos que están asistiendo diariamente a la población no estén preparados para hacerlo, de acuerdo con las pruebas a las que fueron sometidos.

"Desde el principal sindicato médico de Madrid, **AMYTS** -añade ACTA SANITARIA-, el examen fue catastrófico, pues ni cumplía la perspectiva inicial de consolidar el empleo. Y se acusa de incompetencia al tribunal, ya que ni supo plantear las preguntas, la mayoría de ellas sobre gestión, olvidando prácticamente la clínica. Para aprobar había que haber respondido bien a la mitad de las 150 preguntas realizadas. Entre los médicos se lamenta que, tras la derogación de la normativa del Insalud para la provisión de plazas, la Comunidad de Madrid no haya sido capaz de tener un decreto propio ni haya establecido cómo debe ser la composición de los tribunales".

En fin, está en entredicho una de las armas electorales del Gobierno de la Comunidad de Madrid, como es tratar de conciliarse con los profesionales a través de la consolidación de empleo. Está visto que no importa los medios a emplear, concluye ACTA SANITARIA.

ACTUALIDAD

CESM y CEEM exigen que se aclaren los posibles fallos en la corrección del último examen MIR

Los aspirantes que se presentaron el pasado 31 enero a las pruebas para acceder a una plaza de formación sanitaria especializada han recibido un correo electrónico del Ministerio de Sanidad con sus respuestas al examen. Según han relatado varios alumnos a **Redacción Médica**, el Ministerio ha cometido "un error masivo", ya que las respuestas enviadas no se corresponden con las que contestaron en el examen.

La Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (**CESM**) y el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM) han exigido al Ministerio de Sanidad una aclaración urgente ante los fallos detectados en la corrección del examen de Médico Interno Residente (MIR). El sistema utilizado por Sanidad incluye la cumplimentación de una plantilla en la que el aspirante ha de escribir un número entre el 1 y el 5 en correspondencia a su respuesta a un test de 5 opciones, de la que se quedan un calco. A la hora de la corrección se produce una transcripción de esos números a una plataforma informática que se encarga de calcular el número de respuestas netas en función de las respuestas acertadas, falladas y dejadas en blanco. Los estudiantes creen que los fallos se deben a que se dispone de poco tiempo para transcripción de las preguntas a la hoja de respuesta y, por otro lado, de métodos de transcripción informáticos que pueden ser mejorables. Además del problema que supone tener contadas como erróneas preguntas acertadas, los estudiantes se quejan que hay preguntas que, al ser transcritas incorrectamente, aportan mayor número de aciertos pero "no son, obviamente, reclamadas ni revisadas". "Es una situación que perjudica a unos y beneficia a otros, distorsionando en cualquier caso de forma absolutamente arbitraria la futura elección de plazas", añaden CESM y el CEEM , que atribuyen los fallos al uso de un lector automático "supuestamente anticuado y contratado con una empresa concesionaria".

El Ministerio de Sanidad dice que revisará los exámenes

Los exámenes de la formación sanitaria especializada realizados el pasado 31 de enero, los conocidos como MIR, **se volverán a corregir** a tenor de las críticas y quejas de los participantes.

ACTUALIDAD

AMYTS exige al Gobierno regional '*Tarjeta Sanitaria*' para todos los recién nacidos. Finalmente la Comunidad recula

En relación con la información aparecida en distintos medios de comunicación, en la que la Consejería de Sanidad afirmaba que las medidas adoptadas para la asistencia al "recién nacido transeúnte", han sido a petición de los profesionales, desde AMYTS, se aclaró lo siguiente:

- En el sindicato médico AMYTS, consideramos esencial que todos los niños de Madrid tengan acceso a un pediatra en Atención Primaria desde el momento de su nacimiento. Este derecho debe ser independiente de su situación administrativa, aseguramiento o capacidad de su familia para realizar rápidamente los trámites burocráticos.

- Cuanto más pequeño es el niño más importante para su salud es la continuidad de cuidados, que creemos debe asegurarse facilitando su adscripción lo antes posible a un pediatra en su centro de salud. La familia dispone así de un profesional en salud infantil cercano de referencia. Se debe proteger especialmente la accesibilidad a los servicios sanitarios en el caso de las familias inmigrantes y evitar las barreras burocráticas o de otro tipo.

- **Por todo ello, desde AMYTS, solicitamos que los recién nacidos en la Comunidad de Madrid no sean incluidos temporalmente en la categoría administrativa de transeúntes cuando no lo son, y que la Administración ponga los medios para que dispongan de Tarjeta Sanitaria Individual y sean adscritos a un pediatra en su centro de salud desde su nacimiento** tanto a efectos de cupo como retributivos, independientemente de que hayan o no realizado los trámites de aseguramiento o de que sus familias dispongan o no de tarjeta de residencia.

El comunicado de AMYTS se produce a raíz de la confirmación, por parte del Gobierno regional, de la modificación del procedimiento administrativo para que los recién nacidos obtengan su tarjeta sanitaria, reduciendo a 3 meses el plazo para solicitar una tarjeta sanitaria específica o su adscripción a la tarjeta de alguno de sus padres. La Consejería de Sanidad aseguraba además a los medios de comunicación -como **REDACCIÓN MÉDICA**-, que el procedimiento se ha modificado "a petición de los profesionales", unas afirmaciones que han provocado la inmediata reacción de diversos organismos y entidades médicas desmarcándose de las mismas.

La Comunidad recula

Las medidas de presión tienen éxito y finalmente el Gobierno de la Comunidad de Madrid recula y no anulará las citas pediátricas de los bebés de los inmigrantes. Según, se recoge el viernes 27 por la tarde en distintos medios, entre otros **EL DIARIO**: Madrid recula y no borrará del sistema informático sanitario a los menores sin regularizar. Después de que eldiario.es contara cómo la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid había **dado orden de que estos bebés salieran de los registros**, el Gobierno regional ha confirmado a este diario que ha modificado la medida.
Esto supone que los niños y niñas podrán ser citados y volverán a tener un seguimiento pediátrico continuado. Madrid mantiene el

plazo en 90 días para que se regularice su cobertura sanitaria pero, a partir de ahora, no se les inactivará de la base de datos del Servicio Madrileño de Salud.
Según ha confirmado Antonio Alemany, director general de Atención Primaria, si los menores llegan al día 91 sin la asistencia regularizada, seguirán siendo visibles para los administrativos. A partir de ahora, han incluido una advertencia para administrativos y pediatras que les avisa de que "ese niño no se ha regularizado y ha cumplido el plazo", pero ya no pasará al histórico de la base de datos y se podrá acceder a su historia clínica.
La Consejería no aclara si a partir de ahora se calculará un nuevo plazo por el que los recién nacidos desaparezcan del registro y por lo tanto se quedan sin poder ser citados de manera ordinaria. Eso sí, no consideran que ni inicialmente esta medida ni su posterior modificación hayan alterado la atención a los menores.
Fuentes del SERMAS confirman que se vuelve al plazo anterior y los padres vuelven a tener un año para reunir toda la documentación. Aunque a partir de ahora, según informa Alemany, los profesionales sanitarios les avisarán de que deben tramitar la cobertura sanitaria, porque han superado los tres meses.
Con esta decisión vuelven a estar activos en la base de datos del SERMAS los 6.000 recién nacidos que desaparecieron del sistema de citas. Esta medida había sido criticada por plataformas como Yo Sí Sanidad Universal y Sos Racismo, y por colectivos profesionales como la Asociación Madrileña de Pediatría de Atención Primaria y la Sociedad de Pediatría de Madrid y de Castilla-La Mancha.

Secuencia de la presión ejercida hasta conseguir que la Comunidad de Madrid diera marcha atrás

Los médicos critican a González por endosarles la responsabilidad

Diversos medios de comunicación se hacen eco de la voz de AMYTS ante la insinuación de la consejería de Sanidad de Madrid de que la eliminación de la asistencia sanitaria de recién nacidos por la situación irregular de sus progenitores en España se había hecho a petición de los profesionales, entre los que . Tal y como expone **EL BOLETÍN**, estas palabras "no han gustado a AMYTS, que ha arremetido contra el Gobierno regional por intentar 'endosar' a los profesionales la responsabilidad de una decisión de tanto calado". Y añade que "en una nota, el mayor sindicato médico de Madrid explica pese a lo dicho por la Comunidad de Madrid, AMYTS considera 'esencial' que todos los niños 'tengan acceso a un pediatra en Atención Primaria desde el momento de su nacimiento'. Para los médicos, 'este derecho debe ser independiente de su situación administrativa, aseguramiento o capacidad de su familia para realizar rápidamente los trámites burocráticos' requeridos por la Comunidad de Madrid.

También se hacen eco de la nota de AMYTS, **ACTA SANITARIA**, **REDACCIÓN MÉDICA**, o EUROPA PRESS, entre otros. EL BOLETÍN, 27-02-2015; ACTA SANITARIA, 26-02-2015; REDACCIÓN MÉDICA, 26-02-2015; EUROPA PRESS, 26-02-2015 (con ecos en (**EL ECONOMISTA**, **TE INTERESA**, **GENTE DIGITAL**,); SERVIMEDIA, 26-02-2015 (con ecos en **LA INFORMACIÓN**, **DISCAPNET**...); EFE, 26-02-2015 (con ecos en **LA VANGUARDIA**)

Asimismo,el 27 de febrero, a través de la Agecia EFE (ecos, entre otros muchos medios en **LA VANGUARDIA**), SE INDICA: El sindicato de médicos AMYTS ha criticado a la Consejería de Sanidad por tratar de "endosar" a los pediatras la responsabilidad de su decisión de reducir de un año a tres meses el plazo para obtener la tarjeta sanitaria, y propone que los recién nacidos "obtengan la tarjeta según salen de alta del hospital".

Así lo ha manifestado hoy el secretario general de Amyts, Julián Ezquerra, en respuesta a la Consejería de Sanidad que aseguró ayer que el cambio se hizo a petición de los propios profesionales que "desean que los recién nacidos adscritos a sus cupos tengan la tarjeta sanitaria correspondiente", en palabras de la consejería. Para Ezquerra, "no tiene ningún sentido que alguien pueda pretender que lo pidieron los médicos. A nadie le cabe en la cabeza que los propios pediatras pidan medidas que puedan excluir a los recién nacidos de recibir atención médica".

De ahí que Ezquerra pida a la consejería "que demuestre quién ha dicho esto, porque ninguna sociedad de Pediatría lo ha pedido nunca", ha manifestado a Efe.

Respecto al argumento de la consejería de que la medida se tomó con fines "garantistas" para proteger a los bebés afectados, Ezquerra considera que, "si quieren proteger a estos niños, que les den la tarjeta rápidamente, sin esperar ni tres meses ni un año".

El secretario general se ha preguntado "qué dificultad hay para que todo niño que nazca en un hospital salga de alta llevándose la tarjeta con él", algo que a su juicio es "lo más deseable y lo más razonable, si quieren hacerlo", ha concluido.
La medida procede de la Gerencia de Atención Primaria madrileña, que el pasado 17 de febrero envió una nota interna a las Unidades Administrativas de los centros de salud comunicando la reducción, de un año a 90 días, del plazo para que las familias tramiten la tarjeta sanitaria.

Para el mayor sindicato de médicos de Madrid, es "esencial que todos los niños tengan acceso a un pediatra en Atención Primaria desde el momento de su nacimiento".

Considera, además, que este derecho "debe ser independiente de la situación administrativa, aseguramiento o capacidad de su familia para realizar rápidamente los trámites burocráticos" para solicitar la tarjeta sanitaria.

Las sociedades pediátricas piden que se resuelva la situación
Así, además de AMYTS, las sociedades científicas de pediatría de Madrid -Asociación Madrileña de Pediatría de Atención Primaria (AMPap) y Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla la Mancha (SPMyCM)- también quisieron aclarar en una **carta conjunta** su posición en favor de que se garantice "la equidad entre los niños madrileños". Ante la alusión del Gobierno regional a que los profesionales habían pedido "tener lo más actualizado posible los datos de los pacientes a los que atienden", las sociedades pediátricas aclaran: "*En diciembre de 2014 ambas sociedades enviamos una carta conjunta solicitando que se adoptaran las medidas oportunas para que todos los niños pudieran ser contabilizados desde el primer día – y a todos los efectos-, por parte de la administración, independientemente de su situación administrativa. Los pediatras de Atención Primaria (AP) no hemos propuesto, en ningún caso, la reducción de estos plazos, sino que solicitamos que se tomen las medidas necesarias para "reconocer, en todos los sentidos, el trabajo y la carga asistencial real que realizamos los pediatras de AP de Madrid y garantizar la equidad entre los niños madrileños".*

Por tanto ambas sociedades informan de que han enviado una nueva carta conjunta a la Consejería de Sanidad "para que resuelva esta situación y evitar que un problema administrativo interfiera en la agilidad y calidad de la asistencia prestada a los recién nacidos en AP".

"**Vulnera la legislación internacional", denuncia "Yo Sí, Sanidad Universal"**
La plataforma "Yo Sí, Sanidad Universal" manifestaba igualmente su rechazo a la medida del Gobierno de Ignacio González de la que considera "vulnera la normativa nacional e internacional de protección a la infancia". Para este colectivo, "eliminar a 6.000 recién nacidos del registro sanitario tiene repercusiones más allá de los vericuetos administrativos que ha aducido la Comunidad de Madrid para sacar a estos menores del sistema informático". Además esta plataforma denuncia que la medida se implementó sin previo aviso a los profesionales ni a los progenitores, con la consecuencia directa de "que las citas previamente programadas en centros de salud y hospitales han desaparecido automáticamente, al igual que su historia clínica, que pasa a un fichero denominado 'histórico' hasta que vuelva a ser dada de alta".

IU llevará a la Fiscalía el cambio de la normativa si no se rectifica
Desde el terreno político, el portavoz de Sanidad de IU en la Asamblea de Madrid, Rubén Bejarano, exigió, por su parte, al Gobierno regional que rectifique "inmediatamente" si ha dejado fuera de la atención sanitaria pública a 6.000 hijos de inmigrantes y ha anunciado que, de lo contrario, llevará el caso a la Fiscalía - tal y como recoge **DIARIO MÉDICO.**

Nota interna y "póstuma" a las modificaciones
Según recoge ACTA SANITARIA, la Gerencia de Atención Primaria de Madrid envió una nota interna a las Unidades Administrativas de los Centros de Salud, con fecha del 17 de febrero, de "**Modificación de los tipos de ciudadano: Transeúnte recién nacido y alta recién nacido hospital**" en la que informa que aunque "la caducidad de este tipo de ciudadano estaba fijada en 1 año, tiempo suficiente para que los padres pudieran obtener todos los documentos necesarios para solicitar la tarjeta sanitaria", ahora sería de "90 días desde la fecha de nacimiento", sin dar explicación alguna del motivo para realizar esta modificación. Destaca asimismo que esta carta fue enviada después de realizar las modificaciones.

ACTUALIDAD

"A buenas horas mangas verdes" o la Memoria 2013 del SERMAS. "Tardía" y también "reveladora" según AMYTS

La expresión ¡A buenas horas mangas verdes! es oportuna con respecto a la publicación de la "**Memoria 2013 del SERMAS**", aparecida la última semana de febrero de 2015, dado que se emplea cuando algo llega tarde.

El origen de la expresión se remonta a finales de la Edad Media, y era un comentario popular cuando la Santa Hermandad, una institución parecida a la actual Guardia Civil, que se dedicaba a preservar el orden y perseguir a los malhechores fuera de las ciudades en el Reino de Castilla. Los cuadrilleros de este cuerpo policial solían llegar tarde al lugar del delito, cuando los malhechores ya se habían marchado. Como su uniforme dejaba ver las mangas verdes de la camisa, de ahí que ante su tardanza, cuando finalmente aparecían se acuñara la expresión ***¡A buenas horas mangas verdes!***

El secretario general de AMYTS, Julián Ezquerra, intervino en los informativos regionales de la CADENA SER, para denunciar la tardanza en la publicación de la Memoria del año 2013 por parte del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). "Lo razonable sería a estas alturas ver la del 2014"- es una de las puntualizaciones de Ezquerra, que por otra parte , destaca que la Memoria confirma un drástico recorte de personal. Concretamente, la Memoria revela una reducción de 2.500 profesionales sanitarios, de los que 500 son médicos, y el cierre de más de 300 camas lo que, según Ezquerra "equivaldría al cierre de los hospitales del Sur y del Henares juntos". También apunta, que ha aumentado el número de derivaciones a las entidades privadas de pruebas diagnósticas menores como las endoscopias.

(*) Memoria 2013 del SERMAS, pinchando aquí.

La lista de espera en la sanidad madrileña no baja pese a las derivaciones

Más de 77.000 pacientes madrileños esperaban en septiembre de 2014 para operarse en la región, la cifra más abultada de la última década. Y eso pese a que la Comunidad aumentó un 56% la derivación de intervenciones quirúrgicas a los hospitales públicos de gestión privada en el ejercicio 2013. Basándose en esta observación derivada de los datos de la memoria, **20 MINUTOS MADRID** concluye que "el envío de pacientes a la privada tampoco ha hecho descender la lista de espera quirúrgica". "Esta política no tiene justificación. Mientras los datos del Sermas dicen que en 2013 se perdieron 337 camas en los hospitales públicos (equivalente a la suma de las camas de los hospitales de Arganda Coslada) y 3.582 profesionales, se siguen enviando más recursos a la privada", critica en declaraciones al citado diario **Julián Ezquerra**, secretario general de **AMYTS**.

83.000 pacientes potenciales más y un 21% menos de presupuesto.

También **EL MUNDO** ofreció su valoración en torno a los datos de la memoria 2013 del Sermas, que considera una "traducción numérica" de los "efectos colaterales del amago de privatización de seis hospitales públicos en Madrid". Según este diario, cuando los tribunales suspendieron cautelarmente el proceso a principios de 2014 y en la Puerta del Sol decidieron aparcarlo, la consigna fue que el ajuste económico se produciría de todas formas. De hecho, ya habían comenzado. A finales de 2013, el año en el que se concentró el grueso de las movilizaciones de la denominada marea blanca, habían desaparecido 3.582 trabajadores (535 de ellos médicos), 337 camas, siete quirófanos y 10 puestos de hemodiálisis en comparación con el ejercicio previo. Mientras aumentaba en más de 83.000 la cifra de personas con derecho a asistencia médica gratuita (de 6.372.048 a 6.455.781), se reducía un 21% el presupuesto para "obligaciones económicas"-apunta EL MUNDO-, y añade que el presupuesto sanitario en la Comunidad de Madrid para 2015 es de 6.499.273 millones de euros, 370.000 menos que en 2011.

El viceconsejero de Asistencia Sanitaria se justifica

Tal y como recogen ambos diarios, el viceconsejero de Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid, Manuel Moreno, justificó que el descenso de camas registrado en la última memoria del Sermas se debe a que ahora se realizan más operaciones ambulatorias y a que se ha procedido a mejorar las habitaciones con espacio para tres y cuatro pacientes para que haya como máximo dos enfermos.

Moreno también señaló que la reducción de trabajadores registrada entre 2012 y 2013 se debe en gran medida a que "hay profesionales que pasaron a depender de concesionarias de servicios externalizados o de centros de gestión indirecta". Pero EL MUNDO añade la siguiente sugerencia: "En concreto, mencionó los hospitales Rey Juan Carlos, en Móstoles, y el de Torrejón de Ardoz, que fue inaugurado en septiembre de 2011, con lo que no tuvo nada que ver a estos efectos estadísticos".

ACTUALIDAD

El reconocimiento y pago de la Carrera Profesional continúa suspendido

El reconocimiento y pago del grado IV de carrera profesional para el personal estatutario del Servicio Madrileño de Salud (Sermas) continuará suspendido este año, tal y como refleja la **Ley de Presupuestos Generales de la Comunidad para 2015**, publicada en el Boletín Oficial del Estado **(BOE), del jueves 26 de febrero de 2015**.
Además, siguen sin reconocer y abonar los niveles I, II ó III igual que hacen con el IV.

AMYTS ha reclamado y seguirá haciéndolo, el pago de niveles a los nuevos fijos, así como el reconocimiento de cambio de nivel, las evaluaciones y también el abono del nivel IV. Además debemos exigir el cambio de modelo de Carrera de tal forma que se pueda retribuir este concepto a los interinos y eventuales, pues la falta de periodicidad en las convocatorias de oposiciones, hacen que miles de facultativos vean restringid este derecho.

Asimismo, el complemento específico se mantendrá en la misma cuantía que 2014, como también sucede con el complemento de atención continuada y la productividad variable, que no experimentarán incremento alguno con respecto a lo marcado para el pasado año.
Adicionalmente, señala el BOE, se abonarán dos pagas iguales, una en el mes de junio y otra en el de diciembre, cuyo importe será el establecido para las pagas de junio y diciembre de 2014".

ACTUALIDAD

La Mesa Sectorial de Sanidad informa de la proximidad de los resultados de las OPEs, traslados, y nuevos procesos de estaturarización

AMYTS informó de que la Mesa Sectorial del 26 de febrero de 2015 trató temas importantes en lo referente a recursos humanos.

Se trató sobre los concursos de traslados y las OPEs de Médicos de Familia, Pediatras, y otras categorías sanitarias. Se avanza que en el plazo de 8 a 10 días se concluirán las OPEs, publicando el listado definitivo y la convocatoria para elección de plazas.

Sobre los traslados, en el mismo plazo, se verán publicados los listados provisionales.

Se anunciarón medidas como nueva estatutarización, interinidades, nuevas OPES para 125 plazas de FEAs y 16 de odontólogos, OPEs de Alcorcón y Fuenlabrada. También se debe cerrar la OPE de 2015.

Por otro lado, la Administración acordó eliminar los trámites burocráticos que obligaban a los profesionales a presentar "documentación que la Administración ya tiene en su poder", lo cual supone "un paso muy importante para agilizar estos procesos", ha reconocido a **REDACCIÓN MÉDICA** el secretario general de **AMYTS**, **Julián Ezquerra**.

(*) Resumen de la Mesa Sectorial de Sanidad 26/02/2015 elaborado por AMYTS, pinchando aquí.

ACTUALIDAD

El Sector SUMMA 112 de AMYTS plantea a la Consejería una propuesta de jornada laboral para mejorar la situación actual

Debido a la conflictividad que están viviendo los profesionales del SUMMA 112 con respecto a la aplicación de su jornada laboral, el Sector SUMMA 112 de AMYTS ha dirigido un escrito al director general de Recursos Humanos de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y al gerente del SUMMA 112, con una propuesta en relación a la jornada laboral de los Médicos del SUMMA 112.

Según se detalla, "en los últimos meses, se ha evidenciado por parte del personal del SUMMA112, una presión asistencial que pone en riesgo la correcta atención sanitaria, con un elevado número de asistencias durante todo el año y principalmente en fines de semana y en periodos de enfermedades epidémicas. Por ello, pensamos que para mantener una correcta atención de pacientes, con seguridad clínica y basada en los protocolos que se usan de forma normalizada en el SUMMA 112, se debe de realizar una jornada que garantice la cumplimentación de los protocolos precisos".

Para ello, el sector SUMMA 112 de AMYTS ha elaborado una propuesta basada en dos premisas: el equipo EPI que utilizan en su jornada habitual los profesionales del SUMMA 112 y las revisiones de material electromédico y farmacologico y los registros correspondientes, para garantizar, como indica el documento, la correcta atención de los pacientes y evitar los menores riesgos laborables posibles para el personal facultativo que desarrolla dicha actividad asistencial, basada en le eficacia, eficiencia y calidad asistencial.

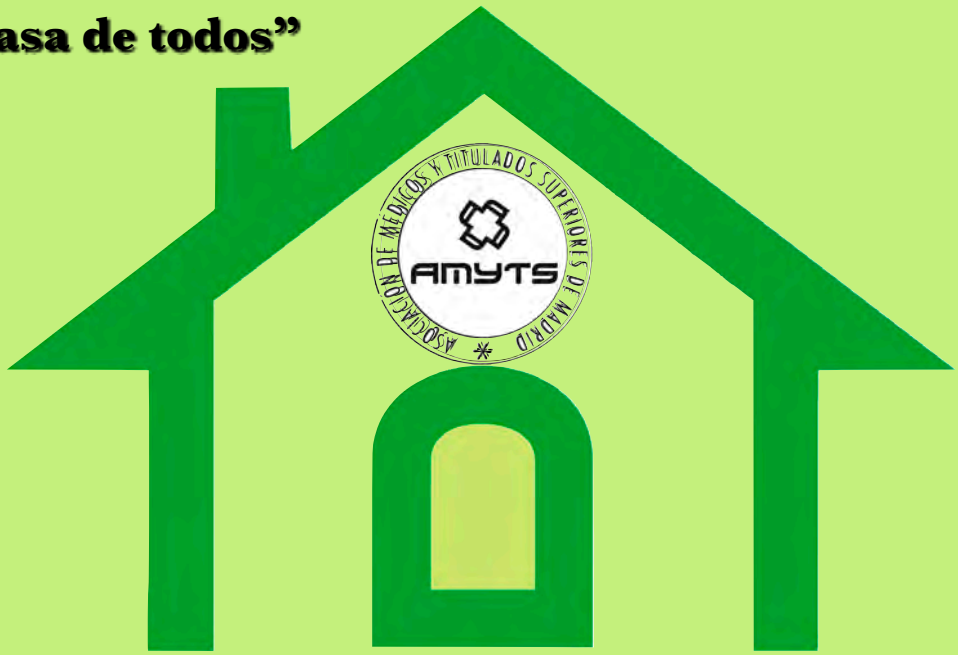
Desde AMYTS se espera que esta propuesta sea tenida en cuenta por la Dirección General de RRHH de la Consejería de Sanidad y la propia gerencia del SUMMA 112.

(*) Propuesta AMYTS de jornada para SUMMA 112, pinchando aquí.

ACTUALIDAD

AMYTS: "La casa de todos"

La Asociación de Médicos y Titulados Superiores de Madrid (AMYTS) celebra continuar cosechando éxitos después de que, ante su denuncia sobre el descuento de días de huelga en los certificados de servicios prestados la Administración, haya rectificado. AMYTS recuerda que pone su nueva sede a disposición de todos los facultativos.



(*) CARTEL AMYTS – "La Casa de Todos", pinchando aquí.

EL PORVENIR DE LA PROFESIÓN

EL PORVENIR DE LA PROFESIÓN

La relación médico paciente: adhesión al tratamiento

Los grandes avances diagnósticos y terapéuticos logrados en las últimas décadas no han podido resolver uno de los principales problemas al cual nos enfrentamos en la práctica clínica: la adhesión al tratamiento.

La adherencia terapéutica se define como el grado de coincidencia del comportamiento de un paciente en relación con los medicamentos que ha de tomar, el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida, con las recomendaciones de los profesionales de la salud que le atienden.
Estadísticamente, se ha establecido que el 20-50% de pacientes no toma los medicamentos según la prescripción y los enfermos crónicos son los que con más frecuencia abandonan o alteran la posología del tratamiento. Es por esto que la falta de adherencia al tratamiento farmacológico o el incumplimiento terapéutico son un problema relevante y prevalente en la práctica clínica, según la Organización Mundial de la Salud.

Tanto la adherencia como el cumplimiento terapéutico requieren la aprobación y participación del paciente en el proceso de elaboración de las recomendaciones. El objetivo es convertir al paciente en un socio activo del proceso, considerando válida la hipótesis de que una comunicación interactiva entre ambas partes conduce a lograr mejores niveles de adhesión.

El gran error radica en culpabilizar al paciente, pero ¿es realmente solo culpa del paciente? ¿O es un problema de ambas partes?

Indagando en los motivos de incumplimiento del tratamiento encontramos que pueden ser por causas involuntarias, por olvidos, o voluntarias. Es habitual encontrarnos que el paciente abandona el tratamiento por temor a reacciones adversas, poca confianza en los resultados, inasistencia a consultas en caso de dudas o no cumplir la duración pautada, sin olvidarnos de la práctica común de la automedicación.

Existe evidencia que muchos de los pacientes cometen errores con su medicación por el desconocimiento de su patología o un concepto erróneo de la misma. Por tanto, el médico tiene gran importancia a la hora de informar a su paciente para que éste tenga una idea más precisa y logre seguir adecuadamente el tratamiento.

Es aquí donde una de las habilidades médicas más importantes toma el rol principal, la buena relación médico-paciente. La comunicación entre los profesionales sanitarios y sus pacientes es fundamental.

La empatía, motivación y el uso de un lenguaje claro y sencillo contribuyen a mejorar la adherencia terapéutica. Por supuesto el paciente también debe implicarse de manera activa y cooperar con su médico. Esta relación aumentará su la confianza, conducirá a comentarnos las dudas y nos permitirá realizar un tratamiento más individualizado.

Está en manos de nosotros, como estudiantes, concienciarnos desde muy pronto que un pequeño cambio de actitud con nuestros pacientes puede enriquecer su confianza en nosotros y mejorar no solo su adherencia al tratamiento, sino también su calidad de vida que es, sin lugar a dudas, uno de nuestros principales objetivos.

CEEM, delegación de alumnos de Medicina de la Universidad Rey Juan Carlos

Con otras palabras… vídeo de Mª Rosario Pérez Manzano "Nuestras manos dicen mucho, hacen mucho"

La profesional enfermera del Centro de Salud Cerro Almodóvar, María Rosario Pérez Manzano, en colaboración con el laboratorio del Hospital Universitario Infanta Sofía, ha realizado un trabajo titulado "Nuestras manos dicen mucho. Nuestras manos hacen mucho" que fue premiado en el año 2014 por la Dirección Técnica de Procesos y Calidad, dependiente de la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad del SERMAS. El estudio **ya se presentó en estas páginas**, a las que ahora traemos el vídeo que lo acompañó, que agradecemos a su autora.

FORMACIÓN MÉDICA ACREDITADA

FORMACIÓN MÉDICA ACREDITADA

Conceptos clínicos básicos en el manejo de la insuficiencia cardíaca crónica

PROFESOR: MARCOS GARCÍA AGUADO, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES

Bloque 1. EPIDEMIOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO

Epidemiología

La insuficiencia cardiaca (IC) presenta una **prevalencia del 1-2% de la población adulta en Europa y EEUU.** El envejecimiento de la población esta en relación con el incremento de los casos, arrojando datos de prevalencia superiores al 10% de la población de más de 70 años.[1] Los datos de los que disponemos en España cifran la prevalencia por encima del 5%, en clara discordancia con el resto de Europa, probablemente por la carencia de estudios fiables de base poblacional y ámbito nacional.[2]
La ICC es **responsable de múltiples ingresos hospitalarios** durante su curso evolutivo, presentando un patrón bimodal, con una alta concentración de "descompensaciones" al inicio del diagnóstico y en la fase final de la enfermedad.[3] En España, la IC es la primera causa de ingresos hospitalarios en mayores de 65 años, y de hospitalización médica.[4] Todo ello se traduce en un deterioro de la calidad de vida de los pacientes y un importante consumo de recursos sanitarios.[5]

Desafortunadamente, tampoco hablamos de una patología de buen pronóstico, con altas tasas de mortalidad. Un estudio canadiense con pacientes diagnosticados de IC registró una mortalidad a los 10 años del 98.8%.[6] El metanálisis Maggic estima la mortalidad a los 3 años en el 30%, y el estudio Care−HF en el 50% a los 6 años.[7] Según los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) correspondientes al año 2012, 18.453 defunciones se deben a IC, constituyéndose como la cuarta causa individual de muerte en España.[8] En conclusión, basándonos en los datos de alta prevalencia y morbimortalidad, la IC se ha convertido en un problema sanitario de primer orden en los países occidentales.[9]

De ahí que la prevención tenga una especial importancia en este ámbito. Las guías de práctica clínica de la ACC/AHA (American College of Cardiology Foundation / American Heart Association) establecen una clasificación en estadios (A-D) que abarca todo el proceso asistencial, desde la prevención primaria hasta la fase terminal.[10] Los estadios A y B hacen referencia a la prevención primaria, es decir, a situaciones en las que el paciente puede terminar desarrollando una IC (estadio A: factores de riesgo que generan enfermedades cardiacas que pueden producir una IC futura, como la Hipertensión arterial; estadio B: enfermedades cardiológicas que pueden producir una IC, como una miocardiopatía dilatada con FE reducida). Es fundamental controlar los factores de riesgo de todos nuestros pacientes para reducir su morbi−mortalidad futura, alcanzando los objetivos terapéuticos recomendados, puesto que no hacerlo significaría un fracaso en nuestra praxis diaria.

Síntomas y signos típicos de insuficiencia cardiaca

Síntomas	Signos
Típicos	*Más específicos*
Disnea	Presión venosa yugular elevada
Ortopnea	Reflujo hepatoyugular
Disnea paroxística nocturna	Tercer sonido del corazón (ritmo galopante)
Baja tolerancia al ejercicio	Impulso apical desplazado lateralmente
Fatiga, cansancio, más tiempo de recuperación tras practicar ejercicio	Soplo cardiaco
Inflamación de tobillos	
Menos típicos	*Menos específicos*
Tos nocturna	Edema periférico (tobillos, del sacro, escrotal)
Sibilancias	Crepitaciones pulmonares
Aumento de peso (> 2 kg/semana)	Menor entrada de aire y matidez a la percusión en las bases pulmonares (efusión pleural)
Pérdida de peso (IC avanzada)	Taquicardia
Sensación de hinchazón	Pulso irregular
Pérdida de apetito	Taquipnea (> 16 rpm)
Confusión (especialmente en ancianos)	Hepatomegalia
Depresión	Ascitis
Palpitaciones	Pérdida de tejido (caquexia)
Síncope	

Diagnóstico

La IC es un **síndrome clínico,** es decir, un conjunto de signos y síntomas, que aunque característicos, no son patognomónicos (ver **Tabla 1**);[11] por tanto, su presencia es condición necesaria pero no suficiente para establecer el diagnóstico. Para la confirmación debemos **demostrar la existencia de una alteración del ventrículo izquierdo (VI),**estructural y/o funcional, que, con presiones de llenado normales, le impidan aportar el oxígeno suficiente para el correcto funcionamiento de los tejidos metabolizantes del organismo.[12]

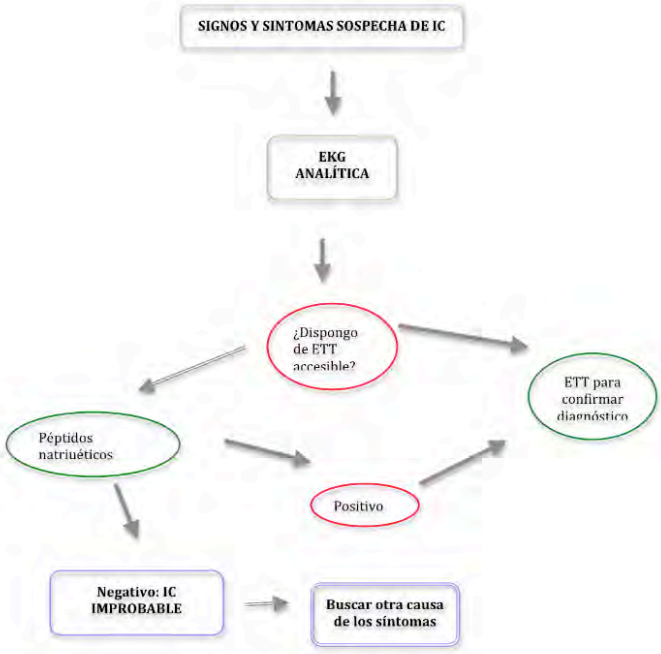


Figura 1: algoritmo diagnóstico de la IC

Teniendo en cuenta todo lo dicho en el epígrafe anterior, todo paciente con signos y síntomas de sospecha de IC debe ser sometido a una técnica de imagen, y la más recomendada es la**ecocardiografía transtorácica (ETT),** en base a su bajo coste y su gran disponibilidad. La ETT confirmará el diagnóstico y, además, aportará información para establecer la etiología.

En aquellos centros que no dispongan de ETT accesible, se puede utilizar la determinación de los**péptidos natriuréticos (PN),** unas hormonas liberadas por el corazón cuando está sometido a una sobrecarga. Los PN presentan un valor de corte diferente según se trate de una IC aguda o una IC subaguda. Si no se alcanzan dichos valores de corte, se considera improbable el diagnóstico de IC.13 Si los valores de PN son patológicos, el paciente deberá ser enviado para realizar una ETT (ver **Figura 1**).

Además, todos los pacientes deberán disponer de un **electrocardiograma (EKG) y analítica** para ayudar a determinar posibles causas que agraven o justifiquen la clínica, y criterios que determinen el pronóstico.
Una vez confirmado el diagnóstico, debemos establecer le etiología de la IC (ver **Tabla 2**).

Etiología de la insuficiencia cardiaca

Miocardiopatías
1. Enfermedad arterial coronaria
2. Hipertensión[a]
3. Miocardiopatía[b]
   a. Familiar
      I. Hipertrófica
      II. Dilatada
      III. Miocardiopatía arritmogénica ventricular derecha
      IV. Restrictiva
      V. Ausencia de compactación ventricular derecha
   b. Adquirida[c]
      I. Miocarditis (miocardiopatía inflamatoria)
         Infecciosa:
            • Bacteriana
            • Por espiroquetas
            • Fúngica
            • Protozoica
            • Parasítica
            • Por raquitismo
            • Viral
         Inmunomediada:
            • Toxoide tetánico, vacunas, enfermedad sérica
            • Fármacos
            • Miocarditis linfocítica o de células gigantes
            • Sarcoidosis
            • Autoinmunidad
            • Eosinofílica (Churg-Strauss)
         Tóxica:
            • Fármacos/drogas (p.ej., quimioterapia, cocaína, etc.)
            • Alcohol
            • Metales pesados (cobre, hierro, plomo)
      II. Endocrina/nutricional
            • Feocromocitoma
            • Déficit vitamínico (p.ej., tiamina)
            • Déficit de selenio
            • Hipofosfatemia
            • Hipocalcemia
      III. Embarazo
      IV. Infiltración
            • Amiloidosis
            • Malignidad

Valvulopatías
Mitral
Aórtica
Tricuspídea
Pulmonar

Enfermedades pericárdicas Pericarditis constrictiva Efusión pericárdica
Enfermedades endocárdicas • Afección endomiocárdica con hipereosinofilia (síndrome hipereosinofílico [SHE]) • Afección endomiocárdica sin hipereosinofilia (p.ej., fibrosis endomiocárdica [FEM]) • Fibroelastosis endocárdica
Cardiopatías congénitas
Arritmias Taquiarritmia • Auricular • Ventricular Bradiarritmia • Disfunción del nódulo sinusal
Trastornos de la conducción • Bloqueo auriculoventricular
Estados de alto rendimiento • Anemia • Sepsis • Tirotoxicosis • Enfermedad de Paget • Fístula arteriovenosa
Sobrecarga de volumen • Insuficiencia renal • Iatrogénica (p.ej., por infusión de fluidos posoperatoria)

[a]Ambos factores periféricos arterial y miocárdico contribuyen a la insuficiencia cardiaca.
[b]Otras enfermedades hereditarias, como por ejemplo la enfermedad de Fabry, pueden tener efectos cardiacos.
No hay una clasificación satisfactoria o consensuada para las causas de la insuficiencia cardiaca, y sí muchas superposiciones entre las posibles categorías

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mosterd A, Hoes AW. Clinical epidemiology of heart failure. Heart. 2007;93: 1137–46. Texto disponible enhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1955040/ [último acceso, 28 de enero de 2015]
2. Sayago-Silva I, García-López F. Epidemiología de la insuficiencia cardiaca en España en los últimos 20 años. Rev Esp Cardiol. 2013;66:649-56. Disponible en http://www.revespcardiol.org/es/epidemiologia-insuficiencia-cardiaca-espana-los/articulo/90210675/ [último acceso, 28 de enero de 2015]
3. Desai AS, Stevenson LW. Rehospitalization for heart failure: predict or prevent?. Circulation. 2012; 126:501-6. Disponible en http://circ.ahajournals.org/content/126/4/501.full [último acceso, 28 de enero de 2015]
4. Banegas-Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Guallar-Castillón P. Situación epidemiológica de la insuficiencia cardiaca en España. Rev Esp Cardiol. Supl. 2006; 6(C):4-9. Disponible enhttp://www.revespcardiol.org/es/situacion-epidemiologica-insuficiencia-cardiaca-espana/articulo/13092028/[último acceso, 28 de enero de 2015]
5. Antoñanzas Villar F, Antón Botella F, Juárez Castelló CA, Echevarría Echarri L. Costes de la insuficiencia cardiaca crónica en España. An Med Interna. 997; 14:9-14
6. Chun S et al. Lifetime analysis of hospitalizations and survival of patients newly admitted with heart failure. Circ Heart Fail. 2012 Jul 1;5(4):414-21. Disponible enhttp://circheartfailure.ahajournals.org/content/early/2012/05/02/CIRCHEARTFAILURE.111.964791.full.pdf+html[último acceso, 28 de enero de 2015]
7. Meta-analysis Global Group in Chronic Heart Failure (MAGGIC). The survival of patients with heart failure with preserved or reduced left ventricular ejection fraction: an individual patient data meta-analysis. Eur Heart J. 2012 Jul;33(14):1750-7. Disponible en http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/33/14/1750.long [último acceso, 28 de enero de 2015]
8. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según principales causas de muerte, 2012 [documento en Internet]. INE. Disponible enhttp://www.ine.es/prodyser/espa_cifras/2014/files/assets/common/downloads/page0020.pdf [último acceso, 28 de enero de 2015]
9. Anguita Sánchez M, Crespo Leiro MG, de Teresa Galván E, Jiménez Navarro M, Alonso-Pulpón L, Muñiz García J, PRICE Study Investigators. Prevalencia de la insuficiencia cardiaca en la población general española mayor de 45 años. Estudio PRICE. Rev Esp Cardiol. 2008; 61:1041-9. Disponible enhttp://www.revespcardiol.org/es/prevalencia-insuficiencia-cardiaca-poblacion-general/articulo/13126044/[último acceso, 28 de enero de 2015]
10. 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol. 2013;62(16):e147-e239. Disponible en http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=1695825 [último acceso, 28 de enero de 2015]
11. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. European Heart Journal (2012) 33, 1787–1847. Disponible en http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/GuidelinesDocuments/Guidelines-Acute%20and%20Chronic-HF-FT.pdf [último acceso, 28 de enero de 2015]
12. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology.. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. Eur J Heart Fail. 2008; 29:2388-442. Disponible en http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Documents/CHF/guidelines-HF-FT.pdf [último acceso, 28 de enero de 2015]
13. Maisel A, et al. State of the art: using natriuretic peptide levels in clinical practice. Eur J Heart Fail. 2008;10:824–39. Disponble en http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.ejheart.2008.07.014/pdf [último acceso, 28 de enero de 2015]

Bloque 2. CLASIFICACIÓN. ORIENTACIONES GENERALES DE TRATAMIENTO

- **Es importante clasificar adecuadamente al paciente con ICC según diversos criterios (fracción de eyección, evolución temporal, grado funcional) para mejorar la coordinación asistencial, pero también por sus implicaciones terapéuticas.**
- **La IC con fracción de eyección preservada (ICFEP) tiene mejor pronóstico, pero no tiene opciones terapéuticas que reduzcan la mortalidad; por el contrario, la IC con fracción de eyección reducida (<45%, ICFER) tiene peor pronóstico, pero existen opciones terapéuticas que inciden positivamente sobre la morbimortalidad. Muchas otras variables se han relacionado con el pronóstico.**

Clasificación

Para facilitar el correcto seguimiento del paciente a lo largo del proceso asistencial, es necesario disponer de un lenguaje universal para transmitir la información entre los diferentes niveles asistenciales y profesionales sanitarios. En los pacientes con IC, se recomienda establecer una clasificación usando tres criterios diferentes:

Según la fracción de Eyección (FE) del VI. Así podemos hablar de:

- **IC con FE reducida (ICFER),** cuando es inferior al 40−45%.
- **IC con FE preservada (ICFEP)**, cuando es superior al 40−45% (incluye pacientes con FE levemente reducida −entre el 45−50%− y pacientes con FE preservada).

Existen diferencias significativas entre ambos tipos, tanto a nivel pronóstico (peor en el caso de la ICFER)7, como a nivel de estrategias terapéuticas, aspecto que se tratará más adelante.

Según evolución temporal:

- **IC primer episodio o de novo,** pudiendo presentarse de forma aguda o subaguda (más gradual).
- **IC crónica (ICC),** cuando el paciente ya había sido diagnosticado previamente de IC. La ICC se clasifica en estable, cuando no ha modificado sus características clínicas en el último mes; o descompensada, cuando su clínica empeora, bien de forma aguda o de forma subaguda.

Según la clínica de disnea, usando la escala de la New York Heart Association (NYHA):

- **Grado I,** síntomas con esfuerzos intensos.
- **Grado II,** síntomas con esfuerzos normales (IC leve).
- **Grado III,** síntomas con esfuerzos leves (IC moderada).
- **Grado IV,** síntomas en reposo (IC grave).

Por tanto, debemos utilizar las tres clasificaciones para describir el tipo de IC del paciente, a forma de ejemplo: ICFER, crónica estable, grado II de la NYHA.

Diferencias entre la ICFER y la ICFEP

Los pacientes con ICFEP tienen un perfil epidemiológico y etiológico diferente al de los pacientes con ICFER. En el primer grupo, los pacientes son de mayor edad y predomina más el sexo femenino y la obesidad, y en el segundo grupo la cardiopatía isquémica es una etiología frecuente.[14]

También existen diferencias en el diagnóstico:

- ICFER: Signos y síntomas característicos + FE reducida.

- ICFEP: Signos y síntomas característicos + FE conservada o ligeramente reducida (>45%) + alteraciones estructurales y/o funcionales que indiquen la existencia de una disfunción diastólica (por eso, la ICFEP se conocía previamente como IC diastólica).

Como ya se mencionó previamente, los pacientes con ICFER tendrían peor pronóstico (aunque la morbimortalidad es significativa en ambos tipos de IC); en cambio, disponen de medidas farmacológicas y no farmacológicas que mejoran el curso evolutivo de la enfermedad, mejorando los síntomas y calidad de vida, disminuyendo las hospitalizaciones por IC y retrasando la mortalidad, algo de lo que no disponemos para los pacientes con ICFEP.

En todos los casos de IC existen múltiples criterios pronósticos (ver **Tabla 3**), siendo los más accesibles la edad, la FE y la clínica. Los pacientes con mayor edad, con FE más reducida y con clínica más intensa, tienen peor pronóstico. La severidad clínica, sin embargo, no se correlaciona con el deterioro de la FE.[15]

Variables clínicas

Características sociodemográficas (edad, sexo, etnia).
Clase funcional NYHA.
Índice de masa corporal, signos de congestión venosa, S3, hipotensión arterial, frecuencia cardíaca elevada.
Diabetes, nefropatía, depresión, EPOC.
Antecedente / etiología cardioisquémica.

Variables de laboratorio

Iones, creatinina, nitrógeno ureico en sangre, albúmina, enzimas hepáticas, hemoglobina…

Variables neurohumorales

Eje renina-angiotensina-aldosterona, catecolaminas, péptidos natriuréticos, vasopresina…

Variables eléctricas

Anchura QRS, signos de hipertrofia VI, fibrilación auricular, arritmias ventriculares complejas, variabilidad de la frecuencia cardíaca.

Pruebas de imagen

Índice cardiotorácico, dimensiones y movimiento pared VI, FE, tamaño auricular, patrón restrictivo…

Variables hemodinámicas

Consumo máximo de oxígeno en prueba de esfuerzo, índice cardíaco, presión telediastólica de VI…

Tabla 3. Variables pronósticas de la IC

Orientaciones generales del tratamiento

De forma general, se recomienda que todos los pacientes diagnosticados de IC sean asesorados para que implementen cambios en su estilo de vida, instaurando una dieta hiposódica y estimulando a la realización de ejercicio físico de forma regular. De igual forma, debemos entrenar al paciente en el reconocimiento de los síntomas de IC y en el manejo de los fármacos, implicando en dicha tarea a los miembros de su familia. Los pacientes deberán adquirir hábitos de vida rutinarios, como el control de peso diario. Por todo ello, se han creado exitosas unidades monográficas multidisciplinares de IC y se han implementado programas de rehabilitación cardiaca en este tipo de pacientes.[16]

Respecto a las terapias farmacológicas, hay que dejar claro, como ya se apuntó previamente, que el tratamiento de la ICFEP y de la ICFER tiene diferencias notables:

- En la ICFEP ningún tratamiento hasta la fecha ha demostrado reducir la mortalidad, por lo que solo se usan fármacos para reducir los síntomas disminuyendo la retención de agua y sodio, o intentando paliar la disfunción diastólica. Por tanto, los fármacos utilizados serán diuréticos y fármacos que actúen reduciendo la hipertrofia del VI, en caso de que estuviera presente, o reduciendo la frecuencia cardiaca (FC) para alargar las diástoles y facilitar el llenado del VI (Ej: IECAS, BB)

- En la ICFER hay varios fármacos que han demostrado cambiar el curso evolutivo de la enfermedad, mejorando el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes, con una reducción de las hospitalizaciones. Nos vamos a centrar, en el siguiente bloque, en este grupo de pacientes y sus opciones terapéuticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7. Meta-analysis Global Group in Chronic Heart Failure (MAGGIC). The survival of patients with heart failure with preserved or reduced left ventricular ejection fraction: an individual patient data meta-analysis. Eur Heart J. 2012 Jul;33(14):1750-7. Disponible en http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/33/14/1750.long [último acceso, 28 de enero de 2015]
14. Lam CS, Donal E, Kraigher-Krainer E, Vasan RS. Epidemiology and clinical course of heart failure with preserved ejection fraction. Eur J Heart Fail. 2011;13:18–28. Disponible en http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1093/eurjhf/hfq121/full [último acceso, 6 de febrero de 2015]
15. Dunlay SM, Redfield MM, Weston SA, Therneau TM, Hall Long K, Shah ND, Roger VL. Hospitalizations after heart failure diagnosis. A community perspective. J Am Coll Cardiol. 2009;54:1695–702. Disponible en http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=1140155 [último acceso, 6 de febrero de 2015]
16. Sochalski J, et al. What works in chronic care management: the case of heart failure. Health Aff 2009;28:179–89. http://content.healthaffairs.org/content/28/1/179.full [último acceso, 6 de febrero de 2015]

Bloque 3. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: FÁRMACOS QUE REDUCEN LA MORTALIDAD

- **Los fármacos que han demostrado reducir la mortalidad en la insuficiencia cardíaca con FE reducida son:**
  - **Inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina II (captopril, enalapril, lisinopril, trandolapril y ramipril)**
  - **Betabloqueantes (bisoprolol, carvedilol y metoprolol succinato)**
  - **Antagonistas de los receptores de los mineralocorticoides (espironolactona y eplerenona)**

- **La evidencia es menos clara para otros fármacos, que pueden formar parte del arsenal terapéutico en condiciones determinadas.**

En la IC se produce una activación de sistemas neuro-hormonales que perpetúan y agravan la patología: el sistema renina-angiotensina-aldosterona, y el sistema adrenérgico. En los pacientes con ICFER se ha demostrado que los fármacos que actúan en dichos sistemas mejoran el pronóstico del paciente. En este tipo de pacientes se debe dividir la terapia en dos tipos de fármacos:

1. Los que reducen la mortalidad.
2. Los que mejoran los síntomas y/o reducen las hospitalizaciones.

Fármacos que reducen la mortalidad

Inhibidores del enzima de conversión de la angiotensina (IECAs)

La evidencia científica que los respalda es amplia, demostrando reducir de forma significativa la mortalidad y los ingresos por insuficiencia cardiaca, además de mejorar la calidad de vida y la tolerancia al ejercicio. [17,18] La evidencia científica demuestra que los pacientes con dosis más elevadas de IECAS presentan mejor pronóstico, por lo que siempre debemos intentar alcanzar la dosis más alta con eficacia demostrada o la máxima dosis tolerada por el paciente.[19]

Todos los pacientes con ICFER (Grado II-IV de la NYHA) deben estar tratados, salvo contraindicación, con IECAs. Es fundamental recordar que debemos pautar el fármaco a dosis bajas e ir duplicandor las dosis en periodos de tiempo de al menos 2 semanas, con control de la tensión arterial y de la función renal e iones. Son contraindicación para su uso la insuficiencia renal con valores de creatinina superiores a 2.5 mg/dl y los niveles de potasio superiores a 5 mmol/l. Los fármacos claramente avalados por la evidencia científica son: captopril, enalapril, lisinopril, trandolapril y ramipril.

Bloqueadores de los receptores B adrenérgicos (BB)

Amplia evidencia científica ha demostrado que los BB (sobre todo asociados a los IECAs) producen una reducción de la mortalidad, mejoran la calidad de vida del paciente, reducen los ingresos por IC y mejoran la FE. Al igual que en los IECAs, se recomienda alcanzar la dosis máxima avalada por los estudios o la máxima tolerada por los pacientes, partiendo de dosis bajas y duplicándola en periodos de tiempo de al menos dos semanas. Debemos realizar controles tensionales al paciente y EKGs para control de la FC.

Todos los pacientes con ICFER (Grado II–IV de la NYHA) deben estar tratados, salvo contraindicación, con BB. Los fármacos avalados por la evidencia científica son: bisoprolol[20], carvedilol[21] y metoprolol succinato[22]. El nevibolol ha reducido el objetivo combinado de muerte e ingresos por IC, pero a expensas de la reducción de los ingresos hospitalarios.[23]

Antagonistas de los receptores de los mineralocorticoides (ARM)

Varios estudios han demostrado que el uso de la espironolactona (Rales Trial) y el uso de la eplerenona (Emphasis–HF trial[24], Ephesus trial[25]) reducen la mortalidad y las hospitalizaciones. Se considera la opción terapéutica recomendable para los pacientes que con dosis máxima de IECAS y BB siguen en GF II o peor. El fármaco también debe iniciarse con la dosis mínima, y duplicarla en unas 2 semanas de tratamiento. Debemos tener precaución con la función renal y los niveles de potasio.

Alternativas

Existen controversias en torno a otros tres grupos farmacológicos que han demostrado reducir la mortalidad, pero con una evidencia científica más discutible:

1. **Antagonista de los receptores de la angiotensina II (ARA II):** con unas contraindicaciones y controles similares a los IECAs, la evidencia científica ha dejado claro que reducen las hospitalizaciones por IC, siendo más controvertido su efecto en la reducción de la mortalidad. Así, el candesartán reduce la mortalidad cardiovascular, siendo menos clara la evidencia en el caso del valsartán. El losartán no ha demostrado no-inferioridad respecto al captopril, aceptando que la evidencia avala solo la reducción de las hospitalizaciones por IC.[26] En base a todo ello, el candesartán / valsartán es la alternativa para los pacientes que no toleren IECAs. Otra opción es añadirlos a los IECAs y BB cuando estos fármacos ya están a dosis optimizadas, en pacientes que continúan al menos en GF II; pero los ARM han demostrado más claramente reducir la mortalidad y, por ello, son preferibes a los ARAII.
2. **Dinitrato de isosorbida + Hidralazina (DNI):** la evidencia científica es confusa, con estudios como los Val–Heft I y II, contradictorios y que no demuestran reducción de la mortalidad. El estudio A–Heft sí ha demostrado reducción de mortalidad y de ingresos hospitalarios por IC, añadido a la terapia de IECAS + BB, pero es un estudio pequeño y en un grupo particular de población (afroamericana).[27] En base a todo ello, es un fármaco que queda como opción en caso de no tolerar IECAs ni ARA II, siempre que el paciente este con BB y ARM. También puede usarse en asociación a IECAS+BB+ARM, siempre que el paciente continúe en grado funcional II o peor y el tratamiento previo esté optimizado.
3. **Acidos poliinsaturados Omega 3:** El estudio GISSI–HF demuestra una reducción de la mortalidad y de los ingresos hospitalarios por causas diferentes a la IC.[28]

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. The CONSENSUS Trial Study Group. Effects of enalapril on mortality in severe congestive heart failure. Results of the Cooperative North Scandinavian Enalapril Survival Study (CONSENSUS). N Engl J Med. 1987;316:1429–35. Disponible en http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM198706043162301 [último acceso, 12 de febrero de 2015].
2. The SOLVD Investigators. Effect of enalapril on survival in patients with reduced left ventricular ejection fractions and congestive heart failure. N Engl J Med. 1991;325:293–302. Disponible en http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199108013250501 [último acceso, 12 de febrero de 2015].
3. Packer M, et al. Comparative effects of low and high doses of the angiotensin-converting enzyme inhibitor, lisinopril, on morbidity and mortality in chronic heart failure. ATLAS Study Group. Circulation. 1999; 100:2312–8. Disponible en http://circ.ahajournals.org/content/100/23/2312.long [último acceso, 12 de febrero de 2015].
4. CIBIS-II Investigators and Committees. The Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study II (CIBIS-II): a randomised trial. Lancet. 1999;353:9–13. Disponible en http://columbiamedicine.org/education/r/Cardiology/CHF/Beta-Blocker/CIBIS-II.pdf [último acceso, 12 de febrero de 2015].
5. Packer M, et al. Effect of carvedilol on the morbidity of patients with severe chronic heart failure: results of the carvedilol prospective randomized cumulative survival (COPERNICUS) study. Circulation. 2002;106:2194–9. Disponible en http://circ.ahajournals.org/content/106/17/2194.long [último acceso, 12 de febrero de 2015].
6. Effect of metoprolol CR/XL in chronic heart failure: Metoprolol CR/XL Randomised Intervention Trial in Congestive Heart Failure (MERIT-HF). Lancet. 1999; 353:2001–7. Disponible en http://columbiamedicine.org/education/r/Cardiology/CHF/Beta-Blocker/Merit-HF.pdf [último acceso, 12 de febrero de 2015].
7. Flather MD, et al. Randomized trial to determine the effect of nebivolol on mortality and cardiovascular hospital admission in elderly patients with heart failure (SENIORS). Eur Heart J. 2005;26:215–25. Disponible en http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/26/3/215 [último acceso, 12 de febrero de 2015].
8. Zannad F, McMurray JJ, Krum H, van Veldhuisen DJ, Swedberg K, Shi H, Vincent J, Pocock SJ, Pitt B. Eplerenone in patients with systolic heart failure and mild symptoms. N Engl J Med. 2011;364:11–21. Disponible en http://circ.ahajournals.org/content/126/19/2317.full [último acceso, 12 de febrero de 2015].
9. Pitt B et al. Eplerenone, a selective aldosterone blocker, in patients with left ventricular dysfunction after myocardial infarction. N Engl J. Med 2003;348:1309–21. Disponible en http://www.columbiamedicine2.org/site/education/r/Cardiology/CHF/Aldo%20Blockers/EPHESUS.pdf [último acceso, 12 de febrero de 2015].
10. Pitt B et al. Effect of losartan compared with captopril on mortality in patients with symptomatic heart failure: randomised trial —the Losartan Heart Failure Survival Study ELITE II. Lancet. 2000;355:1582–7. Disponible en http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736%2800%2902213-3.pdf [último acceso, 12 de febrero de 2015].

11. Taylor AL, et al. Combination of isosorbide dinitrate and hydralazine in blacks with heart failure. N Engl J Med. 2004;351: 2049–57. Disponible en http://columbiamedicine.org/education/r/Cardiology/CHF/Bi-dil/Isordil-Hydral.pdf [último acceso, 12 de febrero de 2015].
12. Tavazzi L, et al. Effect of n-3 polyunsaturated fatty acids in patients with chronic heart failure (the GISSI-HF trial): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet. 2008;372:1223–30. Abstract disponible en http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736%2808%2961239-8.pdf [último acceso, 12 de febrero de 2015].

Bloque 4. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: OTROS FÁRMACOS. OPCIONES NO FARMACOLÓGICAS.LA MORTALIDAD

- **Otros fármacos han demostado ser útiles en el tratamiento:**
  - **ivabradina en la reducción de hospitalizaciones en pacientes con mal control**
  - **digoxina en una situación similar, teniendo en cuenta sus riesgos**
  - **diuréticos en el alivio de síntomas**
  - **estatinas, antiagregantes y anticoagulantes no tienen indicación específica, aunque habrá que usarlos iempre que estén indicados por otras patologías.**
- **Existen otras opciones no farmacológicas, como la implantación de desfibriladores automáticos, terapia de resincronización o transplante cardíaco, cuya valoración corresponde a servicios especializados.**

Fármacos que reducen las hospitalizaciones de IC

Ivabradina

Es un fármaco que actúa en las corrientes If del nodo sinusal, produciendo una caída de la frecuencia cardíaca. El estudio SHIFT ha demostrado que, en pacientes con FE ≤ 35% en IC al menos leve y con ritmo sinusal y FC superior a 70 lx´, reducía el objetivo final combinado de muerte e ingresos hospitalarios por IC a expensas de la reducción de los ingresos.[29]
El fármaco se recomienda para pacientes que con el tratamiento óptimo que incluye IECAS+BB+ARM (o ARA II en caso de contraindicación de IECAS o ARM) continúan en GF II o peor, siempre que estén en ritmo sinusal y la FC sea superior a 70 lx´. Desconocemos la FC objetivo, pero teniendo en cuenta que es posible que existan efectos deletéreos con frecuencias bajas, un "target" podría ser 55 lx´. En caso de pacientes que no puedan tomar BB, se puede utilizar la ivabradina con este fin, aunque con escasa evidencia científica.

Digoxina

Su evidencia científica es escasa y antigua, procedente del estudio DIGIS, en el cual se demostraba una reducción de ingresos hospitalarios por IC sin acción en la mortalidad.[30]
Desafortunadamente, estamos ante un fármaco delicado con probabilidad de incurrir en incrementos de mortalidad en relación con insuficiencia renal e hipopotasemia. Un par de subanálisis del estudio AFFIRM demostraron un aumento de la mortalidad en pacientes con fibrilación auricular (FA) tratados con digoxina.[31]
Por tanto, es un fármaco a utilizar en pacientes con ICFER siempre que con el tratamiento óptimo antes descrito persistan con GF II, independientemente de que estén en ritmo sinusal o no. En caso de pacientes con ritmo sinusal, se considera como opción, una vez descartada la ivabradina, ya que ésta tiene un nivel de indicación en guías IIa, con nivel de evidencia B, mientras que la digoxina lo tiene Iib, evidencia B. En caso de no poder usar BB, se puede usar digoxina como complemento del tratamiento.

Fármacos que alivian los síntomas

Los diuréticos (siendo más potentes y rápidos en su acción los diuréticos del asa) son fármacos que han demostrado aliviar los síntomas, al reducir la retención de agua y sodio. No hay evidencia descrita sobre su papel en la mortalidad.

Fármacos no indicados

No hay indicación específica de uso de estatinas, antiagregación y anticoagulación. No obstante, debemos utilizar estos fármacos si hay otros motivos que así lo aconsejen, como por ejemplo pacientes con cardiopatía isquémica asociada, donde las estatinas y la antiagregación reducen la morbimortalidad. En el caso de FA, la presencia de una IC aumenta la puntuación del score CHA2DS2–Vasc en un punto, por lo que un paciente con FA e IC puede tener recomendación de anticoagulación.
No se deben utilizar los AINES y los inhibidores de COX2, ni las glitazonas, puesto que agravarían la IC. Los calcio–antagonistas no dihidropiridínicos, por su efecto deletéreo en el inotropismo, no se recomiendan en pacientes con ICFER.

En resumen

Los pacientes con ICFER se benefician de los fármacos que han demostrado reducir la morbimortalidad, cosa que no ocurre en los pacientes con ICFEP. Siempre debemos tener a los pacientes diagnosticados de ICFER con IECAS y BB a dosis máximas, y si no controlamos los síntomas, continuar con el algoritmo terapéutico propuesto en la **Figura 2.** Es importante realizar controles analíticos periódicos a los pacientes, además de vigilar la FC y la tensión.

No podemos demorar el incremento de dosis de los fármacos con impacto en la supervivencia, siguiendo las recomendaciones en la duplicación de dosis, puesto que estamos ante un patología con alta morbi–mortalidad, con periodos de escasa sintomatología.

Sin embargo, en la vida real no se realiza una correcta implementación de las recomendaciones terapéuticas con impacto en la supervivencia de los pacientes.32Debemos realizar un esfuerzo para mejorar nuestra eficiencia y luchar contra la inercia en la profesión. La vida de nuestros pacientes, no solo en el ámbito de la supervivencia, sino también en el de la calidad de vida, depende de ello.

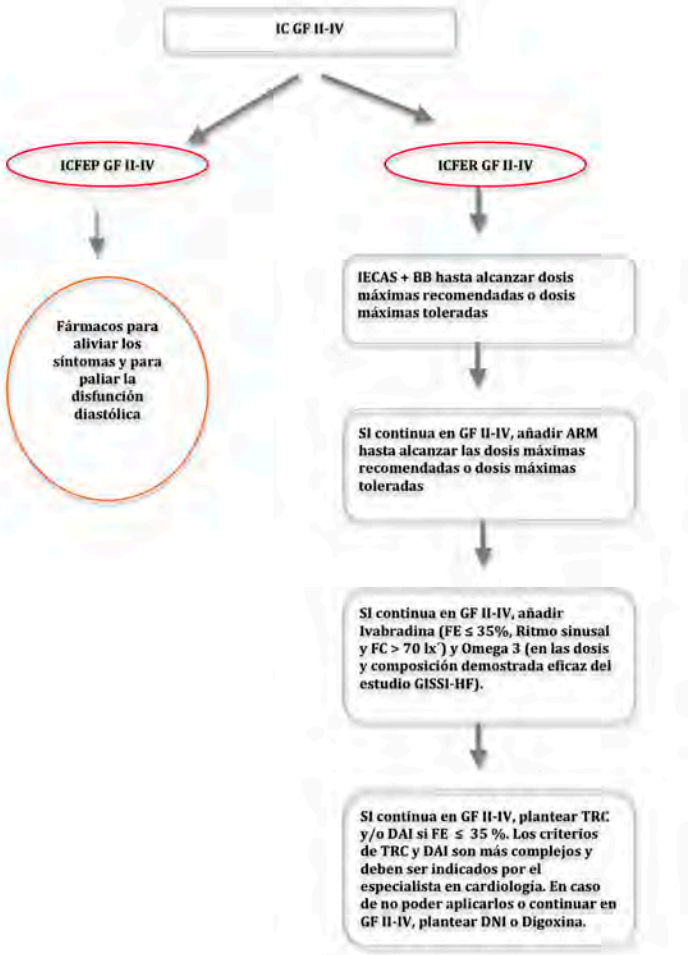
Otras opciones terapéuticas

Los pacientes con FE severamente afecta, fundamentalmente si presentan etiología isquémica, se benefician de una reducción de la mortalidad con la implantación del desfibrilador automático implantable (DAI). Se exige que los pacientes tengan una supervivencia estimada superior a un año y presenten GF II–III de la NYHA. Antes de plantear su colocación, debemos optimizar el tratamiento farmacológico de nuestros pacientes.

Otro dispositivo que ha demostrado reducir la mortalidad y los ingresos hospitalarios de IC en los pacientes con FE severamente afecta es la terapia de resincronización, puesto que reducir la sincronía mecánica del VI mejora su contractilidad y su FE.

El tratamiento de los pacientes en situación terminal es el transplante cardiaco, con alguna alternativa en continua mejoría, como los dispositivos de asistencia ventricular. Hay que hacer todo lo posible por evitar o retrasar este desenlace, puesto que ninguna de estas opciones terapéuticas es la panacea.

No obstante, estas opciones terapéuticas deben ser indicadas por el especialista, por la complejidad en los criterios utilizados para su indicación.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Swedberg K, et al. Ivabradine and outcomes in chronic heart failure (SHIFT): a randomised placebo-controlled study. Lancet. 2010;376:875–85. Abstract disponible en http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2810%2961198-1/abstract [último acceso, 17 de febrero de 2015].
2. The Digitalis Investigation Group. The effect of digoxin on mortality and morbidity in patients with heart failure. N Engl J Med. 1997;336:525–33. Disponible en http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199702203360801#t=article [último acceso, 17 de febrero de 2015].
3. Turakhia MP, et al. Increased Mortality Associated With Digoxin in Contemporary Patients With Atrial Fibrillation: Findings From the TREAT-AF Study. J Am Coll Cardiol. 2014; 64: 660-8. Abstract disponible en http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109714041175 [último acceso, 17 de de 2015].
4. Maggioni AP, Anker SD, Dahlstrom U, Filippatos G, Ponikowski P, Zannad F, et al. Are hospitalized or ambulatory patients with heart failure treated in accordance with ESC guidelines? Evidence from 12440 patients of the ESC Heart Failure Long-Term Registry. Eur J Heart Fail. 2013; 15:1173-84. Disponible en http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1093/eurjhf/hft134/full [último acceso, 17 de febrero de 2015].

MUNDO PROFESIONAL

MUNDO PROFESIONAL

Las circunstancias de la clínica en pinceladas

APUNTES DE ACTUALIDAD SOBRE ASPECTOS DE LA GESTIÓN QUE RODEAN (INFLUYEN) EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

La sanidad española, poco accesible

Figure 6.6a. "Waiting time territory" (red) and Non-wait territory (green) based on EHCI 2014 scores.

Esto es lo que se desprende del **último Euro Health Consumer Index** (realizado por Health Consumer Powerhouse), en el que los países líderes en cuanto a sistema sanitario, y según la valoración de los ciudadanos, vuelven a ser Holanda, Suiza y los países nórdicos. España se coloca en una nada decorosa posición intermedia (18ª) entre los países analizados, quedando todos (todos) los países europeos de nuestro entorno por delante. En conjunto, los países con sistema de seguridad social puntúan mejor que los que se basan en un modelo de sistema nacional de salud, como es nuestro caso.

El informe otorga a España, junto con Italia, la presencia de servicios de excelencia, aunque parece vincularlos (sin que quede explícita la razón de tal aserción) a la sanidad privada. Uno de los mayores problemas de nuestro sistema sanitario sería el de la accesibilidad, como muy bien refleja el mapa de la figura. Por el contrario, nuestro mayor punto fuerta se encontraría en la prevención.
Los factores que los autores del informe destacan de los países líderes son los siguientes:

- en el caso holandés, el sistema de libre competencia entre aseguradoras, junto con la importante participación tanto de los profesionales como de las organizaciones de pacientes en la toma de decisiones sanitarias, y todo ello sin olvidar que es el país europeo que mayor porcentaje del IPC dedica a sanidad;
- en los casos noruego y suizo, tan sólo se comenta el alto nivel de inversión económica;
- no hay una clara atribución causal a ningún factor para el resto de países nórdicos.

Pruebas "no hacer" en radiología médica

La senda abierta por las entidades profesionales norteamericanas de **recomendar el abandono de intervenciones médicas de eficacia no probada** continúa su marcha, y queremos continuar siendo testigos de este compromiso de las organizaciones profesionales con la racionalización de las inversiones sanitarias, dirigiéndolas hacia donde realmente se necesitan. En este caso, traemos a nuestras páginas las recomendaciones "no hacer" (como se conocen en nuestro país) de la Sociedad Española de Radiología Médica SERAM: hasta 38 propuestas de prácticas no recomendadas, entre las que, junto a las ya muy conocidas de no realizar radiografía de columna lumbar en la lumbalgia no complicada o TAC craneal / RMN en pacientes con sospecha clínica de cefalea primaria idiopática, podemos encontrar las siguientes:

- no realizar **radiografía de tórax preoperatoria de rutina**, excepto en los casos de cirugía torácica, ingreso previsible en UCI, sospecha de neoplasia o infección tuberculosa, cirugía grado III en mayores de 65 años o grado IV en todos los casos y pacientes tratados con digoxina o que padezcan alguna patología cardiorrespiratoria sin radiografía reciente.
- no realizar **enema opaco para el estudio de patología de colon:** no se considera de primera elección, disponiendo de colonoscopia y/o colonografía por TC
- no realizar **radiografía simple en la sospecha de invaginación intestinal en niños**, por la elevada irradiación que supone y el elevado rendimiento diagnóstico de la ecografía (sensibilidad 98-100%)
- no realizar **radiografía de tórax diaria en pacientes en UCI,** salvo que el paciente presente cambios evolutivos o le sea colocado un tubo endotraqueal, una sonda nasogástrica, un catéter de Swan-Ganz o de presión venosa central o un aparato de cualquier otro tipo de soporte vital
- no realizar **radiografía simple rutinaria en los traumatismos de tobillo,** salvo que presente sensibilidad ósea al tacto de la parte posterior de los 6 cm distales de ambos maleolos, cola del 5º metatarsiano o región del escafoides tarsiano, o incapacidad funcional para caminar cuatro pasos.

Se pueden consultar todas las recomendaciones **en la página web de la SERAM**

SALUD LABORAL

SALUD LABORAL

Cansancio, picor de ojos, visión borrosa… ¿Será presbicia? Podría, pero el diagnóstico es de cuatro horas delante de un ordenador

Victoria Velasco

Acostumbrados a trabajar sin descanso, hemos elaborado la rutina de registrar toda nuestra actividad laboral en los distintos programas que la Consejería de Sanidad nos da para ello: SELENE, AP Madrid, FORMAT, REMAC…. Sin embargo, no somos conscientes de que subirse al carro de la innovación tecnológica, está modificando las "condiciones de exposición de los trabajadores a contaminantes laborales" con dosis relativamente bajas y que en muchos casos producen efectos inespecíficos sobre la salud. En este sentido, la introducción de ordenadores o pantallas de visualización de datos en número cada vez mayor, ha generado preocupación por los efectos negativos sobre la salud visual de los trabajadores, además de incrementar la exigencia psíquica de manera importante, al disminuir la autonomía del trabajador y aumentar la dependencia sobre las evaluaciones de resultados de la actividad, de la propia tecnología.

Como es fácil de comprender en el ámbito sanitario, los principales riesgos de trabajar con un ordenador están asociados a las pantallas de visualización de datos que forman parte de los mismos.

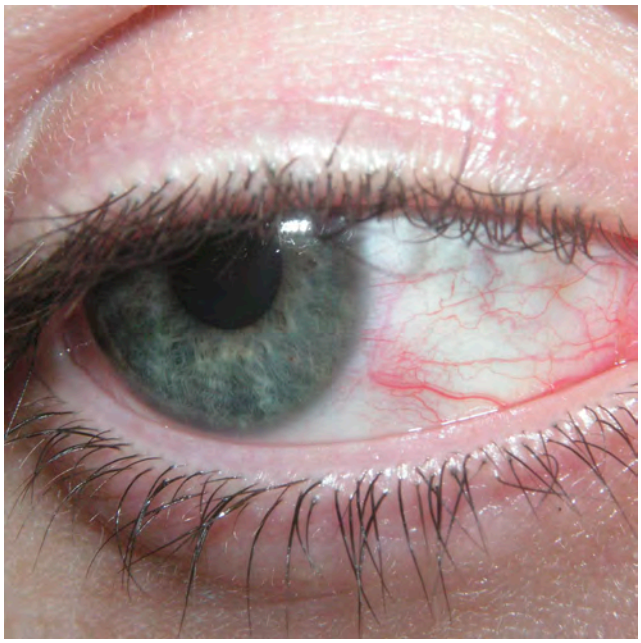
Estos riesgos son de dos tipos:

1. **Fatiga visual.**
2. **Trastornos músculo esqueléticos.**

Y estos riesgos, pueden prevenirse mediante un buen diseño del puesto, una correcta organización del trabajo y una formación e información adecuadas del trabajador.

Sin embargo, a pesar de que puede prevenirse, las deficiencias en este terreno son todavía evidentes. Autores como Pérez Tejeda y cols1 en un **artículo sobre "La repercusión visual del uso de las computadoras sobre la salud"**, ponen de manifiesto la importancia de los efectos nocivos sobre la misma y manifiestan que los daños oculares están casi todos en el orden de los síntomas y signos astenópicos. Estos se pueden reducir notablemente con el trabajo en condiciones ergonómicas adecuadas, teniendo en cuenta el tiempo de exposición, distancia y ángulo de trabajo, iluminación y reflejos, disposición del mobiliario, presencia o no de tóxicos en el ambiente, temperatura y humedad ambiental.[1]

Para hacernos una idea de la magnitud del problema, otros autores, como Blehm C y cols,2 de la Universidad de Texas, cuantifican el costo derivado en términos de ausencia al trabajo, que en el año 1999 en Estados Unidos, fue de 45 a 54 billones de dólares, y el de diagnósticos y tratamientos de problemas oculares relacionados con el uso de pantallas de visualización de datos, de 2.000 millones de dólares.



Cercano a nuestro ámbito, nos ha parecido muy interesante el **artículo publicado por Catalán B y cols3 sobre prevención de riesgos laborales y vigilancia de la salud,** para el que realizaron un estudio descriptivo transversal en 5 áreas sanitarias de la Comunidad de Madrid y SUMMA 112 en el año 2005. La información se obtuvo mediante encuesta anónima autocumplimentada, remitida a 2.338 médicos, que se agruparon en tres dispositivos: Atención Primaria (AP), Servicio Coordinador de Urgencias (SCU) y Dispositivos Asistenciales (DA) (UME, VIR, UAD, Refuerzos y SUAP). Se obtuvieron 290 cuestionarios válidos (12,4%). El número de cuestionarios válidos fue del 12,4% (290 encuestas).

Entre las variables analizadas dependientes de la seguridad y salud en el puesto de trabajo, como la utilización de medios informáticos, en el 88,1% de los médicos de AP y en el 93,8% de los médicos de los dispositivos SCU, la vigilancia de la salud proporcionada por la empresa no incluía reconocimientos periódicos donde se tuvieran en cuenta los problemas visuales, manifestando el 100% y el 93,8% respectivamente, que no se les había ofertado un examen oftalmológico antes de comenzar a trabajar con la pantalla de visualización de datos. Estos resultados llaman la atención porque el 35,1% de los médicos de AP y el 68,8% de los médicos del SCU manifestaron tener problemas visuales probablemente relacionados con su actividad laboral en el último año, en contraste con los médicos de otros dispositivos asistenciales que no utilizan medios informáticos y donde solamente los presentaron el 7,5% de los médicos.

Tabla 1 **Evaluación de riesgos laborales asociados al puesto de trabajo entre los médicos del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid. Ergonomía**

Ergonomía						
Dispositivo	Atención Primaria			Servicio Coordinador de Urgencias		
Pregunta	Sí	No	NC	Sí	No	NC
¿La posición de tu pantalla evita reflejos?	74	119	1	3	11	2
¿La pantalla es orientable e inclinable?	140	52	2	15	1	0
¿Tienes almohadilla para reposar la muñeca?	37	157	0	0	16	0
¿La mesa de trabajo tiene dimensiones suficientes para colocar el material que utilizas?	120	61	13	6	10	0
¿La mesa de trabajo tiene dimensiones suficientes para poder reposar el antebrazo?	119	53	22	7	9	0
¿Tu silla de trabajo te permite una posición estable (exenta de desplazamientos involuntarios, balanceos, riesgos de caídas, etc.?	116	64	14	10	6	0
¿Dispones de espacio suficiente en torno a tu puesto trabajo para acceder al mismo, así como para levantarte y sentarse sin dificultad?	120	60	14	14	2	0

NC: no contesta.

En relación a la pantalla de visualización de datos en AP y SCU, su posición actual no evitaba reflejos para el 61,3% y el 68,8% de los médicos, siendo este factor más relevante entre las mujeres (p = 0,004).

Respecto a las condiciones de trabajo que pueden originar problemas osteomusculares y estresantes, hay que destacar que en el 33% y el 37,5% de los casos, la silla de trabajo no permitía mantener una posición estable, exenta de desplazamientos involuntarios, balanceos o riesgos de caídas. Del mismo modo, y también relacionado con la ergonomía, la mayoría de los médicos consideraron que el programa informático utilizado a muchos de ellos sí les había generado un aumento en la carga de trabajo (47,4%) y una mayoría (60,8%) consideraba que la empresa no le había formado adecuadamente para manejarlo (**Tabla 1**).

¿Cómo nos ampara la legislación sobre prevención de riesgos laborales?

Lo primero que hay que saber es que los profesionales sanitarios en el momento actual, sí somos usuarios de pantallas de visualización de datos.

Apoyando esta afirmación está el **Real Decreto 488/1997**,[4] cuya publicación está destinada a proteger la salud de los empleados considerados como **"trabajadores usuarios de equipos con pantalla de visualización de datos"**. Esta protección se relaciona con los riesgos asociados a la utilización efectiva de dichos equipos, principal mente los trastornos musculoesqueléticos, los problemas visuales y la fatiga mental.

Desarrollando este Real Decreto, está la **Guía Técnica del Instituto Nacional de Higiene y Seguridad en el Trabajo**[5] que marca los criterios para determinar la condición de trabajador usuario de pantallas de visualización de datos y que son los siguientes:

1. "Trabajadores que pueden considerarse usuarios" de equipos con pantalla de visualización: todos aquellos que superen las 4 horas diarias o 20 horas semanales de trabajo efectivo con dichos equipos.
2. Los que pueden considerarse excluidos de la consideración de "trabajadores" usuarios: todos aquellos cuyo trabajo efectivo con pantallas de visualización sea inferior a 2 horas diarias o 10 horas semanales.
3. Los que, con ciertas condiciones, podrían ser considerados "trabajadores" usuarios: todos aquellos que realicen entre 2 y 4 horas diarias (o 10 a 20 horas semanales) de trabajo efectivo con estos equipos.

Una persona incluida dentro de la categoría C puede ser considerada, definitivamente, "trabajador" usuario si cumple, al menos, 5 de los siguientes requisitos:

1. Depender del equipo con pantalla de visualización para hacer su trabajo, no pudiendo disponer fácilmente de medios alternativos para conseguir los mismos resultados. Este sería el caso del trabajo con aplicaciones informáticas que reemplazan eficazmente los procedimientos tradicionales de trabajo, pero requieren el empleo de pantallas de visualización, o bien de tareas que no podrían realizarse sin el concurso de dichos equipos.
2. No poder decidir voluntariamente si utiliza o no el equipo con pantalla de visualización para realizar su trabajo. Por ejemplo, cuando sea la empresa quien indique al trabajador la necesidad de hacer su tarea usando equipos con pantalla de visualización.
3. Necesitar una formación o experiencia específicas en el uso del equipo, exigidas por la empresa, para hacer su trabajo. Por ejemplo, los cursos impartidos por la empresa al trabajador para el manejo de un programa informático o la formación y experiencia equivalente exigidos en el proceso de selección.
4. Utilizar habitualmente equipos con pantallas de visualización durante períodos continuos de una hora o más. Las pequeñas interrupciones, como llamadas de teléfono o similares, durante dichos periodos, no desvirtúa la consideración de trabajo continuo.
5. Utilizar equipos con pantallas de visualización diariamente o casi diariamente, en la forma descrita en el punto anterior.
6. Que la obtención rápida de información por parte del usuario a través de la pantalla constituya un requisito importante del trabajo. Por ejemplo, en actividades de información al público en las que el trabajador utilice equipos con pantallas de visualización.
7. Que las necesidades de la tarea exijan un nivel alto de atención por parte del usuario; por ejemplo, debido a que las consecuencias de un error puedan ser críticas. Este sería el caso de las tareas de vigilancia y control de procesos en los que un error pudiera dar lugar a pérdidas materiales o humanas.

Todos estos factores hacen que, a pesar de que en los últimos años el problema se ha reducido mucho con la introducción de pantallas planas, la carga visual resultante es imprevisible y de tal magnitud que se sigue recomendando a los usuarios de pantallas de visualización de datos que traten siempre de trabajar en condiciones ergoftalmológicas adecuadas, como las siguientes[1]:

- Cuide no trabajar por largos períodos en frente de su ordenador de manera innecesaria. Use protectores o filtros de pantalla siempre que sea posible. Trabaje con tamaños de letras y combinaciones de colores que le sean cómodos.

- Tómese descansos de 10 min por cada h de trabajo. Durante los mismos mire a lo lejos (el infinito visual se considera a 6 metros de distancia) esto ayuda a relajar la musculatura ocular al hacerse innecesaria la acomodación.

- Intente alternar el trabajo en su ordenador con otro tipo de trabajo.

- Recuerde parpadear, esto disminuye la sequedad ocular.

- Vigile la distancia entre sus ojos y la pantalla de su monitor, así como la altura a la que se encuentra y el ángulo de inclinación que tiene.

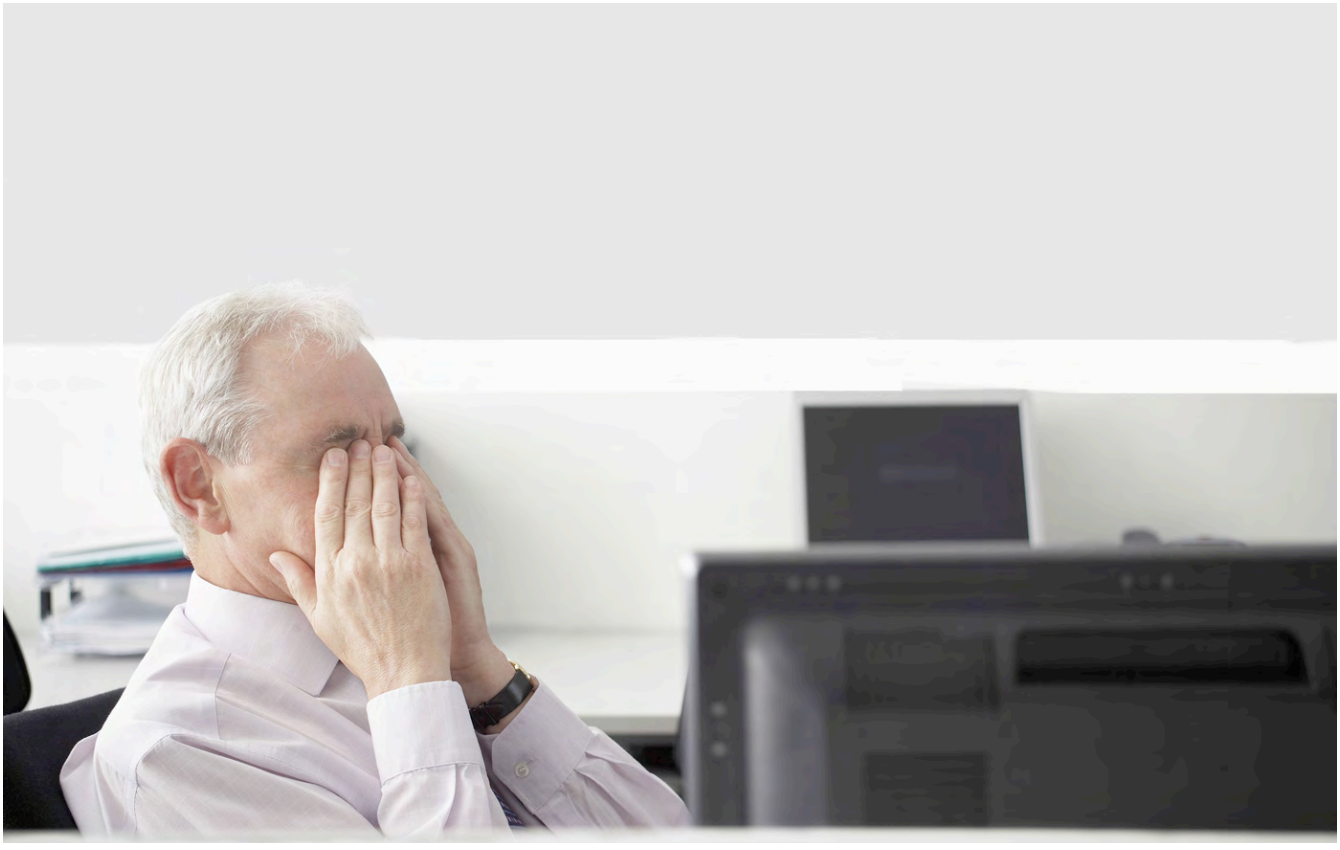
- Es básico que la distribución de los puestos de trabajo sea tal que al fondo de la pantalla no haya fuentes de luz importantes, como ventanas, ya que el contraste entre la luminosidad del fondo (muy luminoso) y la pantalla (poco luminosa) provoca problemas de adaptación del ojo y la consiguiente fatiga visual. Por eso los puestos de trabajo con pantallas no deben estar "mirando a las ventanas" sino de lado a las mismas.

- Trabaje a temperaturas agradables, el abuso del aire acondicionado produce sequedad ocular.

- Ante cualquier molestia ocular no dude en consultar un oftalmólogo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez Tejeda AA, Acuña Pardo A, Rúa Martínez R.Repercusión visual del uso de las computadoras sobre la salud. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2008 ; 34(4): . Disponible en:**http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400012&lng=es**[citado 20 de febrero de 2015]
2. Blehm C, Vishnu S, Khattak A, Mitra S, Yee RW. Computer vision syndrome: a review. Survey Ophthal. 2005; 50(3):253-62. Abstract disponible en **http://www.surveyophthalmol.com/article/S0039-6257%2805%2900009-3/abstract** [citado 20 de febrero de 2015]
3. Martín Moreno V, Catalán Alonso B, Cecilia Cermeño P. Prevención de riesgos laborales y vigilancia de la salud en el ámbito médico. Una asignatura pendiente. SEMERGEN. 2007;33(9):456-62. Disponible en **http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-prevencion-riesgos-laborales-vigilancia-salud-13113062** [citado 20 de febrero de 2015]
4. REAL DECRETO 488/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización. BOE nº 97, 23/04/1997. Disponible en **http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem.1f1a3bc79ab34c578c2e8884060961ca/?vgnextoid=62e817815b2d5110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD&vgnextchannel=1d19bf04b6a03110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD&tab=tabConsultaCompleta**[citado 20 de febrero de 2015]
5. Valero Cabello E. Pantallas de visualización de datos. Guía Técnica del INSHT. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Disponible en **http://www.insht.es/Ergonomia2/Contenidos/Promocionales/Trabajo%20con%20ordenador/ficheros/DTE_PVD-guiaTecnica.pdf** [citado 20 de febrero de 2015]



CON FIRMA

CON FIRMA

"El desinterés por lo común"

Miguel Ángel García Pérez

Si cada uno barre su acera, la calle estará limpia **(Goethe, pensador y escritor alemán)**

"Si no cuidamos y mantenemos la calle recibida, pronto nuestras casas estarán en medio de la nada"

Cada vez está más claro que vivimos en una sociedad individualista, en la que lo más frecuente es que los individuos tengan la visión de que es su esfuerzo personal lo que les llevará a disfrutar de una vida digna. El gran *sueño americano* que constituye el núcleo del *american way of life* viene definido precisamente por la posibilidad de llegar a lo más alto a partir del propio esfuerzo. Y sin negar que esa mentalidad ha dado sus frutos, como es observable en el nivel de desarrollo alcanzado por los Estados Unidos, no es menos cierto que está montada en una falacia, o, en todo caso, en una percepción falsa de la realidad.

La vida de todos y cada uno de nosotros tiene un punto de partida y un entorno de desarrollo que no depende de nuestro esfuerzo personal, sino que viene dada por los esfuerzos de nuestros antepasados, que nos han legado la sociedad en la que nacemos, y el de nuestros coetáneos, que continúa en el intento de mantener o mejorar el nivel social conseguido. Es posible, ciertamente, que sobre ese fondo sea cierto lo que apunta la frase del comienzo de este artículo, pero también es cierto que si nadie hubiera hecho antes la calle, y si nadie se dedicara a su mantenimiento, la frase perdería totalmente la validez, pues sencillamente no habría calle. Las puertas y aceras estarían muy limpias, sí, pero en medio de la nada.

Sin embargo, refleja muy bien el espíritu occidental medio de hoy. El interés propio y el desinterés por lo común campean a sus anchas, y ello hace posible que nuestros gobernantes piensen antes en su propio beneficio (comisiones, cuentas bancarias en paraísos fiscales, continuidad en los puestos de gobierno…) que en el de la sociedad a la que dicen servir. Y que la corrupción se extienda por doquier, pues mientras todos defendemos con uñas y dientes lo que es "nuestro" (mío, de cada uno), no solemos esforzarnos mucho en defender lo común, pues pareciera siempre que, por no ser nuestro, es de "otros". Y que la injusticia campe a sus anchas, ya que, mientras no nos afecte a nosotros, no haremos mucho por combatirla… Sin embargo, si no cuidamos y mantenemos la calle recibida, pronto nuestras casas estarán en medio de la nada, y nuestro esfuerzo personal correrá el riesgo de no servir para nada en un entorno adverso e injusto. ¡Cuántas brillantes cabezas han caído bajo entornos inquisitoriales o dictatoriales, o sufren en profundos calabozos de las dictaduras más actuales!

Si de verdad queremos aspirar a un futuro digno tendremos que esforzarnos, por supuesto, pero parte de ese esfuerzo, de nuestra dedicación y preocupación, habrá de dirigirse hacia lo común. Común es construir una sociedad justa y solidaria, una organizaciones que defiendan los valores sociales y un entorno natural y social que permita el correcto desarrollo de cada persona, de nosotros y de las generaciones venideras. Dar valor a lo común supondrá, en ocasiones, dejar en segundo lugar lo propio, el interés particular, y dedicar parte del esfuerzo a la colaboración y a la construcción social. Y trabajar por una mentalidad que entienda que lo común es un espacio que hace posible el desarrollo de las capacidades individuales, y que, por tanto, debería estar entre nuestros intereses prioritarios.

Es necesario, por tanto, comprometerse en la construcción y mantenimiento de lo común. Construcción porque en ocasiones tendremos que generar nuevos espacios y nuevas realidades, y mantenimiento porque en otras ocasiones de lo que se tratará es de reparar y reforzar lo recibido de otros grupos que nos antecedieron.

Nuestro sistema sanitario es parte de esa realidad común. Y lo son los conocimientos médicos, muchos de los cuales están a la base de ingentes ganancias que se esconden detrás de las patentes farmacéuticas. Y lo son las organizaciones profesionales, que intentar dar valor al ejercicio de las profesiones, y crear y desarrollar marcos en los que ese ejercicio profesional alcance su mayor nivel de calidad. Y lo es también la organización social, el conjunto de esta sociedad que vivimos, padecemos y disfrutamos en el día a día.

Abramos los ojos y trabajemos también por lo común. Porque de lo contrario es posible que el exterior de nuestras casas se transforme en intemperie adversa, y que tengamos que convertirlas en refugios para protegernos unos de otros.

CON FIRMA

"La difícil tarea de gestionar lo común"

Miguel Ángel García Pérez

Que existe "lo común" es algo que está fuera de toda duda, porque hay bienes que no son privativos de nadie (el medioambiente es un buen ejemplo de ello); pero lo cierto es que **no solemos tratarlos con suficiente interés, como ya ha quedado dicho en estas páginas**. Sin embargo, lo común merece ser tratado con interés, y con un interés bien dirigido, pues ha de beneficiar a todos. Y ese es uno de los problemas que tiene "lo común", que no siempre es gestionado con un interés bien dirigido.

En primer lugar, habría que ver quién es responsable de la gestión de lo común. Y la primera respuesta debería ser clara y tajante: TODOS debemos ser responsables de esa gestión. TODOS deberíamos preocuparnos de la protección y del buen aprovechamiento de los recursos comunes, puestos a disposición de todos los ciudadanos. Todos podemos hacer algo para mejorarlo, todos podemos hacer por no deteriorarlo…

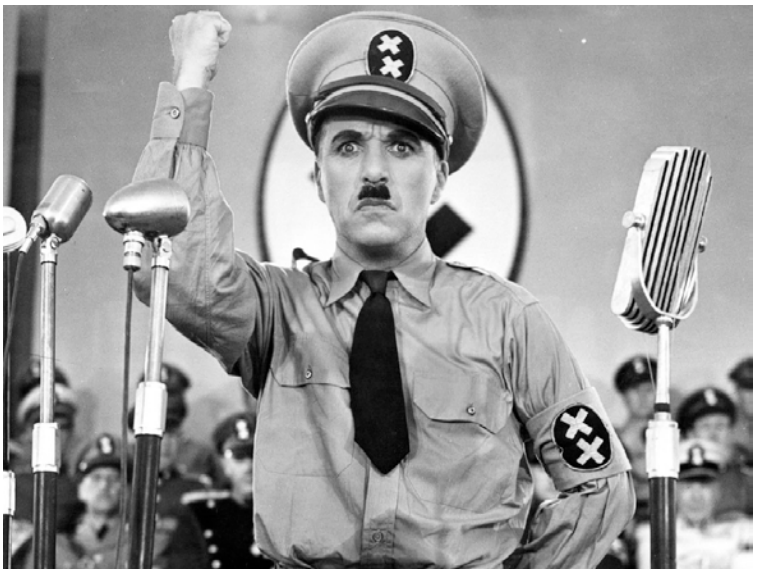
Pero gestionar algo entre muchos puede resultar tremendamente complicado. De ahí que existan procesos para delegar y concentrar las tareas de la gestión de lo comùn en personas e instituciones concretas, que asuman, EN EL NOMBRE DE TODOS, esas tareas. No en nombre propio; no para vanagloria propia, sino al servicio del conjunto de los ciudadanos. Gestionar lo común no es un privilegio, es un servicio que se rinde a la comunidad. Y sólo por ahí, a uno mismo.

Y aquí empieza lo difícil de la gestión de lo común: saber gestionarlo, saber gobernarlo, en el nombre de todos. No en nombre propio, no en nombre de intereses particulares, por muy poderosos que estos sean; no en nombre de una parte de la ciudadanía. ¡NO! Hay que hacerlo en el nombre de todos. Y, por tanto, atendiendo, en la medida de lo posible, al criterio de todos.

Gestionar lo común precisaría, por tanto, de unas cualidades un tanto especiales, entre las que destacaría el ser consciente de la importancia del interés común y el saber cómo operativizarlo, a la vez que comprender su prioridad sobre el bien particular de quien lo gestiona. Hace falta, por tanto, un cierto desapego de lo propio para poder gestionar adecuadamente lo que es común; y no sólo en económico o material, sino también en lo ideológico-conceptual, porque si no se incurriría (como vemos que ocurre a diario por doquier) en una dictadura sobre lo común que echaría al traste su sentido más fundamental: ser de, y servir a, toda la comunidad.

Y vemos que esto falta por todos lados. Son frecuentes las ocasiones en que el interés propio personal de quien gestiona, se pone por delante del interés comùn, e incluso pone este último al servicio del primero. Llamamos a esto corrupción, pero no somos conscientes de que no sólo afecta a nuestros gobernantes, sino que también existe corrupción cuando un particular "del montón", sin responsabilidades de gestión, utiliza lo que puede de lo común para su propio interés. No saldrá en los periódicos, pero quedará retratado lo que este ciudadano haría en caso de tener alguna responsabilidad sobre lo común.

Y dictadores podemos ser todos, si pretendemos que lo común se gestione únicamente de acuerdo a nuestros criterios, despreciando por completo no sólo los criterios distintos de otras personas, sino a esas mismas personas por tener criterios distintos. Si quien hace esto es alguien con responsabilidad de gestión, se incurrirá, como decíamos antes, en una especie de dictadura sobre lo común, pero si así se comportan cientos de particulares, como pequeños dictadores en potencia, el caos y el enfrentamento colectivo estará servido. Y a río revuelto, ganancia de…



Charles Chaplin, en "El Gran Dictador", 1940.

"Dictadores podemos ser todos, si pretendemos que lo común se gestione únicamente de acuerdo a nuestros criterios"

El sistema sanitario de que disponemos es un buen ejemplo de todo lo que hemos dicho: un bien no siempre respetado por los propios ciudadanos, un no siempre bien gestionado por sus responsables, que incluso pretenden que sirva a intereses privados / particulares; un bien que, sin embargo, seguimos construyendo entre todos, con el esfuerzo destacado de muchos profesionales al frente, que permiten que, en la escasez y la precariedad, tantas veces sea prestado un servicio de calidad.

Respetar y valorar lo común, y gestionarlo adecuadamente, requieren algo más que un triunfo electoral. Requieren, fundamentalmente, de un cambio de mentalidad hacia lo común, hacia lo verdaderamente público, que llevará tiempo hacerlo posible. Requiere responsabilizarnos, TODOS Y CADA UNO, de lo común, de lo compartido, de lo público. Y requiere poner su gestión en manos desintersadas y sin ánimo de vanagloria. Difícil, cierto, pero no imposible.

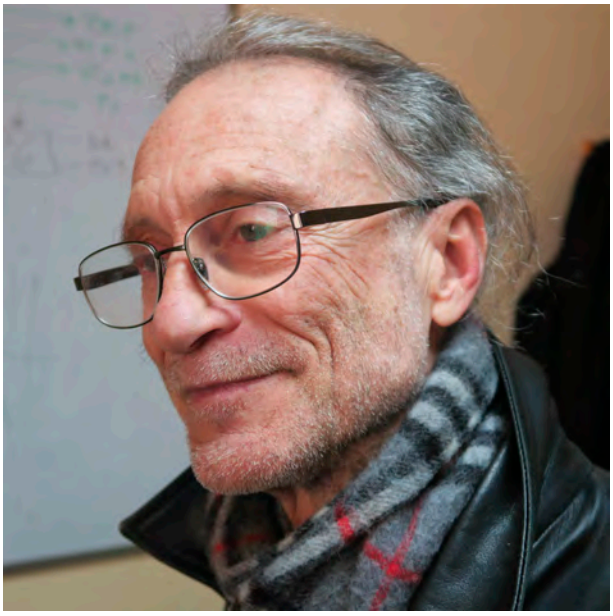
Hay que trabajar por ese cambio, si no queremos que los conflictos entre intereses particulares acaben con lo común. Y sin lo común, lo privado se tambalearía, perdería su referencia y se caería. ¿Quién nos levantaría después?

CON FIRMA

"Me van a matar a disgustos"

Alfonso López García de Viedma

Pues sí, como sigan ustedes así van a acabar matándome a disgustos. Hace unas semanas eran las penosas declaraciones televisivas de todo un ministro de Sanidad las que me dejaron sin cenar, pues daba unos consejitos y unas recomendaciones a la sufrida población realmente sorprendentes, que "*no acudiesen a las urgencias hospitalarias para no colapsarlas y que acudiesen a los centros de salud y a los SAR, que ahí no hay problema en que se colapsen*", faltaría mas, para eso es la puerta de entrada del sistema público de salud. Y sin tiempo casi de recuperarme, me cae encima una semanita para olvidar, y que no es otra que la semana final para presentar los certificados necesarios para poder participar en el concurso de traslados recientemente convocado, tan deseado y esperado por todos… Y lo que ha hecho es que ni coma ni cene, no he tenido ni tiempo ni ganas, y eso en mí, que soy muy poquita cosa y de por sí como poco, es muy grave: va a acabar conmigo.



"La Administración no nos puede exigir presentar documentos que ya le constan a ella"

No se pueden hacer peor las cosas de como las han hecho, ni una cosa bien; peor imposible, vamos que ni que lo hubiesen hecho aposta… O igual sí que lo han hecho a posta, no sé, esta duda me corroe.

Es que **no han acertado en nada,** ni desde el principio, cuando eligen la fecha de la convocatoria, en plenas navidades (*¡¡¡ pero a quien se le ocurre hombre!!!*), en una fecha en la que el personal está pensando en disfrutar estas fiestas con los amigos y la familia, en las que abundan los encuentros y reencuentros con el hijo que vuelve a casa por navidad, se organizan cenas, se preparan regalos, se espera le llegada de los Reyes, la gente está feliz, intenta olvidar problemas y dice aquello de año nuevo, vida nueva, pues hala, van ustedes y ¡toma!, convocan un concurso el 7 de enero, provocando la ansiedad y la preocupación en una gran cantidad de profesionales. Vamos, que como preveían unas fiestas cargadas de dulces, pues qué mejor cosa para amargarlas un poco que publicar el concurso… Han estado ustedes sembrados, les felicito.

Pero aquí no acaba la cosa, es más, empeora, empieza un mes de verdadero calvario para los profesionales implicados, un mes donde la gente ha estado absolutamente desinformada y, lo que es peor, mal informada, no se sabe dónde pedir los certificados, cuáles, en qué área (en la antigua, en la única, en Madrid, en otras Comunidades, en Sagasta), se pide el MIR o no se pide, no hace falta pedir nada si ya lo tienen, etc,etc. Hay mucha dudas y preguntas que no son respondidas, no hay forma de obtener respuestas, las secretarías están desbordadas, los teléfonos echan humo y comunican constantemente y la gente se desespera.

Y sigue empeorando, **se está acabando el plazo para presentar los papeles y la gente no recibe los certificados**, empiezan los nervios y los escritos comunicando este hecho y, **cuando al fin empiezan a a aparecer, ya se monta el lío total**, es un caos.

Existen **innumerables irregularidades**, fallos en los tiempos certificados, en unos faltan periodos de trabajo y en otros sobran, hay gente que le han puesto 10 años menos y a otra le han puesto de más, tanto que parece que lleva trabajando desde la EGB, hay errores en los tiempos, en la valoración del MIR, en los periodos de permanencia en el último destino… Y **por si todo esto fuese poco, se permitan estos señores el atrevimiento de hacer cosas ilegales como no contabilizar los días de huelga,** y como veo que no conocen las leyes me permito el detalle de ilustrarles "*los días en los que el trabajador participa en una huelga legal son computados como antigüedad a todos los efectos*" ya que se trata de una ausencia justificada, en el ejercicio del derecho constitucional a la huelga contenido en el articulo 28 de la Constitución Española. El contrato, o en este caso el nombramiento, sigue vigente, y si bien se suspenden algunos efectos, no así el de su duración, algo que sólo se detendría en caso de extinción. Así se pronuncia pacíficamente la jurisprudencia del Tribunal Constitucional y del Supremo en innumerables sentencias.

No contentos con esta ilegalidad, se permiten rizar el rizo aún más y ya se salen, aquí lo bordan, desde el principio están cometiendo otra ilegalidad, y es que **no pueden obligarnos a presentar documentación que ya tienen en su poder, nombramiento, toma de posesión, último destino, situación administrativa, incluso los servicios prestados** y, por si no se han enterado, tengo el placer de decirles que existe normativa en la que queda muy claro que la Administración no nos puede exigir presentar documentos que ya le constan a ella**;** por si no la conocen, extraigo dos parrafitos de nada:

La Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común establece, en su artículo 35.f, "*el derecho del ciudadano a no presentar aquellos documentos que se encuentren en poder de la Administración*", **y en su artículo 45.1,** *que las Administraciones Públicas impulsarán el empleo y aplicación de las técnicas y medios electrónicos, informáticos y telemáticos para el desarrollo de su actividad y el ejercicio de sus competencias.*

Más recientemente, **la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos, regula, en su artículo 6.2.b**, entre los derechos de los ciudadanos, el de "*no aportar los datos y documentos que obren en poder de las Administraciones Públicas, las cuales utilizarán medios electrónicos para recabar dicha información siempre que, en el caso de datos de carácter personal, se cuente con el consentimiento de los interesados en los términos establecidos por la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, o una norma con rango de Ley así lo determine, salvo que existan restricciones conforme a la normativa de aplicación a los datos y documentos recabados. El citado consentimiento podrá emitirse y recabarse por medios electrónicos".*

Es evidente que **contamos con un Administración prepotente y dictatorial que hace lo que le da la gana**, cuando quiere saca normas o inventa leyes que le benefician, y cuando quiere incumple leyes o normas vigentes que le perjudican… ¡Qué gusto, qué maravilloso es el poder, hacer lo que uno quiere sin que nadie te llame al orden! Reconozco que en el fondo me dan envidia, cómo me gustaría ser como ellos aunque solo fuese por un día, pero solo un día, no sea que me gustase y me cambiase de bando.

Unificar en una Gerencia Única lo que no ha sido nunca único, y mantener aún las estructuras de las 11 gerencias, con departamentos de personal, nóminas, etc, etc, provoca, como hemos comprobado, numerosos problemas.

Todas estas irregularidades nos han obligado a estar constantemente presentando escritos, solicitudes, recursos, yendo y viniendo, perdiendo tiempo, haciendo colas interminables, desesperándonos y padeciendo una carga emocional que no nos merecíamos. Es una falta absoluta de respeto y consideración a unos profesionales que no se puede tolerar, es un trato vejatorio que no debemos permitir, *¡¡¡que somos médicos, coño!!!*, y que sin ánimo de ofender a nadie ni menospreciar a nadie, creo que nos hemos ganado un respeto y que merecemos ser tratados como lo que somos y representamos. No lo olvidemos, somos esos magníficos profesionales que todos los días abrimos de par en par las puertas del famoso sistema público de salud, somos esos magníficos profesionales que año tras año salimos estupendamente valorados en las encuestas de satisfacción de las que viven y se alimentan nuestros políticos, tenemos responsabilidad, ética, dignidad y profesionalidad, ejercemos la más bonita profesión, las mas humana, la mas vocacional, la mas importante, la mas necesitada, ayudamos a traer la vida al mundo, prevenimos enfermedades, diagnosticamos, tratamos y acompañamos a nuestros pacientes en el final de su vida proporcionándoles una muerte digna. ¿Alguien da más ?

No estamos dispuestos a ser tratados peor que en nuestra época estudiantil. Lo que hemos vivido este proceso, por unos motivos u otros, es de juzgado de guardia, no podemos ni debemos callarnos, no podemos permitir que se vuelva a producir otro concurso de traslados en el futuro como éste, es algo que tiene que quedar arreglado para siempre, para que todos los compañeros que alguna vez en su vida tengan que presentarse a un concurso de traslados no sufran ni padezcan lo que han sufrido los actuales.

Es una obligación que tenemos como profesionales y como seres humanos, es una obligación moral. Callarnos ahora y no manifestarnos es aceptar la humillación. el abuso de autoridad y la prepotencia. Yo me rebelo, no puedo con ello.

En fin, que como suele pasar siempre, se acumulan en los momentos finales de legislatura los trabajos que deberían haberse realizado en los años anteriores. Ya sé que ahora hay oposiciones, traslados, interinidades, plantillas y muchas cosas más, pero ¿no se podían haber secuenciado mas correctamente? No, claro, es que ahora hay elecciones, no me había dado cuenta, cada día estoy mas torpe, debe ser cosas de la edad, que ya voy para los 64…. **Por cierto ya que están tan generosos, ¿por qué no incluyen el desbloqueo de la carrera profesional? Es una vergüenza la situación por la que están pasando muchísimos compañeros que trabajan codo con codo con los que sí la cobramos, es una vergüenza y una injusticia, y como es su costumbre, un nuevo maltrato a los profesionales.**

Ya estoy acabando, pero antes quisiera pedirles un favor personal: no sigan dándome estos disgustos. Como decía al principio de mi carta, me van a matar, y veo que no voy a llegar al año 2016, año de mi jubilación. Jubilación por otra parte absolutamente deseada, sentida y necesitada, se lo debo a ustedes, después de sufrirles muchísimos años, haber soportado, humillaciones, mentiras, provocaciones, insultos,engaños, incumplimientos, ilegalidades, mal trato, vejaciones y, sobre todo, una falta de respeto absoluta y total hacia mi persona. Han conseguido quitarme la ilusión por seguir ejerciendo esta maravillosa profesión, casi 40 años; se dice pronto. Ustedes no quieren ni saben dialogar, no quieren ni saben cambiar, les gusta mandar y ordenar…

Habrán conseguido que me marche, sí, pero me iré con la cabeza alta, con la satisfacción del deber cumplido, con la sensación de haber luchado toda mi vida contra las injusticias, el abuso y el maltrato. Y creo que me iré con el respeto y cariño de mis pacientes y con el respeto y cariño de mis compañeros, como creo que eso no lo podrán decir ustedes cuando abandonen sus puestos de trabajo. No, no lo creo, estoy seguro.

Reciban un saludo.

CON FIRMA

"Queridos compañeros, que Dios nos pille confesados"

Alfonso López García de Viedma

Pues si, si ocurriesen las cosas que me han venido a la mente mientras intentaba coger el sueño……. ¡que Dios nos pille confesados! Voy a intentar explicarme.

A raíz de las dos cartas que he escrito recientemente, una dirigida al señor Ministro de Sanidad (pues me había dado la cena por aconsejar a la población que no acuda a urgencias para no colapsar los hospitales, que acudiesen a Atención Primaria, que no pasa nada porque se colapse, para eso es la puerta de entrada del sistema público de salud) y otra a la Administración (por el bochornoso espectáculo que ha montado con el concurso de traslados, la falta de respeto y trato vejatorio que ha dado a los profesionales sanitarios), he recibido infinidad de correos, llamadas a mi móvil y *guasaps* (incluso de compañeros que no conozco) que me han provocado una mezcla de satisfacción y de angustia. Satisfacción, pues de verdad que me han emocionado, he comprobado que me apreciáis, como así reflejaba en mi último escrito, me habéis felicitado por las cartas, por lo que digo, por cómo lo digo, por expresar el sentimiento de la mayoría, por decir las cosas que muchos pensáis pero que por un motivo u otro no las decís, me habéis dado las gracias por mi trabajo constante en la defensa del médico, de su dignidad, de su ética, de su profesionalidad, y por intentar siempre recuperar el orgullo de ser médico.

También me habéis comentado que sentís que me vaya, que me jubile, que dejaré un hueco difícil de llenar, y que me comprendéis, que tengo derecho a un merecido descanso y me deseáis una feliz jubilación, pero a la vez me habéis dicho cosas que me han hecho reflexionar, como "¡¡¡Qué suerte tienes que ya te jubilas!!! Yo no creo que aguante hasta la jubilación, estoy pensando en irme antes", "¡¡¡ Yo no aguanto mas, me voy a la privada!!!" o "¡¡¡Me voy al extranjero !!!", e incluso algo que yo pensaba que no iba a oír nunca, "Estoy pensando en dejar la Medicina y dedicarme a otra cosa".

Y ha sido en estos momentos cuando me ha entrado la angustia al pensar: ¿qué pasaría si de verdad los médicos, hartos del trato recibido por esta Administración, de sus engaños, mentiras, incumplimientos, recortes, abusos, ilegalidades,maltrato, abuso de poder, vejaciones y falta absoluta de respeto hacia nuestra persona, dejásemos de trabajar en la sanidad pública, y a los que nos jubilamos por edad y obligación se uniesen los hartos, los aburridos, los que ya no soportan mas, o sea, los prejubilados, los que huyesen a la privada o al extranjero? ¿Quien atendería a los pacientes en Atención Primaria y SAR? ¿Quién abriría la famosa puerta de entrada del sistema público de salud? ¿Quién trabajaría en los hospitales ? ¿Quién atendería las urgencias?… En definitiva, ¿quién haría de médico?

Y es cuando me han venido a la cabeza unos pensamientos que me han angustiado aún mas, si cabe, de lo que ya estaba…. ¿Quien haría de médico? Y teniendo en cuenta que vivimos en un país donde la gente sabe más de Medicina que de fútbol (y ya es decir), en un país en donde cualquiera sabe de Medicina, donde cualquiera habla, opina e incluso debate sobre Medicina gracias entre otras cosas a internet, a esos estupendos fascículos que se reparten de manera gratuita con la prensa dominical y, sobre todo, a esos maravillosos programas televisivos en que, a lo largo de la mañana, sus invitados e incluso sus presentadores enseñan y aconsejan sobre temas de salud, algunos con una frivolidad que asusta, como por ejemplo la magistral clase práctica que recibimos de la presentadora de la 1 de TV sobre como se debe quitar uno los guantes en el caso Ebola, con seguridad… Me dejó atónito,no puedo definir la sensación que experimenté al verla, me quedo sin palabras.

¿Y qué pensamientos son? Pues que van a hacer de médicos nuestros queridos políticos, nuestros queridos ministros de Sanidad y nuestros queridos consejeros de Sanidad, faltaría mas, si todo el pueblo sabe de Medicina, ¿cómo no van a saber ellos, personas cultas, universitarias, trabajadoras, responsables, humanas, éticas, nobles, con enorme vocación de servicio público y de sacrificio…? No sé cómo no me había dado cuenta antes… ¡Ya chocheo!

Pero luego, fríamente y analizando la situación, pensé: "Tranquilo, Alfonso, que estos no valen para esto. ¡Cómo van a valer para hacer de médicos si no han valido nunca para nada, si no han podido hacer peor las cosas, si tenemos unos políticos en general que lo que dan es pena, liados los unos con los otros, con denuncias, corrupciones, insultos y descalificaciones constantes, si tenemos unos ministros que han sido una cruz para los médicos, incompetentes a más no poder, sin ideas, sin propuestas, sin acciones, sin nada de nada, si tenemos unos consejeros que han sido un desastre nacional, egoístas, soberbios, hasta diría que con una dosis de chulería importante, que han fracasado en todo lo que han intentado, a la cabeza la famosa privatización, incluso uno que ha dejado una huella imborrable, uno que ha dejado a la profesión médica a la altura del betún, uno que se ha permitido decir a una auxiliar de clínica que se debatía entre la vida y la muerte que mentía, que no tenía pruebas -lo decía de su cosecha-, uno que ha faltado al respeto a los enormes profesionales que se estaban jugando la vida al decir que para quitarse un trajecito de nada no hacía falta hacer un máster, uno que se ha permitido el lujo de decir que si hay que dimitir, pues se dimite, yo tengo la vida resuelta, soy médico, uno que además de haber menospreciado y ofendido a los profesionales sanitarios en general, ha hecho un daño inmenso a sus compañeros médicos con esa frasecita final de YO SOY MEDICO, uno que ha demostrado que es un maleducado y mas chulo que un ocho…! No, éstos, definitivamente, por mucho que se empeñasen, no podrían hacer de médicos… Y me alivié.

Así que una vez mas relajado y tranquilo al comprobar que esta gente no iba a poder hacer de médico, me fue entrando el sueño y conseguí dormirme… Cuando me desperté no sabía muy bien si lo había pensado o lo había soñado. No sé, deseo de corazón que hubiese sido un sueño, pero lo que si sé es que pasé una mala noche, una mas y ya van….

Un abrazo, compañeros.

CON FIRMA

"Análisis del documento de modificación de los Estatutos del ICOMEM"

Javier López de la Morena y Guillermo Sierra

El lunes 16 de Febrero termina el plazo de presentación de enmiendas al documento de modificación de Estatutos del ICOMEM. El nuevo texto estatutario plantea dotar al Colegio de un cuerpo de doctrina que lo modernice, cambie sus actuales estructuras y lo haga más participativo y controlable. La Comisión para la Reforma pretendió en todo momento devolver a los colegiados todo el protagonismo. No va a ser fácil introducir dichos cambios dada la presión ejercida para impedir la libertad que requiere la regulación de la profesión médica, su control deontológico y la defensa de los intereses de los ciudadanos.

Debido al interés que representan las modificaciones apuntadas en el documento de Nuevos Estatutos, en lo que podría ser una profunda reforma de las estructuras colegiales y, ante la aparición de comentarios adversos a la misma, pasamos a destacar en un análisis somero, las ventajas que tendría la aprobación del nuevo texto estatutario después de pasar por el filtro de las diferentes enmiendas y su aprobación por la Asamblea.

"El nuevo texto pretende devolver a los colegiados todo el protagonismo. No va a ser fácil"

En el **Artículo 5.2** se contempla la disponibilidad de la "VENTANILLA ÚNICA", servicio obligatorio para colegiados y ciudadanos, que facilitará los trámites administrativos.

El **Artículo 10.13** informa a los colegiados de la obligación de suscribir una póliza de responsabilidad civil (por imperativo legal), dejando libertad de elección individual, fuera del Colegio.

La desafección habida hasta el momento, provocada por una estructura rígida donde se eligen unos compromisarios escasamente comprometidos, impide la presencia y opinión de muchos otros que podrían acudir si se aprueba por los colegiados el **Artículo 14** del documento propuesto, que contempla como órgano soberano a la Asamblea General de Colegiados (también aludida en los Estatutos vigentes), permitiendo así la asistencia a cualquier colegiado que lo desee (diseño existente en colegios más numerosos, como el de abogados).

Artículo 16.1d: los colegiados podrán incorporar propuestas a debatir en la Asamblea General.

En el **Artículo 20** se introduce la presencia dentro del Pleno de la Junta Directiva de un representante por cada una de las candidaturas participantes en las últimas elecciones, que obtuvieran el 15% de los votos. El borrador enviado por el Colegio les da voz pero no voto y, en una enmienda enviada por nosotros, se les da voz y voto; cuestión que debe ser debatida por los colegiados.

Artículo 21: También como novedad, se incluye en la Comisión Permanente la presencia de un representante elegido de entre los componentes de las candidaturas referidas en el art. anterior. El borrador tampoco le da voz ni voto, pero una enmienda nuestra le dota de esa función, ya que otra cosa desnaturalizaría su presencia en el Pleno.

Artículo 24.6: La Junta Electoral deberá ser independiente, por tanto es elegida por sorteo público y no pertenece a ningún órgano colegial.

Artículo 26.7: La Junta Electoral es la responsable de mandar la propaganda electoral, financiada en su totalidad por el propio Colegio. La Junta Electoral podrá anular la candidatura que sea financiada externamente.

El **Artículo 27.3** recoge la filosofía del borrador de la Ley de Colegios Profesionales en referencia a las incompatibilidades de los cargos directivos, con cargos en partidos políticos, entidades de seguro libre, compañías o mutuas de seguros, sindicatos y fundaciones o empresas vinculadas a cualquiera de las anteriores.

Artículo 28.1g: La Presidencia o la mayoría de la Junta Directiva podrán invitar a los Plenos a colegiados, organizaciones de pacientes o ciudadanos cuando se debata un tema sanitario que les afecte.

Artículo 29: Se hace especial énfasis en la aplicación de las incompatibilidades. Declaración obligatoria de bienes de todos los cargos incluidos los pertenecientes a candidaturas no ganadoras que pertenezcan al Pleno. Declaración de Conflicto de Intereses de cargos directivos, ni para obtener ventajas personales ni para favorecer a terceros; familiares directos o en segundo grado de consanguinidad no podrán ser contratados laboral ni mercantilmente. Los cargos directivos no podrán ser remunerados, salvo los gastos generados en el desempeño del cargo, previamente justificados. Excepcionalmente Presidente, Secretario y Tesorero podrían ser remunerados en régimen de dedicación exclusiva.

En el **Artículo 31** se contempla la creación de dos Vicepresidencias.

Artículo 36: Enmienda enviada por nosotros donde se añade la forma de elección de los representantes en las diferentes Mesas, dejando a la elaboración de los reglamentos internos el nº de componentes de cada una de ellas, incluida la nueva Mesa MIR.

Artículo 37.2: Los componentes de la Comisión Deontológica serán elegidos por las Sociedades Científicas y las organizaciones profesionales correspondientes.

Artículo 60: Se crea la Comisión de Control de Cuentas, para control del cumplimiento presupuestario, aprobación o rechazo de desviaciones superiores a 60.000 €, y evaluación de nuevas contrataciones. Se encarga de la elección de auditoras externa, previo concurso y de la publicación de resultados.

En la **Disposición Transitoria Primera** se enmienda el borrador del Colegio y se propone que una vez aprobados los Estatutos por la Asamblea General Extraordinaria la actual Junta Directiva dará por terminado su mandato y procederá a convocar elecciones en un plazo máximo de 45 días.

Así mismo proponemos la creación de un **Observatorio de Calidad**, constituido por los presidentes de las Sociedades Científicas y que tendría, entre otras funciones, la elaboración de un informe anual sobre la calidad de los diferentes servicios, recabando información principalmente de los profesionales.

Esperamos que este análisis del texto que modifica los Estatutos colegiales sirva como resumen para aquellos que, por su abnegada ocupación, no tienen posibilidad de una lectura reposada del documento enviado por el Colegio.

CON FIRMA

"La aventura de ser delegada sindical"

Laura Merino

La Medicina es como un sacerdocio: necesita vocación, formación, dedicación. Te pasas gran parte de tu vida preparándote (carrera, MIR…) y, cuando consigues una plaza fija y estás a gusto en ella, pero eres contestataria, plantas cara a los jefes ante las irregularidades y crees que desde el sindicato puedes conseguir mejorar la situación, te lanzas a dejar aquéllo para lo que te has estado media vida formándote, a pesar de los consejos de tus allegados ("No dejes de pasar consulta", "Te vas a arrepentir", "Los sindicalistas tienen muy mala prensa"). Te conviertes en un sindicalista liberado y te crees que te vas a comer el mundo, pero la realidad es bien distinta: lo primero es la sensación de vacío y desubicación, y la pregunta surge: "¿qué hace una chica como yo en un sitio como éste?" Para ser médico te has preparado mucho, pero no para ser sindicalista, y te cabe la duda de si no tendrías que haber estudiado también derecho para saber desentrañar los problemas que se te plantean.

En mi caso, este proceso de adaptación duró un año. Claro, que llevaba pasando consulta en mi plaza 23 años cuando lo dejé. Al principio, cuando acudes a las Juntas de Personal y oyes hablar por siglas de la normativa (EBEP, delegados LOLS…) piensas: "¡Madre mía, cuánto tengo que aprender!" Y luego, cuando vas a los centros de salud a ver a tus compañeros, a preguntar cómo van, qué problemas tienen, pues es lo de la montaña y Mahoma: si no te ven y saben que estás ahí, nadie recurre a tí, como si no pasara nada… ¡y estamos peor que nunca!

Yo tengo la sensación de que estamos tan sobrepasados que ni somos conscientes de la situación en que trabajamos, que afecta a nuestras vidas, te quita la alegría de vivir, 7 horas de trabajo en mala condiciones, y con el grado de responsabilidad que tenemos que desarrollar… Va pudiendo con nuestra vocación, pero seguimos callados, no denunciamos, seguimos tirando del carro, aunque cada vez sea más pesado, por nuestros pacientes, por nuestros compañeros, y ni agradecido ni pagado… Y ahí estás tú, delegado sindical, de hilo conductor entre tus compañeros y la cúpula del sindicato, para que esa realidad llegue a la Mesa Sectorial, y te das cuenta de que es clamar en el desierto y que nadie te entiende: la Administración, sorda, muda y ciega; tus compañeros acusándote de que no haces nada… Y es que los logros, en cuanto se consiguen, se olvidan, como si llevaran ahí toda la vida…

Aunque yo me considero una privilegiada, pues estoy de delegada en la misma zona donde he estado trabajando tanto tiempo, y la mayoría de los compañeros me conocen y saben de mi beligerancia en la época en que era coordinadora y delegada sindical, por extraño que parezca. Entonces decía con orgullo "Soy de AMYTS", y ahora parece que debiera decirlo avergonzada, como si por estar liberada hubiera dejado de "ser de los nuestros". Pero lo cierto es que, gracias a la liberación, tomas conciencia de la situación, es como si se te abriera la mente. Antes, la idea fija era la consulta, los pacientes, el ordenador, los avisos, y no tenías tiempo de ver el conjunto. Yo lo defino como que los árboles no te dejan ver el bosque. Por eso hace falta que los delegados estemos ahí, y que seamos médicos, uno más, para ver y detectar lo que los compañeros no tienen ocasión de ver, pero con una mirada como la suya, escuchar los problemas que no te cuentan si no vas por allí (a pesar del teléfono y del correo electrónico), buscar soluciones… Ser y sentirte útil, en una palabra.

Pero hay situaciones cuya resolución no depende de nosotros, y te encuentras pillada, entre dos fuegos: los compañeros piden, por ejemplo en Carrera Profesional, y la Administración no sólo no otorga, sino que dice que echa balones fuera achacándolo a la Mesa Sectorial, cuando es ella la que no quiere dar el paso adelante. ¡Cómo no van a querer los sindicatos las mejoras, y

AMYTS las mejoras para los médicos! ¡Que se inventen otra cosa! Son ellos los que gobiernan. Y no contentos con eso, han desatado una campaña de descrédito del sindicalista que nos ha enfrentado con la opinión pública, según la cual somos todos unos vagos y no tenemos razón de existir… Luego, es verdad que cuando oyes las noticias y te enteras de las subvenciones y el destino que se les ha dado en algún sindicato, sientes vergüenza ajena y te das cuenta que todo eso viene a empeorar esa imagen nefasta, pues siempre se tiende a generalizar, aunque tu sindicato, AMYTS, no reciba ningún tipo de subvención oficial desde hace años, y subsista sólo de las cuotas de los afiliados.

Una de las grandes satisfacciones del tiempo que llevo liberada han sido las mareas blancas y los encierros en los centros, en contra de la privatización, aunque aún subyace de forma encubierta con la derivación de pruebas complementarias a clínicas privadas.

Gracias a la labor de AMYTS no ha habido prácticamente merma en puestos de trabajo de facultativos, frente a las reducciones en otros estamentos. Hemos luchado por la cantidad, y ahora estamos luchando por la calidad de esos puestos de trabajo: conversión (aún incompleta) de eventuales en interinos, denuncia de la excesiva presión asistencial, condiciones del puesto de trabajo, turnos deslizantes, etc.

Tras casi cuatro años de liberada sindical, estoy adaptada a la nueva situación, contenta de poder ayudar, pero sigo con la espinita clavada "de ya no ser médico", aunque también es cierto que la situación es reversible. Soy sindicalista hasta que yo o las circunstancias me hagan volver a la consulta, a esa vorágine de cambios desde que me fui (AP Madrid, cambio de hospital de referencia que, además, tiene distinta gestión (ahora privada), sin casi suplentes, con turnos deslizantes), en fin, con la sensación de comanzar desde cero.

El objetivo de esta "confesión" es decir que estamos ahí, que servimos para algo, que luchamos aunque muchas veces no se perciban resultados, que sois nuestra razón de ser. Tenemos un cometido que cumplir, y puedo garantizaros que lo intentamos. Y juntos tenemos que exigir que lo cumplan quienes, a veces de una forma muy irresponsable, administran la Sanidad.

CON FIRMA

"Medicina de Familia y Universidad. La experiencia de la Universidad Autónoma de Madrid"

Esteban González López

Querría empezar esta tribuna con una reflexión acerca del artículo publicado en 1961 por el Profesor Kerr L. White (***The ecology of medical care***). En el mismo se concluía que, de cada 1.000 personas seguidas durante un mes, únicamente 750 refirieron algún síntoma o problema de salud, y de estas únicamente 250 consultaron a un médico. De las 1.000 personas estudiadas, solamente una tuvo que ser ingresada en un hospital docente.

Años después, en 2001, un grupo de investigadores ha actualizado los datos del estudio de White (***The ecology of medical care revisited***). El análisis de los mismos, a pesar de los cambios sociales, económicos y de los patrones de morbilidad, sigue yendo en la misma dirección. De cada 1.000 personas, 800 presentan algún síntoma, de ellas 327 consideran la necesidad de consultar a un médico, aunque sólo 217 lo hacen. Al final un paciente de cada mil es ingresado en un hospital universitario.

Ambos estudios ponen de manifiesto varios temas. Uno de ellos es la gran cantidad de síntomas que no son atendidos por los médicos, lo cual representa una posible morbilidad nada desdeñable. Por otro lado también se demuestra que parte de la docencia o de la asistencia se realiza más sobre la rareza que sobre la normalidad.

Por sí mismos, estos datos sugerirían la necesidad de que existan médicos que conozcan todas las diferentes formas de enfermar, tanto las que llegan a los hospitales como las que no lo hacen. Y, por otro lado, no se puede negar la peculiaridad de esos procesos mal definidos que son el gran campo de actuación de los médicos de familia. Un sistema sanitario que viva a espaldas de esta realidad docente y asistencial estaría abocado a ser absolutamente ineficiente y a tratar muchos problemas en modo y lugar inadecuado.

Hagamos un poco más de historia. El nacimiento de las especialidades médicas y quirúrgicas durante el final del siglo XIX y el comienzo del XX, gracias a los grandes avances del conocimiento médico, trajo una enorme mejora en las posibilidades para diagnosticar y tratar adecuadamente a los enfermos; pero también trajo una fragmentación de la asistencia, ya que no había un único médico de referencia para el paciente. Asimismo, al enseñar los aspectos más especiales de las enfermedades, se dejaron de enseñar los temas generales médicos. Ya en 1966, en el informe Millis (Estados Unidos) se reconocieron los grandes avances médicos, pero se pidió la vuelta de un médico que centralizara y coordinara todo el cuidado de los pacientes.

El aumento de la esperanza de vida, la necesidad de atender adecuadamente a los pacientes con una multitud de problemas crónicos y la integración de los aspectos curativos y preventivos pusieron todavía más de manifiesto la necesidad de los médicos de cabecera. Para que un especialista de un hospital atienda lo

que tiene que atender y no otra cosa, los médicos de familia han de hacer lo que tienen que hacer, derivar lo que haya que derivar y asumir la patología que han de asumir. Un buen equilibrio vendría dado por no quedarse lo que no hay que quedarse y no derivar lo que no haya que derivar. Un sistema sanitario que no contemple esta sencilla máxima tenderá inevitablemente a la descoordinación y a una total falta de eficiencia.

Del conocimiento mutuo y de la coordinación entre ambos niveles asistenciales, vendrían los mayores éxitos. Un funcionamiento asistencial óptimo del nivel primario de salud es clave para la gestión del nivel hospitalario. Los médicos de ambos niveles asistenciales han de dedicarse únicamente a atender pacientes y no han de asumir otras tareas.

Y si los médicos de familia no pueden estar fuera de la asistencia habitual, tampoco pueden ser ajenos a la docencia médica. Únicamente en Estados Unidos hay más de 80 departamentos universitarios de Medicina de Familia. En Europa hay departamentos de Medicina de Familia en más de 75% de universidades de Alemania, Bélgica, Croacia, Dinamarca, Eslovenia, Finlandia, Holanda, Hungría, Irlanda, Malta, Noruega, Polonia, Portugal, Reino Unido y Suecia (Harzheim, Casado y Bonal, 2009). Por el contrario en España hasta hace poco no se ha considerado la función docente que deben asumir los médicos de familia.

El seguimiento y detección de los problemas crónicos, la integración de la asistencia con la prevención, y la atención cercana y accesible a los pacientes, son algunos de los temas característicos del campo de la Medicina de Familia que no sólo han de ser conocidos por todos los futuros médicos, sino que además son una forma de procurar una asistencia integral, integrada y eficiente.

Poco a poco la Medicina de Familia se va incorporando en los planes de estudio de las facultades de Medicina españolas, pero no existe en todas. En la mayoría de ellas, la Medicina de Familia toma la forma de una asignatura o de unas prácticas obligatorias, que son siempre muy bien valoradas por los alumnos. A fin de cuentas, los futuros médicos decidieron serlo para atender pacientes "en general", y eso es lo que a diario hacen los médicos de familia españoles. Abundando en ello, el Libro Blanco de la Titulación de Medicina, a partir del cual se establecen las directrices generales y los planes de estudio de las facultades, creó un área competencial denominada Medicina de Familia.

La discusión se podría plantear desde una doble vertiente: ¿enseñar Medicina General o enseñar Medicina en general? ¿Enseñar una disciplina que tiene unos contenidos propios o colaborar con el resto de disciplinas a obtener un graduado en Medicina polivalente que conozca adecuadamente todos los escalones del sistema sanitario? De lo que no hay ninguna duda es que, independientemente de la forma que se adopte, hay que enseñar a los futuros médicos la medicina que no llega a los hospitales, y la que a veces no tiene por qué llegar.

Por ello celebraciones como a la que asistiremos el próximo día 25 de febrero son un verdadero motivo de satisfacción. Se cumplen 10 años de la creación de la Cátedra Universidad Autónoma de Madrid (UAM)-Novartis de Medicina de Familia y Atención Primaria. Esta cátedra ha servido para impulsar de una forma inequívoca la investigación y la docencia sobre Medicina de Familia en la Universidad Autónoma de Madrid. El apoyo decidido de los sucesivos equipos rectorales y decanales, la entrega de todos los docentes, profesores asociados, honorarios, y colaboradores clínicos, y la dirección del Profesor D. Ángel Otero, hizo el resto y consiguió lo que parecía casi imposible.

La creación en 2004 de la Cátedra UAM-Novartis de Medicina de Familia y Atención Primaria supuso un fuerte impulso para el desarrollo y consolidación de la Unidad Docente de Medicina de Familia, que ya existía desde 1986. Ello fue debido a la posibilidad de contar con recursos puestos a disposición de la Unidad, desde la propia cátedra de patrocinio, y que permitieron disponer de una plaza de Profesor Asociado y de apoyo a las labores de secretaria y coordinación entre alumnos y profesores en las nuevas actividades docentes.

En el convenio de creación de la cátedra se recogía explícitamente la participación de la misma en actividades de apoyo a la docencia de pregrado relacionadas con la Medicina de Familia y la Atención Primaria, en coordinación con la programación docente que realizaba la Unidad Docente Interdepartamental de Medicina de Familia y Atención Primaria. Asimismo, desde la Cátedra UAM-Novartis de Medicina de Familia y Atención Primaria se resaltó la importancia de que los médicos de familia se incorporaran a proyectos de investigación y realizaran tesis doctorales como paso imprescindible para la carrera universitaria. En este sentido se concedieron becas para proyectos de investigación y para tesis doctorales desarrolladas por médicos de familia pertenecientes a la Unidad Docente. Con éste mismo objetivo, junto con las otras cátedras de Medicina de Familia patrocinadas por Novartis (Universidad Autónoma de Barcelona y Universidad de Zaragoza), se convocaron en 2008, 2009, 2010, y 2011 premios a las mejores tesis presentadas por médicos de familia en toda España.

En una primera fase (Licenciatura en Medicina) se impartieron en la UAM diferentes materias relacionadas con la Atención Primaria y la Medicina de Familia: optativas (*Contacto precoz con el paciente en Atención Primaria*, *Medicina de Familia*) y obligatorias (rotación obligatoria de todos los alumnos de 6º curso por los centros de salud). Posteriormente, y ya en el Grado de Medicina, la Unidad Docente de Medicina de Familia colabora en impartir la asignatura obligatoria *Introducción a la Práctica Clínica* e imparte la también materia obligatoria, *Medicina de Familia*. Los alumnos han de rotar durante un mes en un centro de salud universitario, y pueden realizar también en el mismo su Trabajo Fin de Grado.

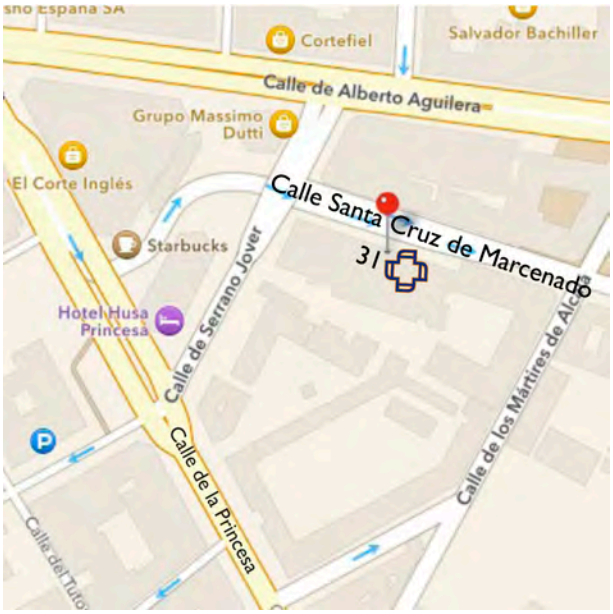
El objetivo de las instituciones docentes ha de ser formar los profesionales que la sociedad necesita, y una facultad de Medicina que no contemple la docencia sobre los aspectos generales de la Medicina mantendrá la no deseada separación entre la docencia y la asistencia.

CON FIRMA

"AMYTS, la casa común de todos"

Julián Ezquerra Gadea

Decía Friedrich Nietzsche, filósofo alemán, que "ser independiente es cosa de una pequeña minoría, es el privilegio de los fuertes". Y por fortuna, AMYTS es independiente.



El pasado 19 de diciembre, fruto de años de buena gestión, del esfuerzo de los asociados, y de una decisión estratégica, AMYTS adquirió en propiedad y como patrimonio de todos sus afiliados, una sede propia. Situada en un lugar inmejorable, hará de ella la nueva casa de todos los facultativos, esa casa que aspiramos a convertir en la CASA COMUN de todos los profesionales. Para completar el espacio necesario, y con el fin de dotarnos de una sede con unas instalaciones modernas y completas, también tomamos la decisión de alquilar una oficina colindante con la nuestra, de tal forma que todos los servicios para nuestros afiliados estén en la misma ubicación.

Por ello, estamos en condiciones de afirmar que, como bien nos definimos, no solo podemos decir que somos una Asociación Profesional Independiente, sino también demostrar nuestra independencia de la Administración. Nunca hemos sentido ningún tipo de atadura con una Administración que, en el ejercicio de nuestro derecho, nos cede un local para desarrollar nuestra actividad de defensa de los profesionales, ganada en las urnas. Pero además ahora podemos decir también que somos autosuficientes y por ello devolvemos el edificio que se nos cedió, acreditando que nuestros compañeros afiliados, con sus cuotas, son los que hacen posible mantener esta asociación y prestar todos los servicios necesarios para la defensa de nuestros intereses.

Aspiramos a seguir siendo la Asociación Profesional mayoritaria entre los Facultativos de Madrid, y así esperamos se refrende en las próximas elecciones sindicales. Eso nos dará más fuerza, más capacidad de representación, y hará que la Administración muestre más respeto hacia unos profesionales que lo dan todo por mantener el mejor Servicio Sanitario Público.
También me gustaría expresar un deseo que confío poder ver cumplido en los próximos tiempos. Cuando hablo de la casa común de todos los médicos, me refiero a que queremos ser el nexo de unión de todas las organizaciones que representan en sus diferentes aspectos a los profesionales. Sindicato, Sociedades Científicas, Colegios profesionales, estudiantes, etc., todos somos profesionales, y a todos ofrecemos nuestra sede como referente para reuniones, para organizar actos, para que en ella se sientan, y nunca mejor dicho, como en su casa.

Como decía Nietzsche, AMYTS ya es de esa minoría que tiene el privilegio de ser independiente. Una independencia que debe ser nuestra fuerza para poder desarrollar, con absoluta garantía, la defensa de nuestros profesionales allá donde trabajen, garantizando con ella las mejores condiciones y el mayor de los respetos.

AMYTS es y debe seguir siendo la **Casa de Todos.** Confío en ello, confío en la fuerza de nuestros profesionales, que con su vinculación con la Asociación contribuyen a hacernos cada día más fuertes, más independientes y referentes de la profesión. No me cansaré de repetir nuestro slogan, SOY MEDICO, SOY DE AMYTS. SOY FACULTATIVO, SOY DE AMYTS.

CON FIRMA

"El alma de la sanidad pública"

Rafael Jiménez Parras

Recientemente he sido sometido a una intervención quirúrgica, digamos que seria: Hemicolectomía derecha laparoscópica. Esto me ha dado dos motivos que me animan a enfrentarme a este folio en blanco:

- Por un lado estoy disponiendo de un tiempo para reflexionar y escribir. Tiempo del que los médicos no solemos disponer cuando atendemos consultas sobresaturadas en las que hay que sopesar y valorar cada minuto que dedicamos a la valoración del paciente, decidir que exploraciones son más pertinentes, posibilidades diagnósticas y....por último queda nuestra comunicación verbal con el paciente (no digo ya la empatía que sería lo deseable).
  Cuando empezamos a sufrir el estrés por el "gasto" del tiempo, hay que ir rebajando y, normalmente el "recorte" se aplica a este momento que nos gustaría poder dedicar a explicarles en que consiste el proceso que les preocupa, por qué vamos a hacerles las siguientes pruebas etc.
  Desde el punto de vista quirúrgico ocurre algo similar, te esfuerzas y pones todos tus sentidos en realizar el mejor trabajo posible, pero con los partes súper apretados descuidamos que haya familiares preocupados esperando unas palabras de ánimo o explicarles (varias veces suelen ser necesarias) que pautas deben seguir para la recuperación.

- Por otro lado he vivido como usuario nuestra sanidad pública. En este aspecto se puede resumir que es EXCELENTE. Algunos dirán que como facultativo del hospital y médico comprometido con los organismos de control, puedo estar enchufado (debo reconocer y agradecer que me han visitado "muuuchos" compañeros y todo el personal Directivo, incluido el Gerente), pero donde se nota esa EXCELENCIA es en el trato, cuidado, mimo y cariño empezando por el personal de limpieza, las auxiliares, administrativas, enfermeras y nuestros compañeros, digestólogos, patólogos, anestesistas y cirujanos... que han demostrado, no solo cumplir un protocolo correcto sino poner esa humanidad que "tanto consuela cuando no cura".

"Quiero explicar para que sirve un médico sindicalista. A veces sólo escuchar, orientar, o acompañar al médico con problemas personales-laborales. Otras encabezando, como punta de lanza, una iniciativa del conjunto de facultativos"

Es por esto por lo que quiero explicar (¿todavía hace falta?) para que sirve un médico sindicalista.

A lo largo de estos últimos 8 años, en los que he dedicado parcialmente mis horas a esta labor, hemos conformado una sección sindical con las puertas abiertas a los compañeros. Con Alicia Santana de tutora en este MIR sindical, he aprendido el arte complejo de la defensa del compañero.

Hemos formado un grupo, que aparcando nuestras diferencias políticas (no así nuestra rivalidad futbolera), hemos trabajado juntos en un objetivo común. A veces sólo escuchar, orientar, aconsejar o acompañar al médico con problemas personales-laborales (no pocas veces se ha llorado en nuestro despacho). Otras encabezando, como punta de lanza, una iniciativa del conjunto de facultativos contra una Dirección Médica anterior que distaba mucho de sintonizar con los anhelos laborales de los compañeros: trabajar en paz.

¡Es muy duro! Ya os lo digo yo. A veces defendemos cosas personales, otras colectivas: la precariedad de los eventuales, el incumplimiento de la Carrera Profesional....y otras del ámbito local ante unos directivos que cuando quieren interpretan las normas o los acuerdos "a su manera", (casi siempre en contra de los trabajadores).

¿Se puede dar situación más irreal o kafkiana que tras la recuperación oficial (publicada en el BOCM) del 5º moscoso, no nos descuenten estas horas de la jornada laboral, excusados en la falta de una instrucción exacta que diga que así hay que hacerlo? Y, ¡sin embargo!, ¿no aplicar dos instrucciones clarísimas sobre la "inhabilidad" de los días 24 y 31 de diciembre, aduciendo que en este caso lo que hay que cumplir es el decreto sobre jornada laboral?

Por esto quiero agradecer a los compañeros médicos que sean el ALMA de esta Sanidad Pública Excelente, aún con todas las dificultades por todos conocidas y pedirles que nos permitan poder seguir ayudándoles y defendiéndoles en las condiciones laborales para que no se deteriore ni un ápice esta Sanidad Pública.

CONTRAPORTADA

CONTRAPORTADA

Sanidad en los programas de los partidos políticos autonómicos

(2) Empleo médico, selección y provisión de plazas

Continuamos la serie iniciada el pasado mes de enero para las contraportadas de la REVISTA MADRILEÑA DE MEDICINA de los cuatro primeros números del año 2015. Ante las elecciones autonómicas del próximo mes de mayo, hemos solicitado a los partidos políticos con presencia (o expectativas de tenerla) -PP, PSOE, IU, UPyD, PODEMOS y CIUDADANOS- en la Asamblea de Madrid, su participación exponiendo los puntos fundamentales de sus programas electorales en lo correspondiente a la sanidad. Como se recordara, les pedimos que para cada uno de los números se ciñeran a los siguientes bloques temáticos:

1. DEFINICIÓN DEL SISTEMA SANITARIO Y DE SU FORMA DE GESTION.

2. EMPLEO MÉDICO, SELECCIÓN Y PROVISIÓN DE PLAZAS.

3. EL PAPEL DE LOS MÉDICOS EN EL SISTEMA SANITARIO.

4. OTROS ASUNTOS LABORALES.

Esta segunda entrega del mes de febrero, corresponde a "Empleo médico, selección y provisión de plazas", e incluye las siguientes preguntas:

- **¿Qué pasos se van a dar para facilitar el empleo de los médicos jõvenes?**
- **¿Van a desarrollar el sistema de selecciõn y provisiõn de plazas, tal y como ya han realizado otras CCAA?**
- **¿Qué criterios se van a seguir para determinar el tamaño adecuado de las plantillas de profesionales?**
- **¿Qué lugar van a tener en la ordenaciõn profesional los traslados y la movilidad interna de profesionales?**
- **¿Qué se va a hacer ante la irregularidad de los contratos eventuales?**

Estas son las respuestas:

PODEMOS

Sin respuesta

CIUDADANOS

Resulta imprescindible planificar una política de recursos humanos para el sector sanitario que tenga en cuenta los diversos niveles asistenciales, territoriales y de complejidad y especialidad asistencial, y que esté planificada y acordada con los profesionales del sector. Esta planificación debe incluir medidas incentivadoras suficientes para retener a los profesionales, tanto en el territorio como en el sector público, debiendo estar orientada a garantizar la suficiencia de los recursos humanos y su capacitación y cualificación, así como también la equidad territorial para una asistencia profesional cualificada.

¿Qué pasos se van a dar para facilitar el empleo de los médicos jõvenes?
El acceso de los médicos jóvenes es un elemento esencial para el mantenimiento y la viabilidad del sistema sanitario. Es prioritario evitar la fuga de profesionales formados y altamente cualificado fuera del sector o fuera del territorio. Ese acceso debe facilitarse a través de la planificación de convocatoria de formación MIR para las diversas especialidades acorde con las necesidades actuales y previsibles a corto y medio plazo.
Para retener talento y conocimiento, es básico mejorar las condiciones económicas, laborales y de promoción profesional para los médicos jóvenes que representan el futuro del sistema sanitario.

¿Van a desarrollar el sistema de selecciõn y provisiõn de plazas, tal y como ya han realizado otras CCAA?
Debe garantizase el acceso al sistema sanitario atendiendo a los principios de mérito y de capacidad, siempre acordes a las competencias, habilidades y experiencia requerida para el desempeño de esos puestos en concreto. En cualquier caso, es requisito previo un diseño y planificación adecuada de las necesidades mediante la elaboración de planes de recursos humanos tanto generales como individualizados por centros y niveles asistenciales.

¿Qué criterios se van a seguir para determinar el tamaño adecuado de las plantillas de profesionales?
El diseño de las plantillas debe atenerse a los ratios internacionalmente aceptados en relación a la población de referencia y a los requerimientos asistenciales estadísticamente recogidos, sin olvidar los nuevos requerimientos derivados de la implementación de nuevas técnicas y tecnologías. Hay que realizar una planificación atendiendo a criterios técnicos y objetivos, y no a criterios de oportunidad.

¿Qué lugar van a tener en la ordenaciôn profesional los traslados y la movilidad interna de profesionales?
La movilidad de los profesionales es un elemento favorecedor para la mejora de la coordinación y colaboración entre los diversos niveles asistenciales y territoriales, al mismo tiempo que permite incrementar el acceso de los profesionales más jóvenes al sistema sanitario. Para facilitar y conseguir esa movilidad es imprescindible una coordinación y competencia estatal básica sobre las políticas de recursos humanos y, además, una política retributiva, de competencias y de promoción profesional equitativa y coordinada para los profesionales.

¿Qué se va a hacer ante la irregularidad de los contratos eventuales?
Las situaciones irregulares, sean contractuales o de cualquier otro tipo, no admiten otra cosa que su inmediata regularización acorde con la legalidad, ya sea laboral o administrativa.

UNIÓN PROGRESO Y DEMOCRACIA

¿Qué pasos se van a dar para facilitar el empleo de los médicos jóvenes?
La migración de médicos y el desempleo suponen una lamentable pérdida de recursos para nuestro sistema sanitario. Creemos que es necesario realizar un estudio detallado de la situación para preveer necesidades futuras. Se debe frenar la creación de nuevas facultades de medicina innecesarias. Esperamos que la puesta en marcha del registro de profesionales sanitarios no se demore más, pues han pasado años desde que se anunció la medida.

¿Van a desarrollar el sistema de selección y provisión de plazas, tal y como ya han realizado otras CCAA?
Lo primero es publicar las plantillas presupuestarias, algo que la consejería no quiere hacer. Sí creemos que es necesario desarrollar sistemas de selección y provisión de plazas basados en criterios de transparencia que permita el acceso al sistema sanitario de los profesionales según méritos y capacidades acreditados.

¿Qué criterios se van a seguir para determinar el tamaño adecuado de las plantillas de profesionales?
Criterios técnicos teniendo en cuenta la actividad y la demanda asistenciales, así como la complejidad.

¿Qué lugar van a tener en la ordenación profesional los traslados y la movilidad interna de profesionales?
En UPyD pensamos que la movilidad es un elemento imprescindible para el desarrollo profesional de los sanitarios pues les permite conocer entornos de trabajo distintos, contribuyendo a su desarrollo y formación.
No sólo hay que promover la movilidad ente centros, sino que se hace necesario facilitar la movilidad de profesionales también entre distintas comunidades autónomas.
No nos gusta el modelo en el que un médico nace, crece, a veces hasta se reproduce y muere, profesionalmente hablando, en el mismo servicio.

¿Qué se va a hacer ante la irregularidad de los contratos eventuales?
Los contratos eventuales no deben servir para suplir plazas estructurales. Suponen una herramienta de gestión que se ha distorsionado y utilizado mal. Según acuerdos de 2007 entre la administración y los sindicatos, se debería considerar que todo eventual de más de dos años de duración ocupa una plaza estructural y debería crearse una interinidad.

IZQUIERDA UNIDA

Sin respuesta

PARTIDO SOCIALISTA DE MADRID (PSOE)

Comentario inicial.

En relación con la política de personal sanitario, **la Moción que presen-tamos en octubre de 2014** pasado en la Asamblea proponíamos textualmente:

"Cuidar a los profesionales de la sanidad pública, creando un clima laboral cooperativo en base a los valores de la profesionalidad, a la ética de servicio público, y a la lealtad compartida con la misión del sistema público de salud; impulsando una política de personal que promueva la estabilidad laboral, la conciliación familiar, la participación y el respeto, el reconocimiento al mérito, transparencia en las decisiones, y oportunidades de desarrollo profesional."

Es un texto conciso, en el que pueden faltar muchas cosas, pero en el que todas las que están han sido puestas muy a conciencia, para ser cumplidas.

Este párrafo, es toda una declaración-compromiso formal de intenciones. Responde a un análisis de los problemas existentes, con la sensibilidad de una visión que tiene en cuenta las mejores experiencias de buen gobierno de la sanidad, españolas y de otros sistemas sanitarios.

La experiencia internacional y la buena literatura científica de gestión de organizaciones profesionales complejas nos aconseja modelos de autonomía responsable de los grupos profesionales, con acuerdos de objetivos de actividad y calidad, con evaluación de resultados y rendición de cuentas a la sociedad; y también con una creciente y amplia dosis de autonomía para organizarse y funcionar. Para conseguir un modelo orientado a calidad y resultados, y no a control de recursos y procedimientos, es necesario revitalizar la alianza entre sociedad-pacientes, políticos, gestores y profesionales; y un componente esencial es limitar los conflictos de interés, tanto los comerciales (suministradores y práctica privada) como los políticos o partidarios. Creemos que el buen profesionalismo está claramente alineado con la sostenibilidad y calidad de los sistemas públicos de salud.

¿Qué pasos se van a dar para facilitar el empleo de los médicos jóvenes?
Dotaremos a la sanidad de Madrid de todos los médicos que ésta precise para atender dignamente a los pacientes. La pirámide de edad de la demografía médica apunta a que habrá más oportunidades de empleo para médicos jóvenes. Dentro de nuestros compromisos de transparencia, la información sobre efectivos y plantillas pasará de ser 'secreto de estado' a estar disponible en internet, y haremos estudios prospectivos para poder planificar y de paso para que los médicos jóvenes tengan una idea sobre posibilidades de empleo presente y futuro en la sanidad pública de Madrid.

¿Van a desarrollar el sistema de selección y provisión de plazas, tal y como ya han realizado otras CCAA?
Nuestro compromiso en relación a este tema es doble: (1) actuar siempre en interés de los pacientes, cubriendo bien los servicios y evitándoles discontinuidad y cambios innecesarios en sus médicos; (2) tratar bien a nuestro médicos, en concreto: evitar al máximo situaciones de interinidad y eventualidad, favoreciendo la estabilidad laboral. Con estos objetivos abordaremos reformas. Para ello buscaremos fórmulas y apoyos que nos permitan hacer posible lo necesario.

¿Qué criterios se van a seguir para determinar el tamaño adecuado de las plantillas de profesionales?
Lo primero es partir de los datos de la realidad actual de plantillas, actividad, demanda no atendida, etc. A partir de conocer, analizar, y hacer públicos estos datos, seguro que salen conclusiones útiles a tener en cuenta para adecuar efectivos a necesidades.

En todo caso, y ante la debilidad de estándares teóricos de dotación, el método de la necesidad comparada nos puede ayudar: identificar en nuestro contexto y ajustado a nuestra demografía general y sanitaria, donde tenemos mayor variabilidad, y cuáles de las deficiencias son mayores e inaceptables, y deben ser corregidas.

¿Qué lugar van a tener en la ordenación profesional los traslados y la movilidad interna de profesionales?
Sobre este tema y otros esperaremos a contar con las ideas de un Informe sobre Política de Personal Médico para la Comunidad de Madrid que nos proponemos encargar nada más llegar al gobierno [y que también de haremos sobre otras profesiones]. Las propuestas que salgan sobre este tema las someteremos a debate público y, obviamente a negociación sindical.
No obstante anticipo que habrá que buscar formas de resolver el dilema de cómo combinar los modelos de empleo por cuerpos y escalas inherentes a la función pública, y la necesidad de ajustar las necesidades de los puestos de trabajo concretos, las tecnologías y subespecialidades a desarrollar y las necesidades de los grupos y tipos de pacientes a atender. Hay muchas experiencias europeas donde han encontrado modelos que combinan sistemas estatutarios y funcionariales de altísima seguridad y calidad de empleo, con una enorme adaptabilidad y rapidez de cobertura al puesto de trabajo. Este será un tema central de diálogo con los profesionales.

¿Qué se va a hacer ante la irregularidad de los contratos eventuales?
Lo que había que haber hecho desde el principio: acabar con ellos.

PARTIDO POPULAR

¿Qué pasos se van a dar para facilitar el empleo de los médicos jóvenes?
Seguiremos mejorando las capacidades de la Sanidad Pública Madrileña de forma que en ella encuentren un futuro profesional los médicos jóvenes cuya formación les haga acreedores de un puesto en la misma.

¿Van a desarrollar el sistema de selección y provisión de plazas, tal y como ya han realizado otras CCAA?
La Sanidad Pública Madrileña es pionera en la implementación de innovaciones en el ámbito de los recursos humanos y tiene la voluntad de permanecer en la vanguardia de este aspecto tan esencial para el correcto funcionamiento de la institución.

¿Qué criterios se van a seguir para determinar el tamaño adecuado de las plantillas de profesionales?
El dimensionamiento de las plantillas se realiza y se seguirá realizando en función de las necesidades asistenciales de la ciudadanía como guía fundamental y siempre con la ambición de ofrecer más y mejores servicios a la ciudadanía.

¿Qué lugar van a tener en la ordenación profesional los traslados y la movilidad interna de profesionales?
Como se ha acreditado a través de las demandas de los profesionales vehiculadas por los planes estratégicos de las diferentes especialidades, la movilidad profesional es una cuestión básica para los médicos de la Sanidad Pública madrileña y la consejería es sensible a esa inquietud como no puede ser de otra forma.

¿Qué se va a hacer ante la irregularidad de los contratos eventuales?
El enunciado de la pregunta permite varias interpretaciones. Si asumimos que hace referencia a la diversidad existente en la contratación eventual, cabe resaltar que la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid está implementando desde hace meses un plan para homogeneizar y estabilizar la contratación eventual en la institución y va a seguir avanzando en esa dirección hasta conseguir una plantilla eventual racional en la que los profesionales puedan percibir la estabilidad que necesitan para el desarrollo de las funciones que se les encomienden.

Revista Madrileña de MEDICINA de AMYTS Asociación de Médicos y Titulados Superiores de Madrid

Revista Madrileña de Medicina, publicación de la Asociación de Médicos y Titulados Superiores de Madrid (AMYTS). Calle Santa Cruz del Marcenado 31. 28015 Madrid. Consejo de Redacción: Daniel Bernabeu, Cristobal López-Cortijo, Julián Ezquerra, Gabriel del Pozo, Ángela Hernández, Ana Giménez, Belén Catalán y Andrés Castillejo. Director Médico: Miguel Ángel García Pérez. Director Periodista: Pablo Martínez Segura. Realización y diseño: Gabinete de Comunicación de AMYTS. ISSN: 2340-4302.

Esta revista incluye un servicio informativo que recoge noticias de interés para médicos y titulados superiores. Dichas informaciones no reflejan necesariamente la opinión de AMYTS salvo cuando así se indique.

Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 3.0 Unported.