



SINDICATO DE TÉCNICOS DE ENFERMERÍA

DOSSIER DE PRENSA

Revista de Prensa: Índice

	Medio	Fecha	Orden	Titular	Pág.
SANIDAD, SECTOR					
1.	ABC	27/03/2012	HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD; SANIDAD, SECTOR	Defensa enviará a reservistas médicos a misiones exteriores	4
2.	EL PAIS	27/03/2012	POLITICA SANITARIA; SANIDAD, SECTOR	Los servicios sociales de cuatro comunidades son "lamentables"	5
3.	EL PAIS	27/03/2012	SANIDAD, SECTOR	Detectado en Fuenlabrada el mayor brote de leishmaniasis en humanos	6
4.	EL PERIODICO DE CATALUNYA	27/03/2012	POLITICA SANITARIA; SANIDAD, SECTOR	La reforma sanitaria de Obama se juega la vida en el Supremo	7
5.	LA RAZON	27/03/2012	SANIDAD, SECTOR	El Supremo debate la ley sanitaria	8
HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD					
6.	DIARI DE TARRAGONA	24/03/2012	HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD	Salut prevé los mismos refuerzos sanitarios de 2011 para este verano	10
7.	DIARIO DE NAVARRA	27/03/2012	HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD	Navarra establece servicios mínimos para el 29-M	11
8.	EL PUNT AVUI	27/03/2012	HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD	Sindicats i govern pacten a Catalunya els serveis mínims	13
9.	HERALDO DE ARAGON	27/03/2012	HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD	Qujas por la dificultad de la prueba entre los 4.347 aspirantes a 552 plazas de refuerzo	14
POLITICA SANITARIA					
10.	DIARIO MEDICO	27/03/2012	POLITICA SANITARIA	En 2013 habrá OPE en la Comunidad Valenciana	16
11.	LA VOZ DE GALICIA	27/03/2012	POLITICA SANITARIA	El Sergas dará más autonomía y capacidad de gestión al personal	18

SANIDAD, SECTOR



GÓMEZ ULLA

Defensa enviará a reservistas médicos a misiones exteriores

Ante la situación «acuciante» de falta de médicos en las Fuerzas Armadas, el Ministerio de Defensa implantará nuevas fórmulas de acceso de médicos al Cuerpo Militar de Sanidad y potenciará la figura de los reservistas médicos voluntarios para que estos puedan participar en las misiones en el exterior. Este plan se conoció ayer durante el balance del primer año del Gómez Ulla en la red sanitaria madrileña..

Los servicios sociales de cuatro comunidades son "lamentables"

Un estudio de los gerentes suspende a Valencia, Canarias, Madrid y Baleares

CARMEN MORÁN
Madrid

En plena crisis económica, los servicios sociales españoles, a los que acuden alrededor de ocho millones de usuarios (un 39% más que en años previos a la recesión), muestran una gran debilidad y una tendencia a empeorar. Cuatro comunidades, la valenciana, Canarias, Madrid y Baleares, obtienen un sonoro suspenso, "lo que las sitúa no solo a la cola de España, sino a la cola de Europa, cuya media está unos cinco puntos por encima del gasto español en relación con el PIB. Es lamentable", aseguró el presidente de la Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales, José Manuel Ramírez. Por el contrario, aunque ninguna región alcanza notas altas ni mucho menos de excelencia, Castilla y León, País Vasco, Navarra y La Rioja obtienen un nivel medio "aceptable" y con tendencia a superarse.

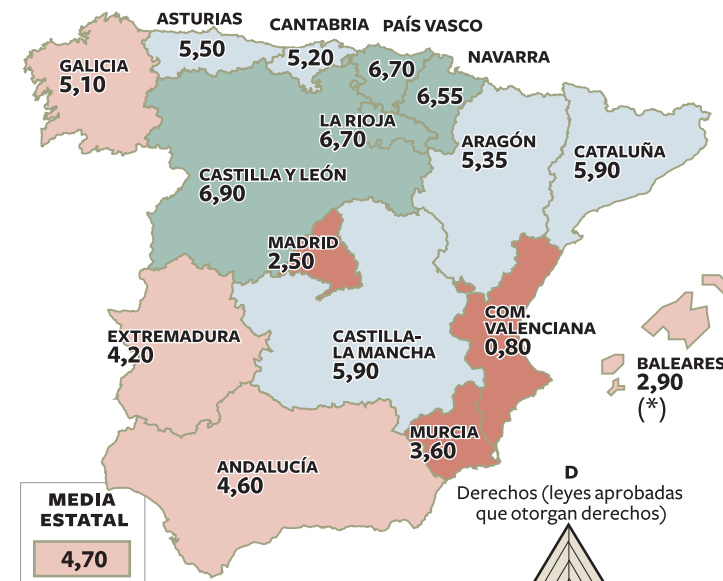
"En esta situación de necesidad social es inadmisibles que servicios tan básicos no lleguen por igual a unos ciudadanos que a otros en función de la comunidad en la que vivan", señaló Ramírez en la presentación de este nuevo índice, que permite comparar resultados entre comunidades. Lo han llamado índice DEC (derechos de los ciudadanos regulados por ley, esfuerzo económico y cobertura de servicios).

Para la elaboración de este informe se han manejado más de 20 indicadores, todos ellos obtenidos de fuentes oficiales, bien sea el Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales, el INE o Hacienda. Y los datos se han enviado a todas las comunidades, 11 de las cuales han participado activamente en el proceso, mientras que cuatro no han contestado a los requerimientos de la asociación, Extremadura, Cantabria, Baleares y Aragón, lo que no quiere decir que no haya datos oficiales sobre ellas. "Las variables económicas que hemos tenido en

Los servicios sociales a examen

ÍNDICE DE DESARROLLO POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Medio Medio bajo Débil Irrelevante

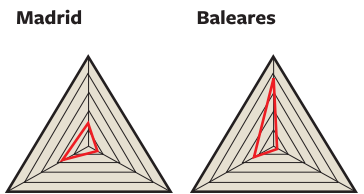
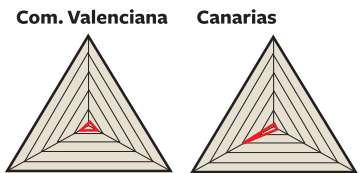


(*) Baleares obtiene nota baja pero alcanza la excelencia en derechos reconocidos, de ahí su calificación como débil.

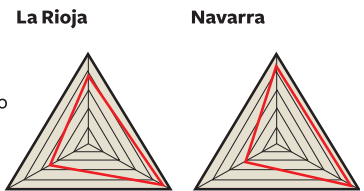
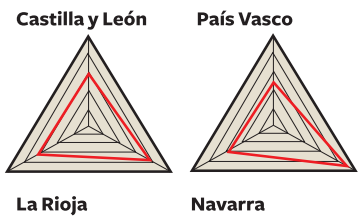
Fuente: Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (datos de 2009, 2010 y 2011)

PEORES CALIFICACIONES

Mejor nota cuanto más se abre el triángulo rojo hacia los vértices



MEJORES CALIFICACIONES



"No basta el esfuerzo económico, se requiere también una gestión eficaz"

cuenta demuestran dos cosas: que la deuda o el déficit que pueden tener algunas comunidades no es achacable de ningún modo a su gasto social, véase Valencia, por ejemplo; y dos, que una alta inversión en esta materia no garantiza resultados eficientes si ese esfuerzo económico no viene acompañado de la gestión correcta: es el caso de Extremadura, que no tiene una buena integración de todos sus servicios socia-

les y eso duplica esfuerzos y gasto", afirmó Gustavo García Herrero, miembro de la asociación y coautor del informe. Herrero también advirtió que el indicador muestra una tendencia, una trayectoria política y de gestión, por tanto, ni los éxitos ni los fracasos son imputables a los actuales Gobiernos regionales, sino que la fotografía señala el camino recorrido en los últimos años.

En cuanto a la cobertura de los servicios sociales (apartado al que se otorga un 5 sobre 10 al efectuar las calificaciones), se han conjugado numerosas variables, como el desarrollo de la ley de dependencia, las rentas mínimas de inserción que reciben los ciudadanos más pobres, las plazas de residencia disponibles, la

ayuda a domicilio y su intensidad horaria, acogimientos familiares para menores en desamparo, plazas de acogida para mujeres maltratadas y en albergues para personas sin hogar. "El trabajo para recopilar estos datos ha sido casi detectivesco, a ver si ahora, con la ley de transparencia se obliga, y se penaliza si ello es posible, a las comunidades que no hacen públicos sus datos", ha reclamado García Herrero.

Los responsables de la asociación han exigido una regulación "urgente" de las condiciones básicas que garanticen a los ciudadanos la igualdad en sus derechos a la protección social para "corregir las situaciones de inequidad" en todo el territorio, "máxime en tiempos de crisis".

Detectado en Fuenlabrada el mayor brote de leishmaniasis en humanos

Ha habido más de cien casos y decenas de ingresos desde 2010 por esta enfermedad habitual en perros ● Profesionales denuncian que la información ha sido escasa

ELENA G. SEVILLANO
Madrid

La leishmaniasis, una enfermedad parasitaria, es bien conocida por los dueños de perros, que hasta hace no mucho debían sacrificarlos si la contraían. Más raro es haber oído de la leishmaniasis en humanos y, todavía más, conocer a alguien que la haya padecido. La enfermedad tiene una incidencia anual de unos dos millones de casos en todo el mundo, sobre todo en África, el subcontinente indio y América Latina. En España también es endémica, como en otros países de la cuenca mediterránea, pero tradicionalmente solo venían registrándose algunas decenas de casos cada año. Ahora, sin embargo, Madrid se enfrenta al que según los expertos es el mayor brote registrado en España. La zona norte de Fuenlabrada, municipio al sur de la capital, lleva más de un centenar de casos en los últimos dos años.

En la Comunidad de Madrid se declararon 108 casos en 2010 y 118 más en 2011, cuando según datos del boletín epidemiológico regional tanto en 2008 como en 2009 el recuento fue de 15. La leishmaniasis se transmite por la picadura de un insecto que alberga el parásito (protozoos del género *Leishmania*): la hembra del flebotomo, más pequeño que un mosquito y que no emite zumbido al volar. La actividad

del insecto va de mayo a octubre, y el periodo de incubación es muy largo, de dos a seis meses. Hay dos tipos de enfermedad, la cutánea, más leve, y la visceral, que es mortal si no se trata. La segunda afecta a varios órganos, entre ellos el hígado y el bazo. Si se atiende a tiempo al paciente, y si este no está inmunodeprimido, no presenta complicaciones.

Solo en 2010, y según datos de la Consejería de Sanidad, 62 afectados tuvieron que ser hospitalizados. El brote de leishmaniasis está muy concentrado en la zona noroeste del centro urbano de Fuenlabrada, limítrofe con el término municipal de Leganés. La mayoría de los afectados viven en el área o la frecuentan. Un informe de seguimiento del brote al que ha tenido acceso EL PAÍS, de mayo del año pasado, registraba 69 casos de la enfermedad que habían iniciado los síntomas a partir de febrero de 2010 en la zona de Fuenlabrada. De ellos, 40 presentaban cuadro de leishmaniasis visceral y 29 tenían lesiones cutáneas. Se trataba de 41 hombres y 29 mujeres, con edades comprendidas entre los seis meses y los 95 años. Prácticamente todos, 64, residían en Fuenlabrada. Más de la mitad (55%) requirieron ingreso hospitalario pero, en la fecha del informe, la evolución había sido favorable y ya no quedaba ningún paciente ingresado.

Evitar la picadura

► Para evitar la enfermedad, hay que evitar la picadura del insecto: usar ropa de **manga larga, repelentes** y no pasar mucho tiempo en zonas boscosas de **noche**.

► El flebotomo es un **mosquito pequeño**, de color amarillento, con el cuerpo peludo. Su vuelo es silencioso. Su hábitat más frecuente son las madrigueras, las cuevas, oquedades en los árboles, vertederos y alcantarillas.

► La leishmaniasis cutánea produce **lesiones en la piel** de brazos, piernas, cara... Puede afectar a las mucosas. La visceral ataca al **hígado**, el **bazo** y la **médula ósea** y sin tratamiento puede ser mortal.

Las cifras han crecido desde entonces. En los meses de febrero y marzo se ha producido un nuevo repunte de casos de leishmaniasis visceral —varios de ellos permanecen ingresados en este momento— y cutánea, y los pacientes registrados a 27 de febrero pasado son ya 228, según datos publicados por el Grupo de Enfermedades Infecciosas de la Sociedad Madrileña de Familia y Comunitaria (Socmamfyc).

La Consejería de Sanidad está tratando de averiguar el porqué de esa acumulación de casos en la zona de la antigua área de salud pública 9, que comprende el hospital de Fuenlabrada y siete centros de salud. Las sospechas se centran en el parque de Polvoranca y el Bosquesur. El Ayuntamiento de Fuenlabrada asegura que, a instancias de la Comunidad de Madrid, ha intensificado las labores de desinsectación y desbroce habituales en las zonas verdes del municipio, con especial hincapié en Bosquesur. En Leganés se ha desecado alguna laguna estacional del parque de Polvoranca.

La acumulación de casos en el sur de Madrid es la mayor conocida en España

Los técnicos de salud pública están estudiando los posibles reservorios (animales que son portadores, a veces asintomáticos, del parásito): perros, gatos e incluso liebres, conejos y ratas, de las que ha atrapado varios ejemplares para analizarlos. También se han instalado en distintos puntos de Bosquesur trampas de rictus (adhesivas) y otras de luz (por la noche) para atrapar flebotomos y analizar si están infectados por el protozoo. La habitual

vigilancia de leishmaniasis en perros también se ha reforzado en los últimos meses en los municipios afectados.

Varios expertos consultados por EL PAÍS han criticado la actuación de la Comunidad de Madrid, a la que acusan de no haber alertado a la población de la existencia del brote. A preguntas de este periódico, la directora general de Ordenación e Inspección de la Consejería de Sanidad, Paloma Martín, negó la falta de información. Aseguró que, entre otras cosas, se han repartido 14.000 folletos informativos. La publicación —editada por la consejería y el Colegio de Veterinarios— ofrece información general sobre la leishmaniasis y está dirigida especialmente a los dueños de perros. De hecho, no incluye recomendaciones para que los humanos eviten las picaduras.

Martín aseguró que las “variadas actuaciones” puestas en marcha por la Consejería de Sanidad han dado “frutos”, ya que, según sus datos, si en enero de 2011 se registraron 30 casos, en enero pasado solo se contó uno. Martín solo admitió un “repunte de casos” y sugirió que si en Madrid se han registrado más que en otras comunidades puede ser porque “no tienen datos”. Su departamento no facilitó boletines epidemiológicos actualizados con información sobre casos de leishmaniasis.

Profesionales tanto de atención primaria como de especializada se han quejado de que la información llegó tarde y de la falta de directrices de actuación. El brote ha coincidido con la reestructuración de la atención primaria en Madrid, ya que las áreas de salud han pasado de 11 a 7. El Instituto de Salud Carlos III organiza estos días un simposio internacional sobre brotes de leishmaniasis visceral en el que hoy está previsto analizar el de Fuenlabrada.



AP / JACQUELYN MARTIN

► Un grupo de cristianos se pone de rodillas a rezar frente al Tribunal Supremo de EEUU, en Washington, ayer.

BATALLA LEGAL DE UNA LEY CONTROVERTIDA

La reforma sanitaria de Obama se juega la vida en el Supremo

► El alto tribunal de EEUU dirime el mayor logro del presidente en año electoral

► La duda radica en la constitucionalidad de obligar a adquirir un seguro individual

II DOYA NOAIN
NUEVA YORK

Desde que decidió llevar a George Bush y no a Al Gore hasta la Casa Blanca, el Tribunal Supremo de Estados Unidos no había tenido tanta influencia directa en la política estadounidense como hasta ahora. Los nueve miembros del alto tribunal empezaron ayer tres jornadas de vistas (un maratón de seis horas, sin precedentes en más de 40 años) para estudiar la constitucionalidad de varias de las provisiones de la reforma sanitaria que Barack Obama firmó el 23 de marzo del 2010. Y su decisión, que no se espera hasta finales de junio, marcará no solo la campaña electoral de las presidenciales y el futuro y el legado de Obama, sino que puede determinar también el alcance del poder del Congreso.

La principal provisión de la reforma y del reto legal que han planteado 26 estados y grupos privados que la rechazan es el mandato indi-

vidual que la ley impone para que prácticamente todos los ciudadanos adquieran un seguro médico o paguen multas. Ese mandato entra en vigor en el 2014 y las primeras multas deberían pagarse, según ingresos, con los impuestos del 2015.

RECHAZO POPULAR // Esas fechas y esa fórmula no son baladís. Los ciudadanos no han empezado a ver y sentir aún los efectos de la reforma, que sobre el papel mejora su acceso a la sanidad y pone limitaciones a los abusos que históricamente han cometido las aseguradoras, como rechazar a clientes con problemas médicos o subir indiscriminadamente los precios de las pólizas. Y eso explica, al menos en parte, el rechazo mayoritario a la ley que siguen mostrando las encuestas: en la última de *The New York Times*, el 47% de los estadounidenses se oponen y solo el 36% la aprueba; en una reciente de *The Washington Post*, el porcentaje de rechazo sube hasta el 52%.

El hecho de que el pago de las primeras multas no esté previsto hasta el 2015, además, abre una vía para que el Supremo rechazara opinar hasta entonces sobre el caso, pues una ley de 1867 impide retar legalmente un impuesto hasta que este se ha pagado. Pero ni los opositores a la ley ni la Administración quieren esperar, y tampoco parece quererlo hacer el Supremo, con cinco jueces conservadores nombrados por presidentes republicanos y cuatro progresistas elegidos por demócratas.

claves

1 LA OBLIGATORIEDAD
La reforma sanitaria obliga a cada individuo a adquirir un seguro médico a partir del 2014 si no lo suministra la empresa. De lo contrario, deberá pagar una multa. También prohíbe a las aseguradoras rechazar a nadie, cobrar precios más caros o denegar servicios por su enfermedad.

2 INSEPARABLE
Tanto el Gobierno como los detractores de la ley argumentan que si se anula el mandato se tienen que cancelar otras provisiones, como la que obliga a las aseguradoras a aceptar a cualquiera sin importar su estado de salud. Un tribunal inferior dijo que eran independientes.

3 MEDICAID
La ley amplió los parámetros de elegibilidad y cobertura en el programa público de sanidad para los más pobres, mujeres y niños. Si los estados, que pagan el 50%, no quieren participar deben abandonar todo el programa, no solo la parte ampliada.

Ha sido precisamente la Administración de Obama, que enmarca la reforma sanitaria como solución a un problema acuciante de naturaleza económica, quien ha impulsado la batalla en el alto tribunal. Y es que el presidente, que se opuso al mandato individual en su duelo con Hillary Clinton, ha decidido pasar a la ofensiva tras casi dos años defendiéndose de los ataques furibundos a la ley de los republicanos y del Tea Party, que basaron en esos ataques parte de su triunfo en las legislativas de noviembre del 2010. Incluso ha empezado a usar con orgullo el término *Obamacare*, que peyorativamente los conservadores usaban para definir la ley.

Cuando el Supremo dicte su decisión en junio, decidirá también si el mandato puede ser anulado de forma quirúrgica o si es inseparable de otras provisiones de la ley. Decretará además si el Congreso tiene autoridad para imponer a los estados cambios que amplían el acceso y la cobertura en el programa de ayuda sanitaria a los más pobres. Pondrá así sobre la mesa asuntos clave sobre el poder y la autoridad del Gobierno federal y el Congreso, y lo hará en un año electoral, en que los republicanos, aún en busca de candidato, han hecho de la limitación del poder de Washington caballo de batalla.

El reto para Mitt Romney, favorito para medirse a Obama, es que firmó cuando gobernaba Massachusetts una reforma sanitaria que sirvió de inspiración a la federal. ≡

El Supremo debate la ley sanitaria de Obama

El alto tribunal se pronunciará en junio sobre su constitucionalidad

Marta Torres

NUEVAYORK- Conocida como la «Obama Care» (Cuidado de Obama, en inglés), la batalla por la reforma sanitaria, aprobada en 2010, todavía continúa. A pesar de las peleas entre los representantes del Congreso y la aprobación «in extremis» con negociaciones de último minuto, los republicanos han hecho lo imposible por buscar cómo derogar esta ley, y ayer empezó ante el Tribunal Supremo la sesión, que se prolongará durante tres días sobre la constitucionalidad de la misma.

Inmediatamente después de su aprobación hace dos años, 26

estados interpusieron demandas ante la misma corte contra el requisito de la norma que obligará a todos los estadounidenses a contratar un seguro médico en 2014 o pagar una multa si deciden no hacerlo. Los críticos se han agarrado al argumento de que vulnera las libertades civiles.

Los nueve jueces del Supremo, cinco nombrados por presidentes republicanos y cuatro por demócratas, decidirán sobre el futuro de la reforma sanitaria de Obama a finales de junio. Justo cuando el presidente y el candidato republicano estén en plena campaña.

Ayer los jueces se concentraron en si tienen el poder para decidir



Varios miembros del Tea Party protestan contra la reforma sanitaria, ayer, frente a las puertas del Tribunal Supremo

ante este caso. Hoy tendrán que escuchar los argumentos sobre la constitucionalidad de la reforma. Los 26 estados que han llevado este caso ante el Supremo argumentan que el Gobierno no debe tener poder para obligar a los ciudadanos a comprar un seguro sanitario. Los críticos han indicado que sería como forzar a las personas a comer brócoli o comprar sólo coches nacionales.

EL DATO
26
estados
han presentado un recurso en contra de la ley sanitaria, aprobada «in extremis» en 2010.

En cambio, los defensores argumentarán que los estadounidenses que no tienen seguro médico obligan al resto de los contribuyentes a costear sus facturas, los cuales deben correr con los gastos de las visitas a urgencias. Generalmente, las personas que no tienen seguro entran a los hospitales por la puerta de emergencias, a pesar de que no sufran dolencias graves. Pero lo hacen porque por ley los

médicos no se pueden negar a tratarlos aunque no tengan suficiente dinero para pagar las facturas. En este tipo de casos, los enfermos son atendidos por estudiantes, ya que los centros prefieren que los médicos asistan a las personas que sí tienen seguro. Mañana se tratará sobre el futuro del resto de la ley si se declarara inconstitucional la parte que obliga a comprar un seguro y si el Congreso hizo cargar con toda la responsabilidad a los estados con la expansión del programa de Medicaid.

HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD



SANIDAD ■ LAS CIFRAS ESTÁN SUPEDITADAS A LA DISPOSICIÓN PRESUPUESTARIA PARA ESTE AÑO

Salut prevé los mismos refuerzos sanitarios de 2011 para este verano

37 médicos, unas 30 enfermeras y 26 administrativos son las cifras que baraja el Departament para la Costa Daurada

POR JORDI CABRÉ

El director de los Serveis Territorials de Salut en Tarragona, Josep Mercadé, explicaba ayer que todavía no están definidos los refuerzos de personal que deben cubrir el incremento de población turística en la Costa Daurada este próximo verano. Mercadé dijo que «la previsión que tenemos en el Departament, a la espera de conocer el presupuesto, es mantener la misma cantidad de personal que 2011 con pocas variaciones. Estimamos que habrá una demanda sanitaria en la Costa Daurada parecida a este pasado verano y esta es la previsión inicial que tenemos presente a día de hoy».

En cifras, Salut contempla reforzar diez centros sanitarios: el Hospital de El Vendrell y los CAPs de Coma-ruga, Calafell, Roda de Barà (en la zona de playa), Torredembarra, La Pineda, Salou, Cambrils, Miami Platja i L'Hospitalet. Sumando todo el personal de refuerzo previsto en los meses fuertes, se trata de 78 personas 'nuevas' entre médicos, enfermeras y auxiliares administrativos.

El Departament de Salut, en función de la población flotante distribuye esta plantilla, siendo las poblaciones más importantes (Salou por ejemplo) las que recibirán más personal temporal



■ Mas saludando a una de las doctoras del CAR. El presidente visitó el nuevo equipamiento. FOTO: ALBA MARINÉ

LA SANIDAD PÚBLICA EN EL CENTRO DE LA COSTA DAURADA

Cambrils

Plantilla: **66**
Inauguración: abril de 2010
Gestionado por: Sagessa
Área geográfica: Cambrils, Miami, Mont-roig, Vandellòs i l'Hosp.

para cubrir el incremento de demanda sanitaria.

Círculo cerrado

Por otra parte Josep Mercadé también habló del nuevo CAR de Vila-seca. «Con este equipamiento abierto ya ofrecemos un

Salou

Plantilla: **56**
Inauguración: agosto de 2010
Gestionado por: Inst. Cat. Salut
Área geográfica: Salou

servicio sanitario de primer nivel en toda la zona sur de Tarragona y dotamos las ciudades turísticas de servicios capaces de asumir la población residente y la flotante de los meses de calor». El director de los Serveis Territorials admitió que «para

Vila-seca

Plantilla: **49**
Inauguración: marzo de 2012
Gestionado por: Santa Tecla
Área geográfica: Vila-seca y La Pineda

completar sólo faltaría el CAR de Torredembarra». De hecho, Departament y Ayuntamiento están dialogando para impulsar este nuevo centro sanitario de la ciudad más importante de la zona del Baix Gaià. De momento el plan funcional de salud, ob-

EL NUEVO CENTRO

La nueva joya de Vila-seca

Todo empezó en julio de 2006 y finalizó ayer de forma institucional. Hace casi seis años el Ayuntamiento de Vila-seca y la Generalitat rubricaron un acuerdo mediante el cual la ciudad avanzaría dinero, ponía los terrenos para el equipamiento y a cambio, el Govern se comprometía a impulsar el nuevo centro de salud de alta resolución (CAR) y a devolver parte de la inversión pública (que le corresponde por competencia) en 8 años.

Así, en el segundo trimestre de 2009 empezaron las obras en una parcela de casi 5.000 metros cuadrados ubicados en el centro de la ciudad, muy cerca de la Residència Vila-seca, el mercado municipal y el antiguo centro sanitario. Antes de levantar las tres plantas del CAR, se ha construido un aparcamiento subterráneo con 110 plazas.

Ayer, tras cinco meses de funcionamiento, el presidente de la Generalitat Artur Mas inauguró el CAR de Vila-seca acompañado de las máximas autoridades locales, entidades y el equipo médico. Mas felicitó a Vila-seca por el equipamiento y admitió entre risas que «últimamente no ha gozado de demasiadas inauguraciones».

soletto en algunos casos, se está actualizando para poder cumplir con los compromisos adquiridos en el pasado entre Generalitat y los municipios, que siguen reclamando un equipamiento adecuado al crecimiento demográfico de los últimos años.

Menos desplazamientos

En la inauguración, el alcalde Josep Poblet quiso remarcar un dato de los primeros cinco meses de funcionamiento, y que es una de las premisas para mejorar los equipamientos sanitarios de la Costa. «Se ha reducido el 80% de los desplazamientos, lo que significa que tenemos un centro modélico», subrayó Poblet.



Navarra establece servicios mínimos para el 29-M

Los centros de salud estarán abiertos, los hospitales trabajarán como un domingo y habrá un profesor por cada tres aulas

Solamente en el transporte público se han logrado pactar servicios mínimos para la huelga general del próximo jueves 29 en Navarra. En el resto, ha sido el Gobierno foral quien ha establecido los servicios mínimos, prácticamente idénticos a los negociados durante la última huelga general, la que tuvo lugar del 29 de septiembre del año 2010.

NAVARRA 20-21



Claves

Salud: La actividad funcionará como la de un día festivo. Se garantizan el 60% de las intervenciones, atención en todos los centros de salud y urgencias en los hospitales.

Transporte urbano: Los mínimos establecidos fijan en un 28% los servicios mínimos. Es decir, una de cada cuatro villavesas están garantizadas aunque la frecuencia empeorará.

Ante la huelga general

Navarra fija los servicios mínimos del 29-M y sólo pacta el transporte

En los servicios públicos, con carácter general, se mantienen lo establecido en un festivo

DN
Pamplona

Sólo en transporte público se han conseguido pactar los servicios mínimos para la huelga general del próximo día 29 de marzo. En el resto de ámbitos, los sindicatos convocantes de la huelga (UGT, CC OO, ELA, LAB, ESK y STEE-ELIAS) y Gobierno de Navarra no

han llegado a ningún acuerdo una vez concluido el trámite de audiencia. De este modo, ha sido el Gobierno foral el que ha decretado cuáles serán los servicios mínimos en Salud, Educación, Justicia, Emergencias y Servicios Sociales. Y lo establecido es prácticamente lo mismo que se decidió para la última huelga general desarrollada en Navarra, el

29 de septiembre de 2010. Así, dentro del ámbito de Salud se ha decidido que en los centros hospitalarios, el régimen de trabajo sea el establecido para un día festivo. En los servicios de urgencias, hospitalización y actividad pautada también se mantendrá la actividad normal.

En cuanto a los centros escolares, todos permanecerán abier-

tos el próximo jueves y en todos ellos, además de los responsables del centro, deberá estar presente un profesor por cada tres unidades.

Otro servicio sobre el que ha decidido el Gobierno de Navarra los 'mínimos' son las emergencias, que igualmente deberán asumir el mismo número de personal que si de un día festivo se tratase.

Finalmente, en lo que al transporte se refiere, esta es la primera ocasión en la que sindicatos y Gobierno de Navarra llegan a un acuerdo sobre mínimos. Con carácter general prestarán su servicio un 28% de los autobuses habituales.



Un camión en servicios mínimos recoge la basura en la huelga general del 29 de septiembre de 2010. DN

Centros de salud abiertos y 60% de intervenciones y consultas médicas



DN
Pamplona

El Gobierno ha establecido que el régimen de trabajo en los hospitales será, con carácter general, el de un día festivo, aunque habrá servicios en los que se mantenga la actividad ordinaria y se deberá asegurar el 60% de las intervenciones quirúrgicas y consultas, incluidas las de los CAM. En los centros de salud, como mínimo, habrá un médico de familia, un pediatra, una enfermera y un administrativo y se garantizan las urgencias extrahospitalarias, incluidas las de los Puntos de Atención Continuada Rural (PAC).

Hospitales

Los hospitales mantendrán la actividad habitual en los siguientes servicios:

- Hemodiálisis
- Tratamiento oncológico en el hospital de día
- Tratamiento en el hospital de día de hematología
- Atención a pacientes en tratamiento continuado en la Unidad

del Dolor

- Tratamientos de Radioterapia, simulación y planificación
- Rehabilitación de pacientes preferentes y hospitalizados
- Hospitales de día de la red de Salud Mental

-Intervención quirúrgica de carácter urgente

-Actividad en Urgencias, UCI, URCE, UCC, Unidad de Críticos y Área de Partos

-Cita de la ecografía de la 20 semana y amniocentesis.

Además, en pacientes ingresados y atención ordinaria, se deberá mantener hasta el 60% de la capacidad en las intervenciones quirúrgicas, servicios centrales, consultas y en los Centros de Atención a la Mujer (CAM).

Los servicios de farmacia hospitalaria deberán atender a los pacientes hospitalizados así como las necesidades de tratamientos oncológicos y pautados.

En cuanto al Centro de Transfusión Sanguínea de Navarra deberá mantener el 60% de su capacidad en extracción de plaquetas en procesos de aféresis y de sangre para el suministro de derivados sanguíneos a los hospitales.

Centros de salud abiertos

Los centros de salud de Navarra estarán abiertos durante la jornada de huelga.

El Gobierno indica que se deberá designar un mínimo de un médico de familia, un pediatra, una enfermera y un administrativo, tanto por la mañana como por la tarde, aunque según el tamaño de los centros la cantidad puede variar. Este ratio se debe cumplir por cada cinco puestos de trabajo o menos.

Las urgencias

Tanto en los Servicios en los servicios de Urgencia Extrahospitalarios como Servicios Normales de Urgencias el régimen de trabajo será del cien por cien de los servicios, según el Ejecutivo.

En cuanto a los Puntos de Atención Continuada (PAC), donde se atiende la urgencia rural, en horario de atención continuada el régimen de trabajo será el cien por cien de los servicios establecidos con carácter general en cada una de las zonas básicas.

Por último deberá trabajar un médico en el Centro "San Francisco Javier"; un odontólogo para asistencia general, un odontólogo PADI, dos auxiliares de enfermería y un administrativo en salud bucodental. En Salud Pública, deberán trabajar un profesional de guardia de seguridad alimentaria y sanidad ambiental y un profesional de guardia de epidemiología.

En centros escolares, un profesor para 3 unidades



Centros públicos de enseñanza no universitaria:

Se deberá garantizar, como mínimo, la presencia del director, jefe de estudios, un profesor por cada tres unidades o fracción de Educación Infantil y Primaria y un cuidador (donde lo haya, y si hubiera más de uno, el 50% de la plantilla).

En los centros de educación especial se debe garantizar la prestación del servicio de limpieza.

Asimismo, en los centros que dispongan de transporte y/o comedor escolar se deberán adoptar las medidas necesarias para solventar las alteraciones que, en su caso, se pudieran producir en dichos servicios. Sólo se garantiza el 28% de los servicios de transporte correspondientes a un día laborable.

En guarderías infantiles del Gobierno: director, tres educadoras y un cocinero y ayudante.

Parques de bomberos, entre 3 y 6 efectivos



En la Agencia Navarra de Emergencias deberá trabajar al menos el personal establecido para un día festivo. Asimismo, se mantendrá una dotación mínima por parque. En el parque central de Cordovilla, serán once cabos y bomberos, un sargento y un oficial o suboficial de guardia para toda Navarra; en

Pamplona, seis efectivos; en Tudela, cinco; En Estella, Oronoz y Tafalla, cuatro; y en Alsasua, Burguete, Lodosa, Navascués, Peralta y Sangüesa, tres.

Servicios sociales. En los centros residenciales (San José, Santo Domingo, El Vergel) y en Lur Gorri (dependencia) y en la residencia juvenil Fuerte del príncipe y en el albergue Santo Cristo de Otadía de Alsasua se han fijado los servicios mínimos para un día festivo. En el centro de Día de la Residencia El vergel: 1 DUE y una cuidadora.

En Justicia se establece el servicio de guardia



En la Administración de Justicia, se establece como servicios mínimos el personal correspondiente a los servicios de guardia en Fiscalía; juzgados de instrucción de Pamplona; juzgados de primera instancia e instrucción de Tudela, Aoz, Estella y Tafalla e Instituto Navarro de Medicina Legal.

No obstante, en las causas con preso se fija como servicio mínimo un funcionario del cuerpo de Auxilio Judicial por si hubiera que notificar al citado preso su puesta en libertad para proceder a la misma. Asimismo, en la cárcel se fija como mínimo el personal correspondiente a un día festivo (un cocinero y un ayudante de cocina).

En cuanto a los registros habrá una persona en Pamplona (Palacio de Navarra, Avenida Carlos III) y Tudela, Tafalla y Estella, en las oficinas territoriales de la Hacienda.



El 29-M Preparatiu

Sindicats i govern pacten a Catalunya els serveis mínims

El 29-M només funcionarà un terç del transport públic en hores punta ■ No hi haurà activitat la resta del dia

Laia Bruguera
 BARCELONA

Tres dies després que els sindicats pactessin a Madrid els serveis mínims de la vaga general i a poc més de 48 hores de la gran protesta antireforma, Catalunya també ha arribat a un acord que estableix quina és l'activitat que no es pot paraitzar per garantir, com reclama la llei, tant els serveis essencials com el dret de vaga. Després de dies de converses i un *sprint* final de tretze hores de negociacions, sindicats i govern firmaven a

La xifra

1 professor per cada sis aules hi haurà als centres d'ensenyament d'infantil i també de primària.

les deu de la nit un pacte que preveu que durant les hores punta (de dos quarts de set a dos quarts de deu matí i de cinc a nou del vespre) només funcionarà un terç del servei habitual de metro, autobús,

tramvia, ferrocarrils de la Generalitat i trens de Rodalies de Renfe.

Així ho van pactar ahir els líders dels dos sindicats majoritaris, Joan Carles Gallego (CCOO) i Josep Maria Álvarez (UGT), i el conseller d'Empresa i Ocupació, Francesc Xavier Mena. En l'anterior vaga general es va permetre que, en hora punta, funcionés el 25% del transport públic. Els sindicats han acceptat ara augmentar els serveis mínims a canvi de la garantia que fora d'aquesta franja no hi haurà servei. ■



Usuaris del servei d'autobusos de Barcelona, TMB, agafen la línia que els porta a la seva destinació mentre els altres esperen un altre vehicle ■ JOSEP LOSADA / ARXIU

Urgències assegurades i acord també sobre l'escola

Com en l'anterior aturada, celebrada el 29 de setembre del 2010, l'acord de serveis mínims també regula altres àmbits que són competència de la Generalitat com ara la sanitat o l'educació. El pacte

garanteix el funcionament normal de serveis bàsics com són les urgències, les operacions que no es poden ajornar o la unitat de parts i quimioteràpia. Pel que fa a les escoles, preveu que als cen-

tres d'ensenyament infantil i de primària hi haurà una persona de l'equip directiu i un docent per cada sis aules. A les llars d'infants treballarà un terç de la plantilla, com a mínim.

Quejas por la dificultad de la prueba entre los 4.347 aspirantes a 552 plazas de refuerzo

Critican que el examen se centrara en la gestión y hubiera pocas preguntas de práctica clínica

ZARAGOZA. Ni la experiencia ni las horas de estudio libraron a las 4.347 personas que se presentaron ayer a las oposiciones de médicos y enfermeras de Atención Continuada en Atención Primaria de los nervios típicos de una oposición. Una prueba sobre la que ya se han vertido duras quejas por su elevada dificultad. La Asociación de Médicos y Enfermeros de Refuerzo y Sustitutos (Amarys) no descarta enviar un escrito al Servicio Aragonés de Salud para pedir una explicación sobre este examen en el que se ofrecían 335 plazas para médicos y 217 para enfermería.

Aunque finalmente fueron menos de los inscritos (más de 5.600), el volumen de opositores obligó al Gobierno de Aragón a distribuirlos por diferentes facultades de la Universidad de Zaragoza (incluso el grueso de enfermería -se presentaron 3.498- tuvo que desplazarse hasta el campus Río Ebro).

Poco después de las 17:00, todos los opositores se encontraban dispuestos ya en las aulas para contestar 100 preguntas tipo test (con 10 preguntas de reserva), mientras fuera algunos familiares esperaban casi con los mismos nervios el término de la prueba. «Venimos de Barcelona, aunque nosotros realmente somos canarios. Mi marido ha querido probar suerte. No nos importaría trabajar aquí. Las cosas están tan difíciles en Cataluña...», comentaba Mar Alarcón, aunque reconocía que se había sorprendido con la experiencia que parecían tener los aspirantes a la prueba.

«A ver si hay suerte», apostillaba la madre de otra de las opositoras que también venía de Lérida con la intención de sacarse una plaza en Aragón. «Le gusta mucho



ASIER ALCORTA

Distribuidos por diferentes aulas. Ante el volumen de aspirantes, el Gobierno de Aragón distribuyó a los opositores por diferentes edificios. Los médicos estuvieron en la Facultad de Medicina, mientras que Derecho y el campus Río Ebro se reservaron para los enfermeros.

esta tierra y lo ha querido intentar. Tener una plaza fija es muy importante en estos momentos», añadía.

Tras hora y tres cuartos de examen, los comentarios sobre el examen no dejaron lugar a dudas. «Ha sido difícil, la verdad. No me ha salido del todo mal, pero las preguntas estaban muy poco enfocadas a cuestiones de Atención Primaria y eran muy técnicas», señalaba Fernando H, que aspira a una plaza de médico. Una valoración con la que coincidió también Rosario M.: «Siendo unas plazas clínicas, me parece que ha habido muchas preguntas de gestión, como si fueran para puestos de administrativo del Servicio Aragonés de Salud».

«La gente está muy enfadada, porque se esperaba un examen un poco más sencillo. Más práctico, de más cuestiones clínicas... No sé lo que pasará. Muchas personas se han quedado conversando fuera a ver qué se podía ha-

cer», manifestaba otro de los opositores. Muchos de ellos preferían guardar el anonimato para evitar que en su puesto de trabajo se supiera que se han presentado a esta prueba.

El Tribunal calificador publicará dentro de tres días las respuestas correctas en la página web del Servicio Aragonés de Salud (Salud) y los aspirantes dispondrán de un plazo de 3 días hábiles para plantear impugnaciones fundadas contra las preguntas formuladas o las respuestas otorgadas. Dichas impugnaciones deberán dirigirse, debidamente documentadas, a la sede del Tribunal correspondiente.

Al tratarse de concurso-oposición, los que aprueben esta prueba todavía no tendrán plaza asegurada, ya que se tendrán en cuenta los méritos laborales de los aspirantes.

Según el consejero de Sanidad,

Bienestar Social y Familia, Ricardo Oliván, esta prueba ayudará a consolidar puestos de trabajo que desde hace varios años estaban cubiertos por personal interino. Oliván destacó la «importancia» de este nuevo personal ya que además permitirá «reforzar los centros de salud de la Comunidad así como atender durante más tiempo al paciente y al usuario de la sanidad», aseguró el máximo responsable de Sanidad.

Esta convocatoria, afirmó el consejero, «supone el cumplimiento de un compromiso del Gobierno de Aragón así como la apuesta por la Atención Primaria como una de las claves para hacer sostenible el sistema sanitario». Hay que recordar que el Gobierno de Aragón se comprometió a mantener vigente las convocatorias de oposiciones y traslados de forma alternativa (este año toca lo segundo).

C. FONTENLA

PLAZAS MÉDICOS

335

El Gobierno de Aragón ha ofrecido 552 plazas de Atención Continuada en Atención Primaria. 335 para médicos y 217 para enfermeras.

ASPIRANTES

849

Aunque habían presentado solicitud 1.065 médicos, finalmente se presentaron 849.

3.498

3.498 personas hicieron el examen finalmente para conseguir una de las plazas de enfermería de Atención Continuada en Atención Primaria. Habían solicitado hacer el examen 4.647 sanitarios.

PUNTUACIÓN

La puntuación necesaria para superar la fase de oposición será la que resulte de aplicar la relación de 2,5 aprobados por cada una de las plazas convocadas con un mínimo del cincuenta por ciento de la puntuación máxima posible.

HA DICHO

«Este nuevo personal es importante ya que además permitirá reforzar los centros de salud de la Comunidad así como atender durante más tiempo al paciente y al usuario de la sanidad»

RICARDO OLIVÁN
Consejero de Sanidad,
Bienestar Social y Familia del
Gobierno de Aragón

POLITICA SANITARIA

JAVIER LÁZARO, DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS DE LA CONSEJERÍA

En 2013 habrá OPE en la Comunidad Valenciana

El nuevo director de Recursos Humanos de la consejería valenciana de Sanidad, Javier Lázaro, ha anunciado la posibilidad de convocar una Oferta Pública de Empleo (OPE) en 2013 y que los médicos vean reconocido los derechos acumulados en este periodo cuando se levante el bloqueo de la carrera. "Nuestra intención es, respetando la legislación esta-

La reducción del complemento de carrera tiene un contrapeso en la no destrucción de empleo

tal (el decreto ley 20/2011 de medidas urgentes), lanzar una OPE en 2013 acumulando las tasas de reposición del 10 por ciento de las convocatorias anteriores, y así sacar un número sustancial de plazas", explica Lázaro. También defiende la

no destrucción de empleo público. "En el ámbito sanitario existe el compromiso de que el personal interino no vea afectada su situación salarial ni de jornada, una diferencia importante respecto a otras regiones".

PÁG. 7

Javier Lázaro.

VALENCIA JAVIER LÁZARO, DIRECTOR DE RRHH DE LA CONSEJERÍA

"Paliaremos el impacto laboral de este periodo"

→ Aunque ha asumido la dirección valenciana de Recursos Humanos en un momento convulso, Javier Lázaro afirma que espera revertir la situación cuanto antes y que intentará paliar el impacto del periodo de crisis.

■ **Enrique Mezquita** Valencia Javier Lázaro ha vivido su primer mes al frente de la Dirección de Recursos Humanos de la consejería valenciana de Sanidad (ver DM del 21-2-2012) muy condicionado por la presentación del polémico decreto ley 1/2012 de medidas urgentes para la reducción del déficit en la comunidad (ver DM del 9-1-2012). Aun así, es optimista y anuncia medidas en estudio, como la posibilidad de convocar una OPE en 2013 y que los médicos vean reconocidos los derechos acumulados en este periodo cuando se levante el bloqueo de la carrera.

¿Cómo valora la situación actual del médico valenciano desde el punto de vista laboral y retributivo?

-En este momento distinguiría dos vertientes. Laboralmente estamos bastante bien y relativamente satisfechos, sobre todo en relación con otras comunidades, ya que gracias a la OPE 2005-2007 (cuya conclusión está prevista durante el primer semestre del año) hemos consolidado 1.818 plazas médicas, dejando la tasa de temporalidad por debajo del 5 por ciento. En el terreno retributivo, y en un contexto de reducción del déficit público, prácticamente todas las comunidades están buscando fórmulas de contención del gasto sanitario y algunas de ellas afectan al capítulo de gastos de Personal. El aspecto más llamativo en nuestra región es la reducción de la carrera a la mitad, pero tiene un contrapeso importante: el Gobierno valenciano ha defendido en todo momento la no destrucción de empleo público y en el ámbito sanitario existe además el compromiso de que el personal interino no verá afectada su situación salarial ni de jornada, una diferencia importante respecto a otras autonomías.

El consejero Rosado ya apuntó que las posibles mejoras en la situación estarían ligadas a una evolución positiva de la economía regional. ¿Cree que el profesional puede asumir este condicionante?

-El decreto ley es transitorio y fija un marco temporal de dos años, pero la inten-



Javier Lázaro, director de RRHH de la consejería valenciana.



Entendemos las movilizaciones, pero el contexto es el que es y nos ha obligado a tomar todas esas medidas con carácter transitorio

ción del Gobierno es revertir la situación o reducir su impacto cuando sea posible, ya sea a partir de una variación del 0,5 por ciento en el PIB regional o con los ahorros que el propio sistema sea capaz de generar. En el caso de la Consejería de Sanidad, además queremos transmitir que, al margen de revertir las situaciones, pretendemos que el impacto de este periodo quede paliado. Por ejemplo, en la Mesa General de la Función Pública se ha sugerido, y aceptado, la posibilidad de incluir una fórmula para que, una vez levantado el bloqueo de la carrera, se reconozcan de forma automática los años acumulados a los que ingresan con retraso y a los que no han podido progresar.

Las centrales alegan que los recortes, además de afectar al profesional, merman la calidad asistencial...

-Sólo se están aplicando 11 medidas, y en lo que respecta a mi departamento sólo una, centrada en el control del absentismo. Pero todo se realiza bajo la premisa de no afectar a la asistencia sanitaria y su calidad.

Ha comentado la impor-

tancia de la OPE 2005-2007, pero los sindicatos se quejan de que no se ha convocado aún la de 2009.

-Nuestra normativa habla de OPE bienales y, por tanto, hubiera tocado convocarlas en 2009 y 2011. Nuestra intención es, respetando la legislación estatal (el decreto ley 20/2011 de medidas urgentes), lanzar una OPE en 2013 acumulando las tasas de reposición del 10 por ciento de las convocatorias anteriores, y así sacar un número sustancial de plazas.

En este contexto, ¿cómo valora las movilizaciones que se están realizando en la región?

-Son protestas legítimas y entendemos las movilizaciones, ya que los sindicatos también tienen atribuido su papel en la Constitución, pero el contexto es el que es y nos ha obligado a tomar esas medidas transitorias. También entendemos que, en algún momento, nos tendremos que sentar porque hay muchas cosas por hacer, y la consejería tiene mucho interés en negociar y poner en marcha cuanto antes el nuevo modelo de evaluación del desempeño reconocido por incentivos.

El Sergas dará más autonomía y capacidad de gestión al personal

Crea unidades en las que los profesionales tendrán sus presupuestos

ELISA ÁLVAREZ
SANTIAGO / LA VOZ

Si el profesional sanitario es el que mejor sabe cómo atender a un paciente, por qué no darle capacidad también para gestionar los recursos. Eso es lo que pretende el Sergas, y para ello ha preparado un borrador de decreto en el que se recoge la creación de unidades de gestión clínica, una herramienta nueva con dos objetivos claros: que la atención al usuario sea integral y multidisciplinar; y que los profesionales se autogestionen y optimicen recursos.

Estas unidades estarán formadas por profesionales de todas las especialidades y categorías que forman parte de un proceso asistencial, incluso de distintos hospitales. De hecho, existen algunos ejemplos ya, como la unidad del corazón del Chuac, pero sin un marco normativo que las ampare. En esta estructura se integrarán desde los profesionales de primaria que hacen la prevención hasta todos los especialistas, auxiliares o enfermeros que están implicados en los procesos asistenciales de las mismas patologías (procesos oncológicos, cardíacos, de salud mental...).

Además de atender mejor al paciente, sin que este note cortes o saltos en un mismo proceso asistencial, la gestión clínica también busca hacer un uso más eficiente de los recursos. De hecho, al tener sus propios



Imagen de la unidad de cáncer de mama del Hospital Meixoeiro, de Vigo. M. MORALEJO

presupuestos, podrán organizarse e incluso reinvertir lo que ahorren. El decreto recoge, de hecho, que «o Sergas definirá a cantidade máxima que poderá percibir cada unha das categorías profesionais que estean incluídas nas áreas de xestión clínica, e o incentivo retributivo formalizarase a través de unha produtividade variable, temporal, unida a obxectivos e non consolidable».

El director xeral de Asistencia Sanitaria, sin embargo, asegura que los incentivos logrados se reinvertirán en la propia unidad. La creación de estas herramien-

LA CLAVE

Movilidad

**Para ser más eficientes
Para mejorar los procesos podrá recurrirse a la movilidad o reclasificación del personal.**

tas puede partir de un grupo de profesionales o de las gerencias del Sergas, pero la Xunta quiere que sea el propio personal el que decida ponerlas en marcha, y no hacerlo «por decreto». Cada uno de estos entes debe dejar clara su cartera de servicios, su presupuesto, sus recursos ma-

teriales y humanos, sus niveles de autogestión, sus indicadores para cumplir los objetivos, el sistema de incentivos, su vigencia y la metodología de evaluación, ya que serán sometidas a revisiones periódicas.

El secretario de sanidad de UGT, Javier Martínez, dice que mejora la atención al paciente, y permite un mayor control del gasto farmacéutico y que no se dupliquen pruebas; pero cuestiona que los incentivos sean en función de las categorías, «algo retrógrado» o cómo se van a imbricar los responsables de las unidades en la jerarquía actual.