

- En Madrid ya no será necesario ser médico para dirigir un centro de salud
- El médico no quiere morir en el hospital
- Medicina de Familia ya asoma en la elección MIR Las historias clínicas, el talón de Aquiles de la protección de datos
- La diferencia retributiva de un médico de Atención Primaria puede pasar de 30.471 a 66.057
- El médico, ¿siempre va con retraso?
- Las carencias de la Atención Primaria
- Acuerdo de los criterios para el nombramiento de interinos en Atención Primaria del SERMAS
- La alergia al polen afecta ya a 8 MM de personas



En Madrid ya no será necesario ser médico para dirigir un centro de salud

Lo mejor de la Sanidad

Se “pretende potenciar el papel de gestor administrativo del Director del centro, deslindando el ámbito gerencial del asistencial”, lo que significa que “encomienda” esta función a “licenciados sanitarios”

En Madrid ya no será necesario ser médico para dirigir un centro de salud

Según el borrador de decreto de reorganización del SERMAS se “pretende potenciar el papel de gestor administrativo del Director del centro, deslindando el ámbito gerencial del asistencial”, lo que significa que “encomienda” esta función a “licenciados sanitarios”, en contra de lo que estaba

Director del centro, haciendo una marcada diferencia entre el ámbito gerencial y el asistencial.

Sin embargo, se pide que la gestión clínica, a partir de ahora, se enmarque “en la actividad sanitaria asistencial dirigida al paciente, que extravasa la mera dirección de un centro de salud y la toma de decisiones para su adecuado funcionamiento”.

El objetivo para el SERMAS es que los nuevos directores tengan las competencias necesarias en “gestión con un nuevo perfil profesional, más gerencial, de habilidades, dotes y aptitudes organizativas, relacionales y de orientación al liderazgo”.

Además, el proyecto propone sustituir el modelo anterior consistente en tres Gerencias Adjuntas, cada una de ellas con un cometido concreto y particular, proyectado sobre todo el territorio de la región de Madrid, por otro modelo que apuesta por agrupar las diferentes Di-



recciones Asistenciales, las actuales Territoriales, en dos Gerencias, cada una de las cuales realizará la totalidad de las funciones que antes se repartían de manera exclusiva y excluyente las otras tres, si bien ahora sobre un ámbito territorial limitado.

Todo esto no pretende ir en contra del Área Única, que se adoptó para favorecer la libre elección del médico por parte del paciente y permitir la movilidad de los profesionales, sino que la existencia del Área Única es compatible con diversas formas de gestión territorializada.



Este cambio pretende potenciar el papel de gestor administrativo del Director del centro, haciendo una marcada diferencia entre el ámbito gerencial y el asistencial

en vigor hasta ahora que decía que la funciones de Director Médico de un Centro de Salud “no pueden ser realizadas por cualquier tipo de profesional sanitario, sino por aquellos que ostenten la condición de Licenciado en Medicina y Cirugía”.

Este importante cambio tiene como interés principal potenciar el papel de gestor administrativo del

Lo mejor de la Sanidad

El estudio de la AMA estaba originalmente relacionado con los cuidados paliativos

El médico no quiere morir en el hospital



dejan entrever que hay una relación directa entre el sufrimiento de los pacientes en los hospitales y la muerte de los mismos, como si hubiera una agresividad con los pacientes en los momentos finales que sin embargo, el médico no quiere para sí mismo.

La revista de la Asociación Médica Americana ha publicado un estudio en el que se asegura que los médicos, cuando tienen que decidir donde morir, no eligen un centro médico o algún derivado, entre otras razones, quizá, porque es donde pasan la mayor parte de sus vidas.

El estudio, muy genérico, no ha tratado de buscar ni las razones ni los lugares de preferencia de los médicos para finalizar sus vidas, sino que era un estudio relacionado con los cuidados paliativos, campo en el que aún queda mucho desarrollar. Los resultados del estudio

Por otro lado, un estudio de la revista TIME, la mayoría de los estadounidenses prefieren morir en casa, a pesar de que tres cuartos de los fallecimientos se producen en un centro médico.



CURSOS Y MASTERS

Líderes en Formación de Postgrado Sanitario



Máster en...

- Biomedicina, Clínica y Tratamiento de Enfermedades y Síndromes Prevalentes
- Ecocardiografía Transesofágica
- Gestión y Planificación de Centros y Servicios Asistenciales
- Manejo Avanzado de la Vía Aérea difícil y Ventilación
- Manejo Clínico de la Vía Aérea difícil y Ventilación
- Riesgo Cardiovascular, Obesidad, Diabetes Mellitus y Síndrome Metabólico

Curso de Actualización en Cardiología, Pediatría, Gastroenterología, Urgencias...

NUESTROS PARTNERS



INFORMACIÓN Y MATRICULACIÓN

Teléfono: 91 482 43 30 | info@grupocto.com | www.grupocto.com

Lo mejor de la Sanidad

Medicina de Familia ya asoma en la elección MIR

Medicina de Familia vuelve a alcanzar registros de hace 14 años en la elección MIR

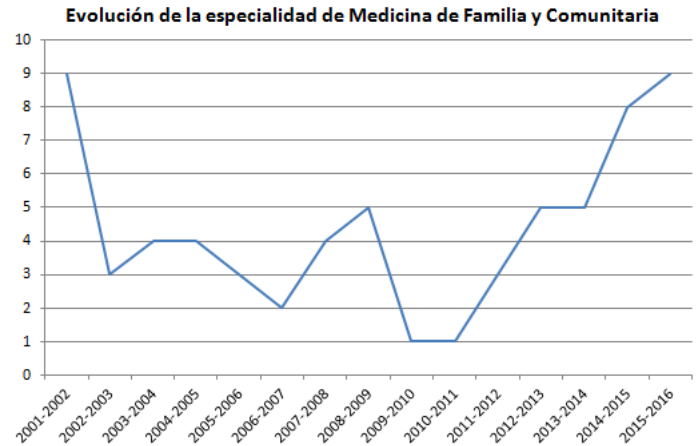
Medicina de Familia y Comunitaria está al alza en la elección de plaza de los Médicos Internos Residentes según indica que nueve de los primeros 500 MIR la han elegido. En 2016 con 1.690 plazas las que se han ofertado, siendo, como habitualmente, la especialidad que oferta el mayor número de plazas.

De los primeros 500 han sido En concreto, el número de esos nueve residentes que se formarán en Medicina de Familia fueron los siguientes:

Los números 88, 100, 113, 213, 236, 237, 281, 312 y 487 de los 500 primeros son los que han elegido Medicina Familiar y Comunitaria, igualando el registro de la convocatoria 2001/2002 que tuvo los mismos resultados.

Desde esa convocatoria, hasta la 2010-11 la inercia de la especialidad para los primeros 500 MIR es de dientes de sierra, porque los altibajos y la falta de constancia ha sido lo más habitual sin poder marcar una tendencia.

El registro más bajo se marcó en las convocatorias 2009/2010 y 2010/2011 en las que tan sólo un único residente de



los 500 primeros eligió Medicina de Familia.

Será a partir de la convocatoria 2011-2012, cuando la inercia de la especialidad se convierta en creciente, y es que de registrar tres residentes por entonces, en la dos siguientes convocatorias (2012/2013 y 2013/2014), cinco de los primeros 500 MIR la escogieron, y el año pasado aumentó hasta ocho, siendo los siguientes

números de orden: 40, 59, 233, 249, 279, 334, 405 y 439.

SEMG, semFYC y SEMERGEN, las tres sociedades de Atención Primaria que hay en España han tratado con diferentes programas acercarse a los estudiantes para dar a conocer el trabajo de un médico de Atención Primaria.



En las convocatorias 2009/2010 y 2010/2011 un único residente eligió Atención Primaria de los 500 primeros



Lo mejor de la Sanidad

Las historias clínicas, el talón de Aquiles de la protección de datos



Los contenidos de las historias clínicas son datos de especial protección por parte de la ley, en concreto la de Protección de Datos. Los requisitos para su guarda, acceso y rectificación por parte de los usuarios está fuertemente legislada para garantizar el derecho de las personas a información especialmente sensible.

En este caso se había presentado una denuncia por parte de un paciente que había requerido el acceso a los datos contenidos en su historia clínica en un centro de salud. Su sorpresa fue mayúscula al encontrarse que solo existía un documento referido a una consulta, cuando en realidad había visitado el centro de salud en varias ocasiones a lo largo de los años.

El paciente denunció al centro de salud ante la Agencia de Protección de Datos por la pérdida de documentos incluidos en su historia clínica.

De esta denuncia la Agencia de Protección de Datos realizó una inspección en el centro de salud para com-

probar el grado de cumplimiento de la ley en materia de protección de datos.

Las irregularidades hacen referencia al acceso a los datos contenidos en los documentos custodiados en formato papel

La inspección certificó ciertas deficiencias en el acceso a los datos contenidos en las historias clínicas custodiadas en el centro de salud. Estas irregularidades hacían referencia al acceso a los datos contenidos en los documentos custodiados en formato papel. Para realizar el acceso a estos datos bastaba con una simple llamada telefónica de la que no quedaba registro. Tampoco se registraba quién accedía a esos datos, cuándo los consultaba y cuándo los devolvía.

Por otra parte se reconoce que el acceso a los datos en

soporte papel es una consulta residual, que apenas se utiliza. La mayor parte de los accesos a las historias clínicas del centro de salud se realiza a través de una aplicación informática que cumple con todas las garantías, tanto en las consultas como en el almacenamiento de los datos.

Por lo tanto, a la denuncia inicial del paciente ante la Agencia de Protección de Datos, se le sumó una inspección de la misma Agencia al centro así como una resolución de infracción contra el centro de salud.

El caso terminó en el Tribunal Supremo, el cual se tuvo que pronunciar sobre dos hechos en los que se resumía este conflicto: la pérdida de documentos en la historia clínica del paciente y la resolución que sancionaba al centro por incumplir la Ley de Protección de Datos en el acceso a los documentos en formato papel.

Tras estudiar los documentos y los hechos que pudieron demostrarse la sentencia del Supremo decide exonerar al centro de salud de la acusación de haber vulnerado la ley en el caso de la pérdida de documentos, ya que no es segura la previa existencia de los documentos de la historia clínica que se consideran perdidos, porque tal pérdida se basa únicamente en la declaración del denunciante. Por lo tanto este hecho no puede servir de soporte a la declaración de incumplimiento de las obligaciones en materia de seguridad de los ficheros.

En cuanto a la acusación de vulnerar la protección de los datos de carácter personal se toma en cuenta la resolución de la Agencia de Protección de Datos por la falta de medidas de seguridad en la consulta de las historias clínicas en soporte papel. Sin embargo el Tribunal no les atribuye entidad suficiente para integrar la infracción grave de incumplimiento del artículo 9 LOPD.



Esto se debe a que el propio informe de la inspección realizada aseguraba que el acceso a los datos de carácter personal en el centro de salud se realizaba "casi exclusivamente" a través de una aplicación informática, que sí cumple con todas las garantías de la ley.

Por estos motivos la sentencia final exculpa al centro de salud de haber vulnerado la ley de Protección de Datos.

Lex Sanitaria

La información que te interesa



Lo mejor de la Sanidad

La diferencia retributiva de un médico de Atención Primaria puede pasar de 30.471 a 66.057

HOSPITAL	Médico tipo 1(a)		Médico tipo 2(b)		Médico tipo 3(c)		Médico tipo 4(d)	
	Sin guardias	(e) Con guardias	Sin guardias	(e) Con guardias	Sin guardias	(e) Con guardias	Sin guardias	(e) Con guardias
Mínimo de España	31.532	41.341	41.308	51.117	49.026	58.835	56.076	67.118
Media de España	41.663	55.355	45.353	59.044	53.688	67.392	61.173	74.891
Máximo de España	49.793	66.611	54.889	66.841	65.655	77.607	77.625	89.577
Dif. Mínimo/Máximo	18.261	25.271	13.580	15.723	16.628	18.771	21.549	22.459
Dif. Mínimo/Media	10.132	14.014	4.045	7.927	4.662	8.557	5.097	7.774
% dif. Mínimo-Máximo	57,91	61,13	32,88	30,76	33,92	31,90	38,43	33,46
% dif. Mínimo-Media	32,13	33,90	9,79	15,51	9,51	14,54	9,09	11,58
PRIMARIA (f)								
Mínimo de España	30.471	40.280	40.247	50.057	47.965	57.774	53.437	66.057
Media de España	42.909	56.570	46.693	60.354	55.024	68.698	62.495	76.183
Máximo de España	56.379	73.197	56.379	73.197	65.215	81.730	77.185	88.009
Dif. Mínimo/Máximo	25.907	32.917	16.131	23.141	17.249	23.955	23.749	21.952
Dif. Mínimo/Media	12.438	16.290	6.446	10.297	7.058	10.924	9.058	10.126
% dif. Mínimo-Máximo	85,02	81,72	40,08	46,23	35,96	41,46	44,44	33,23
% dif. Mínimo-Media	40,82	40,44	16,01	20,57	14,72	18,91	16,95	15,33

30 años o más de edad). Tiene reconocido un trienio, sin nivel de Carrera Profesional retribuido, sin dedicación exclusiva al Servicio de Salud. Percibe retribución por lo que es, Médico y por realizar guardias en su caso"; el mínimo era 1.453,56 euros frente a 4.1896,78 euros el máximo (188,72% de diferencia).

En el nivel IV o médico tipo 4 que siempre teniendo como referencia la definición de la OMC, es aquel "está en la etapa final de su actividad profesional como Médico de Atención Primaria (con 55 años o más de edad). Es propietario de plaza, tiene reconocidos diez trienios y el 4º nivel retribuido de carrera profesional (o el máximo reconocido en el Servicio de Salud), con dedicación exclusiva al Servicio de Salud. Percibe retribución por ser Médico con dedicación exclusiva y por realizar guardias en su caso", el mínimo era 5.814,00 euros frente a 14.566,44 euros el máximo (150,54% de diferencia) (OMC, 2014).

La disposición retributiva de los médicos de Atención Primaria presenta como rasgo específico que un componente de sus retribuciones "es *capitativo en función de la población que tenga adscrita, ajustada por diversas variables*", que pueden llegar a suponer "entre el 10 y el 15% de la retribución total". Variables como la edad de los pacientes, y estar sujetas al "grado de dispersión geográfica que tenga la zona de referencia del equipo de Atención Primaria".

En relación a la jornada de trabajo, "el Estatuto Marco fija un máximo de 48 horas semanales en

cómputo semestral, ampliables en 150 más en determinados supuestos. La suma de las jornadas ordinarias y complementarias (atención continuada) no puede superar estos límites".

En el año 2014, las diferencias entre Servicios Regionales de Salud en el importe del complemento de carrera profesional para los médicos fueron significativas. Por ejemplo en el nivel I o médico Tipo 1 que, como define la Organización Médica Colegial (OMC), es aquel "que inicia su actividad profesional de Médico de Atención Primaria como interino eventual o sustituto (con





Clase V. Tan grande como la vida.

Potentes motorizaciones, suspensión AGILITY CONTROL y cambio automático 7G-TRONIC PLUS, el Clase V proporciona una conducción deportiva que podrás compartir hasta con ocho pasajeros.

* Ejemplo de Financiación para un Clase V 200d Compacto PVP 39.304,00 € (IVA e Impuesto de matriculación incluidos. Transporte y gastos de preentrega no incluidos.) con las facilidades del programa Alternative de Mercedes-Benz Financiaci3n Services Espa1a, E.F.C., S.A. -Avda. Bruselas 30-28108 Madrid, v1lida para solicitudes aprobadas hasta el 30/06/2016 con contratos activados y veh3culos matriculados hasta el 31/08/2016. Importe a financiar 27.712,71 €. Por 299,00 € al mes en 36 cuotas y una cuota final de 21.887,68 €, entrada 11.591,29 €, TIN 6,45%, comisi3n de apertura 828,61 € (2,99%). TAE 7,94%. Importe total adeudado 33.480,29 €. Precio total a plazos 45.071,58 €.

** Existen 3 posibilidades para la 3ltima cuota: cambiar el veh3culo, devolverlo (siempre que se cumplan las condiciones del contrato), 3 adquirirlo pagando la 3ltima cuota.

Consumo de combustible (l/100 km): ciudad: 7,7 - 6,3 / carretera: 5,6 - 5,0 / mixto: 6,1 - 5,7; emisiones de CO₂ (combinado): 159 - 149 g/km. Las cifras no se basan en las especificas emisiones o consumo de combustible de un solo veh3culo, no formando parte de ning3na oferta y se ofrecen 3nicamente con fines comparativos entre diferentes modelos de veh3culos.

Clase V 200d Compacto

Entrada:	11.591,29 €
Cuota Final:	21.887,68 €**
TIN:	6,45%
TAE:	7,94%

299 €* al mes en 36 cuotas

MBAlternative

Mercedes-Benz
The best or nothing.



Lo mejor de la Sanidad

El médico, ¿siempre va con retraso?

“Los recordatorios por SMS o correo electrónico que desde hace tiempo se han ido empleando tienen un efecto limitado”



Los profesionales sanitarios de todo el mundo sufren el mismo angustiante (y aparentemente inevitable) problema: **no son dueños de su tiempo**. La disponibilidad de tiempo para atender pacientes viene cada vez más impuesta por fuerzas que no controlan.

En la sanidad pública es debido a una saturación del sistema, que obliga a admitir a pacientes fuera de agenda de forma sistemática, perpetuando prácticas de mala gestión que perjudican a todo el mundo. En la sanidad privada, y como respuesta al vicio de muchos pacientes de no acudir a la consulta (o llegar tarde), se ha generado un mecanismo de overbooking: una misma hora es otorgada a 2 o 3 pacientes. De este modo intentamos evitar que un clásico Barça-Madrid o un chubasco torrencial vacíe la sala de espera. El efecto no deseado es que las esperas se hacen eternas a los que cumplen con su compromiso horario y de asistencia. Antes hacer esperar en una sala de espera era signo de prestigio, pero hoy día vivimos la era de la inmediatez: Las esperas

generan malestar en los pacientes, que consideran (con razón) que su tiempo es tan valioso como el del dentista o el médico.

Esto ya ha llevado a pacientes de EE.UU. a denunciar sus esperas, solicitando indemnizaciones basadas en el compromiso temporal adquirido y en el coste de oportunidad. Estamos hablando de indemnizaciones de 500 a 1000 dólares por esperas de 2 y 3 horas. Una buena gestión de la sala de espera, tanto presencial como virtual mediante herramientas de contacto online, minimiza este malestar: Al informar al paciente se le hace dueño de su tiempo. Basta con avisar a los pacientes en las salas de espera sobre las demoras, o enviarles un mensaje con las mismas. El paciente podría así aprovechar este tiempo para tomarse un café o encontrar un aparcamiento, algo que agradeceríamos cualquiera de nosotros. Pero es importante trabajar esta cuestión: Por ejemplo, el Grupo Quironsalud se ha impuesto como norma de Calidad esperar menos de 15 minutos

en sus salas de espera. La gestión de esos tiempos está en manos tanto de su personal como de las herramientas electrónicas de agenda online que comparten.

Crece el problema de los pacientes que no acuden a las consultas. Los recordatorios por SMS o correo electrónico que desde hace tiempo se han ido empleando tienen un efecto limitado (que puede mejorar hasta un 15% la asistencia). Incluso algunos han propuesto aplicar un copago sancionador a los pacientes que no acudan a sus citas. Lo único que podemos hacer los profesionales privados es advertir a los pacientes que en futuras ocasiones no serán atendidos o lo serán los últimos si llegan tarde. Pero ante todo y por encima de todo, lo importante es mantener la coherencia: No exijamos al paciente, como profesionales, algo que nosotros mismos no podamos cumplir. Porque hoy día el Tiempo es oro para todos.

Dr. Frederic Llordachs

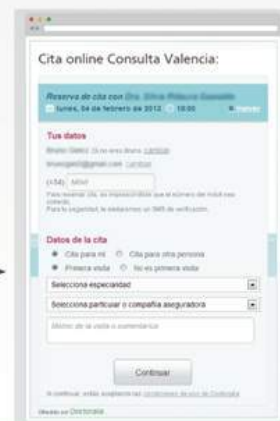
Cofundador de Doctoralia

Doctoralia

Acceda a una nueva generación de pacientes

¿Sabía que **1 de cada 3** pacientes ya pide cita por Internet?

Ofrezca la Reserva online de cita, un servicio que se adapta a su agenda actual y permite a los pacientes pedir hora sin necesidad de llamar. Regístrese ahora en Doctoralia, el buscador de referencia que conecta médicos con pacientes con más de **2 millones de usuarios al mes**.



Infórmese ahora en: <https://www.doctoralia.es/user/register>

Lo mejor de la Sanidad

Las carencias de la Atención Primaria

Ante el Día Nacional de la Atención Primaria, el Foro Médico de Atención Primaria de Madrid, formado por la vocalía de Atención Primaria del colegio, sociedades científicas de Atención Primaria de Madrid, el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina y los sindicatos profesionales médicos de Madrid AMYTS y SIME, han denunciado la precaria situación en la que se encuentra la Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, especificando que el anuncio de inversiones es un cambio, pero claramente insuficiente.

1. Para garantizar el papel de eje sanitario de AP se ha propuesto un incremento presupuestario progresivo en torno al 16% inicial y del 20% en 4 años. Como en años anteriores, el tamaño de los cupos de los profesionales sanitarios de AP de la CAM es el más alto de toda España. Además el número de profesionales por cada 1000 habitantes, es de los menores entre todas las CCAA. Esta insuficiente dotación de recursos humanos lo iba a corregir el Plan de la Calidad de AP de Madrid 2006-2009, lamentablemente se interrumpió en 2008, dejando de crear unas 500 plazas ya presupuestadas.
2. La CAM ha elaborado un plan de cronicidad que actualmente se encuentra en fase inicial de implantación. La pretensión es que dicho plan se lleve a cabo sin ninguna dotación presupuestaria específica para Primaria.
3. Una sentencia judicial ha anulado la estructura de Gestión propuesta por el Gobierno, y en más de 5 años desde la citada sentencia, no se ha avanzado en el modelo de gestión para la AP.
4. El catálogo de pruebas diagnósticas es de 2006 y no se ha adaptado a la realidad asistencial y competencias profesionales de los centros de salud. Por otro lado el acceso a las pruebas incluidas en el protocolo del 2006, al no haberse acompañado de una dotación presupuestaria mantiene tiempos de espera actuales para la realización de algunas de ellas son inadmisibles.
5. No se ha facilitado la estabilidad en el empleo en AP. En Madrid no hay convocada ninguna oposición para médicos de familia y pediatras de AP desde Octubre de 2012. Además la Carrera Profesional sigue paralizada.
6. Cada año, la Consejería de Sanidad publica en la Ley de Presupuestos Generales unos objetivos en tiempos asistenciales. Estos tiempos que se utilizan para calcular el presupuesto asignado a AP, son entre un 80-100% superiores a los reales. La mayoría de las agendas en los centros tienen tiempos mínimos de 5-6 minutos por paciente. Así no va a haber una dotación de recursos humanos que garantice una asistencia de calidad.
7. Madrid es la única Comunidad Autónoma que tiene una instrucción interna emitida por la Consejería que contraviene la Ley que regula la Gestión de la Incapacidad Temporal (IT) entre los facultativos responsables. El médico de AP debe responsabilizarse de gestionar la IT en patologías atendidas exclusivamente por otro facultativos sin haber prestado atención al paciente.
8. La receta electrónica está implantada al 100% de los centros de salud de la CAM. A pesar de esta implantación no se pueden incluir a todos los pacientes de los centros de salud pues siguen sin resolverse problemas de recetas especiales como son las recetas con necesidad de visado.
9. La implantación de la formación de AP en la universidad, centrándonos en la Medicina de Familia y Comunitaria, en la CAM, ha sufrido un gran avance actualmente. A día de hoy solo una de las ocho facultades de Medicina no termina de definir dicha disciplina como asignatura o como rotatorio. En las demás si está implantada, aunque con muy poca homogeneización respecto a los créditos ECTS que se destinan a ella.
10. Son muchas las carencias que sufre la AP y dificulta que los profesionales de AP puedan realizar una adecuada Formación continuada.



Lo mejor de la Sanidad

Acuerdo de los criterios para el nombramiento de interinos en Atención Primaria del SERMAS

Esta misma semana se ha cerrado un acuerdo de la Mesa Sectorial de Sanidad para fijar los criterios para los nombramientos de personal interino en el ámbito de la Atención Primaria. Según ha anunciado la Comunidad de Madrid, el proceso se llevará a cabo en dos fases. En 2014 y 2015 se efectuaron nombramientos de personal interino en los centros dependientes del

SERMAS sin que, hasta el momento, se haya podido aplicar esta medida.

Los médicos de familia en plazas de pediatría podrán optar a plazas de médico de familia en la segunda fase, siempre que cumplan con el requisito de permanencia durante dos años, a cuyos efectos se les computará toda la antigüedad que pudieran acreditar tanto como

médico de familia como en plazas de pediatría. En caso de aspirantes al igual puntuación como a los desempates afectarán teniendo en cuenta la puntuación por antigüedad de la misma categoría en el servicio madrileño de salud, de persistir en parte se resolverá conforme a la letra del sorteo anual que se efectúa desde la dirección General de función pública.



Por otro lado, el acuerdo contempla que la fecha de corte a tener en cuenta para la valoración de los profesionales será el 16 de enero de 2016.

Fase 1

- La primera fase de este proceso afecta al personal estatutario con nombramiento en Tual que lleve más de dos años consecutivos en una misma plaza vacante incluida en la plantilla orgánica de la gerencia de atención primaria a por los concursos de traslados u OPE's. Asimismo, afecta el personal estatutario interino eventual que llevar dos años en la plaza vacante de la plantilla orgánica de la agencia que se primaria, que como consecuencia de las tomas de posesión de los productos lectivos y concursos de traslados efectos en el año 2015, se viste desplazado la misma y recolocado, sin solución de continuidad, en otra plaza vacante de la misma plantilla orgánica.
- En ambos casos el nombramiento interinos de factura de manera automática y a favor del titular de la plaza que viene ocupando la fecha de suscripción del acuerdo, ello, sin perjuicio, de la interposición de los recursos que se considere necesarios.

Fase 2

- La segunda fase, afecta al personal estatutario con nombramiento de carácter temporal, ya sea interino, sustituto o eventual que, a fecha de 16 de enero de 2016, prestaba servicio en la gerencia atención primaria, encadenado nombramiento de personal estatutario temporal durante más de dos años, aun cuando a la fecha de este acuerdo no se encuentra activo.
- A estos efectos, se procederá a valorar a todos aquellos funciones, de las distintas categorías estatutarias que prestan servicios en la gerencia atención primaria que reúnan los requisitos señalado en el párrafo anterior. Para esta valoración, se tendrá en cuenta los servicios prestados en la misma categoría en instituciones sanitarias públicas del sistema Nacional de salud, siendo adjudicadas las plazas ofertadas mediante acto público por orden de prelación.

Lo mejor de la Sanidad

Los pacientes son derivados a la UET por los sanitarios de Atención Primaria y neumólogos de Atención Hospitalaria, fundamentalmente

La alergia al polen afecta ya a 8 MM de personas

Las enfermedades alérgicas afectan ya al 25% de la población. En edad infantil este porcentaje asciende hasta el 30%. Además, los estudios hablan de que en 10 años podrán afectar a la mitad de los españoles. Aunque hay alergias que viven con nosotros todo el año, la llegada de la primavera hace temblar especialmente a los que sufren alergia al polen (8 millones de personas), quienes se exponen a diferentes tipos de

sufren los pólenes de las gramíneas salvajes, aunque estos pólenes se pueden encontrar casi en cualquier provincia de interior. En Andalucía, sobre todo Jaén, se sufre la alergia al olivo que también está presente, pero en menor medida, en Extremadura, Castilla La Mancha y Madrid. En las áreas de Castilla La Mancha y Aragón encontramos alergias al polen de la salsola (arbustos) que se encuentran en suelos áridos. En toda la vertiente mediterránea los alérgicos sufren el polen de parietaria (una mala hierba de la familia de las ortigas) y en Galicia y áreas de la vertiente cantábrica alergia al polen del abedul.

sáceas (cipreses y arizónicas) que son cultivadas como árboles de paseo o como setos en los jardines.

“En el primer trimestre del año destaca la polinización de las cupresáceas, se continúa en marzo-abril con la del plátano de sombra, después en mayo-junio con la de las gramíneas solapándose con un pequeño retardo con la del olivo u otras oleáceas como el aligustre en julio”, añade el alergólogo Alfons Malet i Casajuana. “Habitualmente los pacientes están polisensibilizados a dos o más de éstos u otros pólenes”.



Las alergias en las zonas urbanas

Cada vez es más relevante la alergia a otros pólenes en las áreas urbanas. Sobre todo grandes ciudades como Madrid y Barcelona crece la alergia al polen del plátano de sombra, muy común en parques y jardines. En las zonas residenciales aumenta la alergia al polen de las cupre-



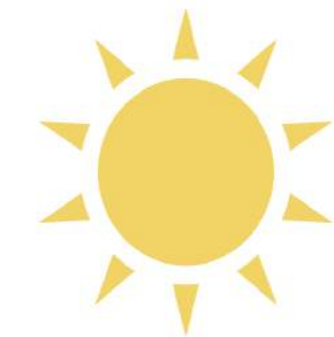
alérgenos dependiendo de donde residan. La rinoconjuntivitis alérgica y el asma bronquial son las principales enfermedades producidas por la alergia, explica el Dr. Alfons Malet i Casajuana, Director Médico del Centro de Alergología Al-lergo Centre de Barcelona, ex miembro de la Comisión Nacional de Alergología y de Top Doctors.

Tipos de alergias por comunidades: parietaria en la costa, cereales en el interior

En ambas mesetas y, en particular, en Extremadura, se

Consejos para sobrellevar y evitar la alergia

- Identificar todos los alérgenos que pueden afectarnos.
- Minimizar nuestra exposición a ellos, evitando los jardines, parques y campos.
- Propiciar el drenaje de partículas alérgicas del organismo, a través de lavados de ojos y nariz frecuentes.
- Beber mucha agua.
- Realizar ejercicios de respiración profunda en entornos libres de pólenes que nos ayuden a renovar el aire de los pulmones.



Tu estilo de vida
Tu familia
Tu profesión



LO QUE MÁS IMPORTA



Llame e infórmese sobre nuestro

PLAN DE PROTECCIÓN

VIDA

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

INVALIDEZ PROFESIONAL

¡Y MÁS COBERTURAS!

...



**UNITECO
PROFESIONAL**

CORREDURÍA DE SEGUROS

www.unitecoprofesional.es @unitecopro /unitecoprofesional

Oficina Central: c/ Pez Volador, 22 - 28007 - Madrid Tel.: 91 504 55 16 - Fax: 91 504 15 66