

Recobremos el placer de ser médicos

Boletín Informativo SMC-CESM

<http://www.sindicatomedico.es/>

MEDICOS

que defienden a los

MEDICOS

Unidos podemos



Unidos podemos

OPINIONES

La opacidad de la transparencia

El comentarista llama la atención sobre los déficits que rodean la elaboración de los informes técnicos en los hospitales de la Comunidad de Madrid y concluye reclamando no sólo más seriedad sino, y sobre todo, que no se trate de engañar a los pacientes, como pone claramente de manifiesto en relación con las listas de espera.

11/10/2013, **Alberto Berguer**

Mi primer jefe, hace unos cuarenta años, hablando de la estadística decía, y no sin razón, que si a un computador le dabas caca el resultado al procesar era mierda. Perdonen la expresión, pero creo que esta reflexión tan espontánea es la esencia misma de lo que se puede llamar falsedad en términos estadísticos. El Observatorio de Resultados de la Conserjería de Sanidad del Servicio Madrileño de Salud, dentro del proceso de gestión privada en que está inmersa nuestra Comunidad Autónoma, pretende dar un paso más en la búsqueda de transparencia de modo y manera que se consiga la complicidad social.

Cualquier gestión sanitaria hoy en día parte del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta hospitalaria, que no es más que una herramienta de 14 ítems propuestos a nivel internacional y que después suscribió nuestro país. Con la misma se codifican los diagnósticos y procedimientos, según la Clasificación Internacional de Enfermedades, con arreglo a la modificación CIE-9-MC, para agrupar los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD). El CIE-9-MC fue modificado en parte por el CIE-10 mucho más engorroso y se está trabajando en el CIE-11-MC. Los GRD propuestos por la Universidad de Yale hace décadas, si bien fueron una ayuda en principio, han tenido que evolucionar por sus evidentes imperfecciones. Recuerden también lo que pasó con los Tiempos Quirúrgicos Estándar (TQE) cuando se implantaron y que, después de abundantes protestas y de reunir a los especialistas, se tuvieron que cambiar.

Por todo ello podemos decir que la herramienta está en las manos de los gestores, pero ¿cómo se obtienen la cifras que se están dando? La cosa es bastante sencilla, toda vez que parte de la necesidad de una correcta codificación. A los médicos de los hospitales públicos no se les trasladó la importancia de la codificación, ni se les formó en cómo se ha de manejar el sistema empleado; además se han puesto a unos administrativos a codificar los diagnósticos y los procedimientos terapéuticos, sin claros conocimientos de lo que hacen. Algo que requería una disciplina de puesta en práctica, una uniformidad en la recogida de información, una educación y entrenamiento de los profesionales para su concienciación, no se hizo. Pero además la Historia Clínica Electrónica, Informatizada o Digital (HCD) no se ha puesto en práctica salvo excepciones y eso es lo que podría haber corregido y disminuido en gran parte los errores de los profanos encargados de la codificación. Hasta tal punto esto es cierto que los hospitales donde se ha implantado la HCD obtienen mejores índices en el Observatorio que en los que no se ha hecho.

Los hospitales que han pasado a manos de la gestión privada resulta que muestran unos índices mucho más satisfactorios, posible e intencionadamente gracias a que las empresas privadas, conocedoras de la importancia de la aplicación correcta del sistema, entrenaron al personal al respecto, para que se las ingeniasen con la codificación y sus cifras fueran muy lucidas. A través de nuestras direcciones de hospitales, durante años pedimos, primero al INSALUD y después a la Conserjería de Sanidad, que nos aportasen a los servicios médicos las cifras de los otros hospitales, para establecer la oportuna comparación de resultados (benchmarking Interservicios). Esas cifras nos llegaron de manos de la direcciones de nuestros centros hace dos años, momento en el que comenzaron a decirnos cómo íbamos en relación con los otros, pero con el sistema de codificación defectuoso y sin haber subsanado los defectos que de principio hemos aludido. Cuando los médicos especialistas, expertos en nuestro campo, hemos visto las cifras expuestas en el Observatorio referido, observamos además que en muchos casos no tienen sentido alguno, ya que dentro de una misma patología no se desglosan diagnósticos específicos, resultados, mortalidad, etc., y que son muy diferentes para cada paciente.

Lo primero que tendrían que explicarles a los ciudadanos de la Comunidad de Madrid es por qué se abrieron todos esos nuevos centros de Atención Primaria y Hospitales en la región, cuando no había dinero para ello, cosa que ya se sabía entonces. Comparando la gestión pública con la privada, se está ofendiendo a los directivos de los centros públicos, ya que al parecer su ineficiencia es manifiesta, cuando en realidad se les ha dado un mero papel de administradores y ahora firmemente fiscalizados. Desde que existen CC.AA., todos los gestores políticos son responsables de la falta de elasticidad histórica de las partidas presupuestarias, la financiación discriminada y los ancestrales mecanismos de control, lo que ha supuesto aumento del aparato burocrático, sin el resultado apetecido.

Otra medida muy criticable es la puesta en práctica del Centro de Gestión de las Listas Quirúrgicas, que le han puesto un nombre inglés, a través del cual se llama a los pacientes y no se les dice la verdad, para ofrecerles que acudan a otros centros concertados. En la ficha de cada paciente consta la

fecha máxima en que ha de ser operado, pero ello no quiere decir que se le opere a veces uno o dos meses antes; sin embargo, cuando lo llaman del Centro referido, se les da esa fecha como día de su intervención y se les advierte de un falso retraso del hospital público en que lo han visto. Ya no solo nuestros propios pacientes, sino médicos de los hospitales pendientes de operar, son testigos y nos denuncian estas prácticas ilícitas

Gestión sanitaria en tiempos de crisis. Nuevos actores y nuevas estrategias en los sistemas de salud

Las nuevas necesidades de los pacientes, el divorcio entre la organización del modelo asistencial actual y los retos sanitarios del siglo XXI, y los avances sociales que han aportado nuevos enfoques y soluciones a los problemas sanitarios hacen que sea urgente repensar las estructuras de los modelos sanitarios para poder aprovechar todo el potencial de los medios disponibles. Todo esto obliga a facilitar la entrada de nuevos actores, nuevas formas de regulación y estrategias innovadoras que mejoren la eficiencia de los servicios sanitarios y garanticen la sostenibilidad del sistema. Los contratos de riesgo compartido entre la Administración y los proveedores, la colaboración público-privada como oportunidad de negocio, la gestión de compras, o la externalización de servicios se perfilan como alternativas al cambio

La evolución sociodemográfica y epidemiológica vivida en los últimos años ha generado la aparición de nuevos problemas de salud, mucho más complejos y diversos, y, por tanto, una mayor demanda de asistencia sanitaria. A esto hay que añadir los nuevos avances sociales que han aportado nuevos enfoques y soluciones a los problemas sanitarios. El resultado es un entorno cambiante e incierto, unido a una situación de dificultad económica y a un momento de crisis del modelo asistencial, "en el que existe un divorcio entre la organización del modelo asistencial actual y los retos sanitarios del siglo XXI", como apunta Eduard Portella, presidente de Antares Consulting, en el que algunas organizaciones han optado por modificar su misión, ampliando su campo de acción, y convirtiéndose en nuevos actores dentro del sistema sanitario.

Un nuevo escenario que ha sido analizado por Antares Consulting, en la sesión "Gestión sanitaria en tiempos de crisis", dedicada en esta ocasión a los nuevos actores y a las nuevas estrategias del sistema, todas ellas destinadas a identificar estrategias innovadoras que mejoren la eficiencia de los servicios sanitarios.

Y es que la complejidad del modelo asistencial que hoy necesitamos exige adaptarse a un nuevo perfil de paciente, mucho más informado y exigente, más complejo desde el punto de vista clínico, y que, además, reclama su empoderamiento. Para ello es necesario organizar una oferta de servicios flexible y orientada a las nuevas necesidades, donde conjugar la complejidad técnica y tecnológica de muchos procesos, con el objetivo de alcanzar la eficiencia. Es lo que muchos expertos han denominado la consolidación del "New Public Management", pasar de un "Estado gestor" a un "Estado garante", donde exista un presupuesto público por resultados; una delimitación de las responsabilidades políticas de las gerencias; una autonomía de gestión; nuevos mecanismos de regulación y de competencia; y donde esté presente la colaboración público-privada.

"Es necesario repensar los modelos sanitarios para que estén adaptados a las nuevas necesidades de los pacientes, para que puedan aprovechar todo el potencial de los medios disponibles, dentro y fuera del sector sanitario, y para que sean más eficientes. Y todo esto nos obliga a facilitar la entrada de nuevos actores y nos exige encontrar nuevas formas de regulación", ha subrayado el presidente de Antares Consulting.

Así pues, en este contexto de nuevos actores y nuevas estrategias para una nueva realidad, están surgiendo empresas que modifican su centro de atención y su misión; organizaciones con un expertise muy concreto en otros sectores que pueden contribuir a mejorar procesos de soporte o asistenciales y empresas de productos que empiezan a desarrollar servicios alrededor de estos productos. Un ámbito, el sociosanitario, en el que las entidades privadas tienen mucho que decir y aportar.

Nueva realidad, nuevos actores

Entre las compañías que ilustran este cambio destaca el ejemplo de Philips Healthcare, históricamente reconocida por sus productos de electrónica, y que hoy se redefine como una empresa de servicios dedicada a la salud y el bienestar con soluciones orientadas a la sostenibilidad de los sistemas sanitarios. "La atención sanitaria nos concierne a todos y para que resulte de calidad y sostenible, todos los agentes debemos involucrarnos, todos podemos comprometernos más allá de suministrar tecnologías", ha subrayado Ignacio Ayerdi, consejero de la compañía.

Entre esas tecnologías que, como ha apuntado el experto, "tienen impacto en el aumento de la esperanza y calidad de vida", destacan los sistemas de diagnóstico por imagen y la cirugía guiada por imagen; soluciones de telemedicina; monitorización de pacientes; sistemas para facilitar las adherencias a los tratamientos; o áreas informáticas de apoyo a los servicios clínicos. Una innovación tecnológica que crece de forma imparable pero que se va a ver entorpecida por la crisis puesto que será difícil luchar contra la obsolescencia tecnológica, "en este caso la fórmula de los riesgos compartidos, se perfila como solución", ha señalado Ayerdi. En otro orden de cosas, el experto ha recordado, además, que la Unión Europea está actuando en el sector del envejecimiento y ha dedicado una fuerte inversión en esta línea en su 7º Programa Marco.

"La tecnología tiene que actuar en materia de prevención, empleando dispositivos que ayuden a conservar la salud, y a partir de ahí debe hacerlo en todas las demás áreas, de forma global e integral", ha argumentado el experto, quien ha defendido también que la tecnología puede ayudar a eliminar la fragmentación del sistema, contribuyendo así a que la Sanidad sea más resolutiva e integral.

Otra experiencia destacable dentro de los nuevos escenarios de atención y las nuevas necesidades de los pacientes es la integración de los servicios, en este caso ejemplificada a través de SARquavita, una plataforma integral de centros y servicios para la atención sanitaria y social de las personas con dependencia en nuestro país que en 2012 se replanteó su estrategia, pasando de ser una empresa dentro del sector social y sociosanitario a una empresa referente en la atención integrada en salud y bienestar, ofertando nuevos productos y servicios basados en las necesidades de las personas mediante una gestión integrada de profesionales y recursos, tal y como ha explicado José Luis Roselló, su subdirector general de Explotación.

De esta manera, la compañía se reinventa en un nuevo escenario estratégico que se caracteriza por la transformación de la atención en los centros residenciales, pasando de una atención residencial a una atención sociosanitaria, en la que el perfil de las personas que atienden es cada vez más sanitario debido al incremento de las patologías de los pacientes y al hecho de que estos estén polimedicados; y definida también por la articulación de un sistema de atención integral en red a enfermos crónicos

avanzados, donde la atención a domicilio, "coordinada, integrada y personalizada", como ha matizado el subdirector general de SARquavitae. Gracias a las nuevas tecnologías, es preventiva, de seguimiento e integral, "lo que hace que se dejen de consumir recursos públicos y se produzcan menos reingresos hospitalarios", como ha apuntado Roselló.

Como retos de futuro el experto ha reclamado la integración con los sistemas de información de salud de las diferentes comunidades autónomas. "No se incorporan datos funcionales a la historia clínica electrónica de los pacientes, a la que tenemos acceso pero en la que aún no podemos volcar información", ha lamentado, a lo que ha añadido que "es fundamental que esto cambie ya que no podemos realizar atención a ciegas, especialmente en los domicilios".

No obstante, Roselló ha mostrado su confianza en las nuevas tecnologías, tales como los servicios de telemonitorización a pacientes con enfermedades crónicas o los servicios de telemedicina, como la teleconsulta o la telerehabilitación, "que nos permitirán avanzar en sistemas de salud personalizada", tal y como ha apuntado. Al hilo, el experto se ha referido a la herramienta NECPAL, diseñada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para valorar e identificar a pacientes con enfermedades crónicas avanzadas, "nos ayudará a mejorar la investigación sobre envejecimiento y cronicidad", ha asegurado.

"El factor clave de la organización de los servicios es la persona y un futuro sostenible de los sistemas de atención social y sanitario pasa por soluciones integradas y por la flexibilización de la compra de servicios, con nuevas formas de financiación orientadas a resultados", ha manifestado Roselló, quien también ha añadido que "la aparición de nuevos actores en los sistemas de salud generará nuevas oportunidades con apertura hacia nuevos mercados".

Otro ejemplo de nueva estrategia en el contexto actual es la colaboración público-privada como oportunidad que aporta valor añadido a las empresas: rentabilidad, diversificación, knowhow, innovación, colaboración a largo plazo... Y es que aunque las Administraciones tengan problemas de solvencia económica, las empresas aún confían en poder establecer alianzas que convengan a ambas partes. "Sí hay oportunidades de negocio en el sector", ha afirmado Ramón Piñeiro, director general de la Sociedad Concesionaria H.U. Infanta Sofía y representante de Acciona, ejemplo de empresa que ha ido evolucionando en su actividad, en un entorno económico social cambiante, concretamente, como concesionaria en centros sanitarios en diferentes países.

"Nuestra misión es llevar a cabo la gestión integral de proyectos de construcción, financiación, y explotación de infraestructuras hospitalarias bajo fórmulas de colaboración público-privada, tanto en España como en mercados internacionales", ha señalado Piñeiro.

Al respecto, el experto ha insistido en que hay que contemplar el contrato más allá de la construcción de una infraestructura. "Es un contrato basado en la prestación de un servicio y no de recursos", ha matizado. Además, para Piñeiro, debe existir una transferencia razonable del riesgo y el operador privado debe posicionarse como un gestor integral. "Hay que hacer que trascienda el concepto cliente-proveedor y promover la cultura de "partnership", de estar "en el mismo barco", bajo un compromiso con la transparencia y la evaluación independiente y objetiva", ha concluido.

Desarrollo de servicios compartidos

Desde el punto de vista de la gestión es fácil comprender la necesidad de estimular las economías de escala tanto en los servicios de soporte como en los servicios asistenciales. Tal es así que algunos

sistemas de salud europeos han empezado a regular sobre la actividad mínima a realizar para que los procesos asistenciales tengan la masa crítica suficiente para garantizar su calidad, seguridad y que el coste unitario sea razonable. El debate, por tanto, ya no está centrado en la conveniencia de los servicios compartidos sino en cómo implantar las formas que garanticen la calidad y la eficiencia.

Ése fue el punto de partida de lo que hoy es el Parque Logístico de la Salud (Parc Logístic de la Salut), un espacio de 18.000 m² que aglutina desde 2006 todos los servicios de soporte de Mútua Terrassa, desde los archivos de historias clínicas (activos y pasivos); al almacén de productos sanitarios y no sanitarios; almacén de farmacia; laboratorio de análisis clínicos; además de la esterilización y la lavandería, que ya estaban externalizadas. Concretamente, la lavandería, la gestionaba una empresa dependiente de la propia entidad y ése fue el modelo que se siguió en el resto de áreas ya que el volumen de la población atendida sobrepasaba las posibilidades de un hospital que no podía crecer debido a su ubicación. "Cuando el Parque nació los que eran compañeros de trabajo pasaron a ser clientes, lo que nos obligó a desarrollar un marco relacional nuevo", ha explicado Joan López, gerente UEN Logística Sanitaria, quien ha especificado que "no somos proveedores sino socios externos que compartimos visión, riesgo, nivel de servicio y conocimiento".

Asimismo, en ese marco relacional se marca una definición conjunta del proceso, eliminando todo aquello que no aporte valor real. Se establece un análisis, planificación y trabajo conjunto como claves del éxito y de minimización del riesgo; las responsabilidades no se traspasan sino que se identifican y se asumen conjuntamente; la calidad del servicio no es subjetiva sino se definen indicadores y se certifican los resultados; el objetivo final es el beneficio mutuo; y las relaciones son estables, no a corto plazo.

Así pues, este modelo de integración y concentración de servicios, tal y como ha desarrollado López, es fruto de una decisión estratégica basada en pasar de comprar servicios a producirlos y, además, de producirlos para otros, estableciendo alianzas con otras instituciones sanitarias.

En definitiva, lo que se ha hecho es ubicar los servicios en un mismo espacio con una visión única; dotarlos de entidad jurídica propia -"out in house"-; crear una solución para todas las necesidades logísticas de los profesionales sanitarios; y poner a disposición de otras entidades estos servicios. Para ello, como ha enumerado el experto, los elementos clave han sido la automatización; las TIC; los sistemas de trazabilidad y calidad; que no haya convenios colectivos sanitarios, excepto en el laboratorio; los sistemas retributivos que incorporan variables de productividad y calidad; la planificación; y el hecho de que todo esté centrado en el profesional sanitario.

"Son soluciones y productos que nacen en el sector salud y para el sector salud, contando con los profesionales para su concepción y desarrollo", ha subrayado López.

Los resultados de esta estrategia de integración de servicios son, fundamentalmente, organizativos, puesto que permiten gestionar de forma diferencial lo asistencial, por un lado, y la logística sanitaria, por otro, ya que son entidades diferentes; pero también económicos, gracias al volumen de compras y las economías de escala. Además, desde el punto de vista de los recursos humanos, es un modelo incentivador para los profesionales no sanitarios y permite sistemas retributivos más flexibles. Del mismo modo, este sistema posibilita la generación de alianzas, proyectos compartidos y benchmarking, incentiva la innovación, la competencia y la eficiencia y facilita proyectos de I+D.

Otro ejemplo de economía de escala es Bionexo, un "market place" virtual que pone en contacto a proveedores y organizaciones sanitarias, de manera individualizada o agrupada, para hacer más transparentes y eficientes los procesos de compras con resultados significativos, ya que se disminuyen

los costos asociados a las actividades de compra-venta y se simplifican los procesos internos de compras. Actualmente, más de 800 hospitales utilizan Bionexo, una herramienta de alcance global, a través de Internet, que ofrece mayor poder de negociación, con disponibilidad 7 días a la semana, las 24 horas al día, que ya utilizan más de 13.000 proveedores y más de 20.000 usuarios directos. En España, Bionexo está presente en Barcelona, Tarragona, Las Palmas de Gran Canaria y Murcia.

Y es que, en el ámbito sanitario, el paradigma de la economía de escala es la gestión de compras, un ámbito con amplias posibilidades, "si se compra profesionalmente, conociendo permanentemente los mercados, auditando las compras y dándole la importancia estratégica que tiene debido al alto porcentaje de gasto que suponen para las instituciones sanitarias", tal y como ha señalado Mauricio Barbosa, presidente de Bionexo, quien ha añadido que "comprar bien ya no es suficiente, hay que hacer que las compras sean sostenibles y eficientes". Así pues, según sus propias palabras, mientras que es habitual que alguien que se quiera comprar un coche, un ordenador o un televisor compare precios y prestaciones, no tiene sentido que los productos sanitarios "se sigan comprando como hace treinta años".

En este sentido, entre las ventajas de esta estrategia, cuyo objetivo final es el ahorro en compras por volumen, destaca que se puede usar tanto por hospitales como por centrales de compras, siendo un complemento a las centrales de compras, "puesto que no son incompatibles", como ha matizado Barbosa. Ofrece total confidencialidad, trazabilidad y transparencia en la decisión de compra, es una herramienta con una metodología asociada en la que se acompañan las solicitudes de ofertas desde el inicio y permanentemente, no existe un catálogo exclusivo de la compañía sino que se trabaja con el mismo catálogo de productos del hospital, no hace falta constituir una central de compras real ya que se puede trabajar como una entidad virtual agregando volúmenes y el cliente es el hospital quien paga un fijo mensual.

Por el contrario, algunas dificultades que se presentan es que el hospital pierde la decisión de compra y de elección de producto y marca, ya que quien negocia con los proveedores es la central de compras; además, la central de compras cobra del hospital usuario, así como del proveedor, lo que encarece el producto ya que el proveedor lo traslada a la oferta; y las negociaciones con los proveedores se realizan fuera del ámbito del hospital y no siempre se traslada toda la información al hospital. Del mismo modo, el presidente de Bionexo señalaba que es necesario un cambio cultural para el uso de las nuevas tecnologías, "puesto que las grandes inercias profesionales internas dificultan los cambios y las organizaciones y están muy acostumbradas al reabastecimiento y no a la gestión de compras", como ha apuntado, y reclamaba también un ámbito regulatorio "más flexible".

En la misma línea de desarrollo de servicios compartidos cabe destacar la estrategia del Consorcio Hospitalario de Vic, un conjunto asistencial que integra tres hospitales concertados de tres comarcas cercanas, de diferente naturaleza, y que ahora inicia una acción coordinada con otros dos hospitales de su entorno para la puesta en marcha de servicios compartidos. Una iniciativa eficiente de concentración de servicios que, como ha explicado Antoni Anglada, director gerente del Consorcio Hospitalario de Vic, exige una masa crítica de profesionales y un número de casos determinado, permite el acceso a un nuevo conocimiento para proporcionar el tratamiento adecuado al paciente, genera economías de escala y minimiza los costes externos. "Estos centros no tienen gran tamaño por separado pero juntos tienen masa crítica suficiente para reducir sus costes, gracias a las economías de escala, y para acceder a servicios normalmente vetados a un hospital pequeño", ha argumentado Anglada.

Así pues, en el abordaje de esta gestión compartida, desde el ámbito de la empresa, se proporcionan servicios de soporte, materializados en alianzas, servicios compartidos y gestión multihospital, lo que genera economías de escala y, por tanto, eficiencia, disminución de costes y nuevos servicios.

Además, desde el punto de vista del negocio (core), se suministran servicios asistenciales gracias a alianzas estratégicas, generándose una economía del conocimiento; y también se contempla un área de planificación sanitaria y de compras.

En opinión de Anglada, como elementos clave de los servicios compartidos, ha de existir una cultura de las organizaciones adaptada para esta fórmula. Además es indispensable un proyecto técnico, es decir, una cartera servicios, tecnología, conocimiento y habilidades, pero también una "cultura del cambio"; liderazgo del equipo clínico; buenos sistemas de información que ayuden al clínico que se desplaza por los diferentes centros; responsables legales, tanto laboral, como mercantil y civil; y corresponsabilidad económica, puesto que los servicios clínicos ya no son de un hospital en exclusiva, sino del conjunto.

Por último, como ventajas del modelo el experto ha identificado la calidad del conocimiento; la continuidad y la homogeneidad clínica; la proximidad del servicio; la equidad de los resultados, puesto que el criterio es el mismo, en este caso, en los tres hospitales; y una mayor eficiencia del sistema.

De la misma opinión se ha mostrado Esteban Carrillo, senior manager de Antares Consulting, quien ha profundizado en las razones que evidencian que compartir la producción de ciertos servicios o prestaciones, tanto en el corto, como en medio y el largo plazo, es eficiente. Entre otras, se disminuyen los costes unitarios; se consigue un número suficiente de casos; se produce una amortización rápida de las inversiones; se desarrollan nuevas formas de producción y especialización; se genera valor y se crean nuevas prestaciones. Como "drivers" que impulsan la estrategia de compartir los servicios clínicos entre hospitales, Carrillo ha señalado la transferencia de riesgo al proveedor, la irrupción de las TIC, la experiencia de la externalización de servicios, la especialización en las nuevas tecnologías, y la emergencia de nuevos actores con otro knowhow.

Además, para Carrillo, los servicios compartidos deben ser pensados como un modelo de negocio, con aportaciones de valor añadido sobre el servicio actual: en cartera de servicios, en calidad, en conocimiento, en gestión del proceso, en resultados...; con niveles de eficiencia que le permitan competir con ventaja en el mercado y con potencial para captar nuevos clientes dado que su origen se basa en que se beneficia de las economías de escala.

Asimismo, el experto ha enumerado los factores que han facilitado su implantación, tales como, los sistemas de acreditación, la movilidad de los profesionales, y la disponibilidad de herramientas de trabajo colaborativo. Y, por el contrario, se ha referido a la rigidez de los servicios públicos como barreras que lo dificultan.

"Compartir servicios es una fuente de innovación estratégica y también una oportunidad para repensar la organización global de los servicios sanitarios", ha concluido el experto.

Contratos de riesgo compartido

La financiación de los servicios ha ido evolucionando desde la histórica situación en que se financiaba la disponibilidad de un recurso a la financiación de la actividad. Hoy hemos entrado en la financiación de resultados, con la asunción de riesgo para cada una de las partes. En este sentido, las nuevas políticas de financiación de medicamentos deben ir dirigidas más a la gestión de las compras que a la fijación de precios y, según se apunta desde algunos estamentos, puede ser una alternativa a tener en cuenta la puesta en marcha de contratos de riesgo compartido, especialmente para aquellos medicamentos cuya eficacia presenta una mayor incertidumbre, en casos muy concretos, principalmente en patologías graves y de baja incidencia donde el patrón de respuesta es muy variable.

Así pues, los formatos para la implantación y desarrollo del riesgo compartido, como una alternativa para financiar nuevos medicamentos en el Sistema Nacional de Salud (SNS), están en el centro del debate.

Joan Barrubés, director de Antares Consulting, se ha referido a los enfoques y modelos de contratos de riesgo compartido entre la Administración y el sector privado y ha apostado por un cambio de tendencia para mantener los niveles de innovación, ya que, como ha señalado, "la regulación mediante el precio y los copagos, es una medida insuficiente y la presión en el precio limita la innovación".

En este contexto de evolución de los sistemas de pago a los proveedores sanitarios, donde se pasa de políticas de pago a proveedores basadas en la regulación de precio al pago en función de la utilización, calidad y/o coste efectividad, los acuerdos de riesgo compartido pueden ser el nuevo paradigma en el acceso a nuevas infraestructuras y a la innovación en medicamentos y tecnologías sanitarias.

Así pues, según ha identificado Barrubés en la industria farmacéutica y en tecnologías sanitarias se pueden identificar varios modelos de "riesgo compartido": acuerdos por precio-volumen, acuerdos globales de retorno o devolución, acuerdos de acceso a pacientes, basados en cumplimiento, y en función de resultados clínicos.

Como ventajas de los acuerdos de riesgo compartido, el director de Antares Consulting se ha referido, por un lado, a las que perciben los financiadores, tales como el acceso a la innovación, la limitación de las incertidumbres del impacto económico, la generación de incentivos a la promoción del consumo y a la utilización coste-efectiva, y la generación de experiencia y conocimientos sobre resultados. Las que perciben los profesionales, entre otras, disponer de alternativas diagnósticas y/o terapéuticas eficaces, las que benefician a los pacientes, como el hecho de que puedan acceder a tratamientos innovadores, y las que recaen sobre la industria, que puede acceder a la financiación de productos innovadores. Se crea un marco estable para financiar la innovación, se obtiene información y conocimiento sobre sus productos innovadores en un entorno real, y se minimizan los costes en ámbitos promocionales.

Por el contrario, algunas de las barreras y dificultades para la puesta en marcha de los contratos de riesgo compartido residen en que la generalización de los modelos de pago basados en transferencia de riesgo es un proceso lento; que se trata de un diseño de acuerdo micro, es decir, caso por caso; que supone una elevada complejidad técnica; que la negociación entre financiador y compañía generalmente es larga y con acuerdos legales extensos; por último, la dificultad que entraña la definición de "desempeño", en su medición y seguimiento.

Es por ello que, para el experto es vital que se produzca un alineamiento real de los objetivos entre el financiador y la compañía; que los acuerdos sean válidos para algunos casos, pero difícilmente generalizables para todos los productos, tanto en tecnología como en medicamentos; que se desarrollen sistemas de información, basados en la confidencialidad de datos y la transparencia, para poder medir los resultados; y, por último, que se cambie el paradigma de la relación de cliente-proveedor a socio-colaborador.

En otro orden de cosas, desde la perspectiva del sector farmacéutico también se están empezando a desarrollar fórmulas de financiación de los medicamentos según los resultados entre compañías y servicios regionales de salud. Tal es el caso de AstraZéneca, que, como ha explicado Alberto Rubio, market access manager de la compañía, en estos momentos mantienen un programa piloto de acuerdo de riesgo compartido en un medicamento oncológico indicado para un tipo específico de cáncer de pulmón.

Del mismo modo, aunque las compañías de tecnología sanitaria tienen una larga experiencia y camino recorrido con los diferentes proveedores de servicios de salud públicos y privados, el nuevo entorno sugiere nuevos formatos. En este sentido, Javier Colás, director general de Medtronic, ha explicado su experiencia y ha defendido que "no hay sostenibilidad sin innovación" y, al hilo, ha subrayado que hay que tratar de utilizar mejor la tecnología sanitaria de nuestro país, haciéndose necesario concentrar la alta tecnología en los centros de referencia.

Asimismo, Colás ha defendido la creación del "valor compartido", ya que se trata de una mejora de los procesos sanitarios enfocada a fortalecer las agrupaciones locales de proveedores de innovación y proveedores de servicios de asistencia sanitaria con la finalidad de aumentar la eficiencia de las unidades clínicas, su calidad y su sostenibilidad. Y, entre sus principios, ha destacado la visión y el interés común, la relación a largo plazo, la unión de esfuerzos, y el hecho de que se compartan riesgos y beneficios. Así pues, en la creación de valor compartido con la innovación tecnológica Colás ha señalado como oportunidades que ésta facilita la autonomía de la gestión clínica, genera productos y servicios para la eficiencia en la gestión clínica, y redefine la contribución de la industria tecnológica en la cadena de valor.

En este contexto, hay que señalar una de las primeras experiencias de riesgo compartido firmadas en España con el Ministerio de Sanidad, concretamente, para un producto de terapia celular destinado a la reparación del cartílago de la rodilla. "Se trata de una herramienta para nivelar la sostenibilidad e innovación buscando un acuerdo entre el financiador y la empresa basado en los resultados", explicaba en otro foro Glòria Roé, business director de TIGENIX para España y Portugal, quien, además, defendía que el objetivo de esta herramienta es garantizar que los recursos públicos se utilicen según los resultados en salud, lo que evita el crecimiento descontrolado del gasto público. "En España es una experiencia incipiente y, aunque en Bélgica y en Holanda ya es una realidad, en nuestro país estamos rompiendo moldes en este sentido", ha manifestado Roé, quien también ha añadido que a la hora de establecer acuerdos de riesgo compartido se ha de realizar una selección adecuada y exhaustiva de pacientes, puesto que el fármaco debe ser para aquellos en los que se obtengan mayores beneficios y para centros y hospitales de referencia y equipos de alto nivel.

En este sentido, uno de los grandes escollos es mantener el equilibrio entre la innovación terapéutica y la sostenibilidad del sistema, de hecho, no hay que obviar que España ha pasado de ser uno de los países de la Unión Europea con el nivel de acceso a nuevos medicamentos más elevado a uno de los que más tarde los incorporan. Es por ello que, desde la subdirección general de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad se ha defendido que la innovación debe ser valorada en función de su contribución en resultados en salud. "La industria ha entendido que la innovación por definición no puede ser más cara de lo ya existente, de hecho, ya está introduciendo elementos de moderación y son numerosas las nuevas moléculas cuyo coste-tratamiento-día son inferiores a los estándares", defendía Carlos Lens, en una jornada sobre gestión de la prestación farmacéutica, del mismo modo que también subrayaba que "si queremos que el SNS financie la innovación hay que plantearse una innovación incremental y a qué coste". Al hilo, el subdirector general de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios remarcaba que para seguir financiando la innovación hay que realizar un ejercicio de racionalidad por todas las partes. "Intentaremos financiar la innovación, pero hay que avanzar en otras fórmulas como el riesgo compartido o el pago por resultados. Es complicado pero se está trabajando en ello", concluía.

Por otra parte, en el ámbito internacional, las experiencias de riesgo compartido también son una realidad en países como Italia y Reino Unido. En el caso de Italia, se utiliza para los nuevos tratamientos oncológicos desde 2006 y, además, se aplican diferentes variantes de este modelo. Así, hay casos en los que el laboratorio paga el primer ciclo de tratamiento y a partir de ahí se hace cargo el

Estado, sólo en los pacientes respondedores, como han explicado los expertos, y otros en los que directamente se paga a posteriori en función de los resultados de supervivencia y mejora de calidad de vida que demuestre su uso. Otro ejemplo es Reino Unido, donde se comenzaron a utilizar con algunos nuevos tratamientos para la esclerosis múltiple y actualmente ya es una práctica habitual.

Regulación de los nuevos escenarios sanitarios

Los nuevos actores y las nuevas formas de trabajo se están introduciendo en el sistema sanitario con distinta intensidad y mediante distintas opciones. Este hecho obliga a la Administración a repensar el ejercicio de sus funciones, desde su posición prestadora de servicios a garante de la calidad y la seguridad de los mismos. En este contexto, dos consejerías de Sanidad, Cataluña y Castilla-La Mancha, representadas por sus consejeros, Boi Ruiz y José Ignacio Echániz, han presentado, en la clausura de la jornada, las medidas adoptadas en sus departamentos, "todas encaminadas, con el esfuerzo de una gestión seria y rigurosa, a conseguir una Sanidad eficiente y donde son necesarios cambios profundos que dejarán huella y darán resultado en el futuro", tal y como ha señalado el Consejero de Sanidad y Asuntos Sociales de Castilla-La Mancha.

Del mismo modo, Echániz, ha defendido que "es momento para que entren en juego nuevos actores y nuevos modelos de gestión", entre ellos, la colaboración público-privada, un modelo que permite la transferencia de riesgo al proveedor y proporciona un marco de actuación más flexible.

Además, el responsable de la Sanidad castellanomanchega se ha referido a la necesidad de potenciar la Atención Primaria, y la oportunidad de integrarla junto con Atención Especializada, e, incluso, incorporando también la gestión de las competencias sociosanitarias, "nuestro sistema sanitario se diseñó para responder a las necesidades del paciente agudo, pero en estos momentos nos enfrentamos un nuevo perfil de paciente, crónico y pluripatológico, que precisa de una atención más transversal", ha manifestado. En definitiva, Echániz ha defendido el impulso de las gerencias únicas de atención sanitaria y social, "un modelo hacia el que Europa avanza", según ha matizado.

Por otra parte, entre los retos que se plantean desde la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de Castilla-La Mancha, su consejero ha destacado la "profunda" incorporación de las nuevas tecnologías, como la puesta en marcha de la historia clínica digital y la implantación de la receta electrónica, "una medida beneficiosa porque evitará desplazamientos innecesarios en el ámbito de la Atención Primaria", según palabras de Echániz.

Al igual que su homólogo, el consejero de Salud de Cataluña, Boi Ruiz, también ha subrayado la necesidad de reformar el modelo asistencial y se ha referido a la oportunidad de definir un nuevo marco alternativo a la gestión administrativa para los servicios públicos sanitarios, basado en los principios del Buen Gobierno: participación, transparencia y rendición de cuentas. "Hay que recuperar la propiedad del sistema sanitario público para los ciudadanos porque hace mucho tiempo que la han perdido, esa es la verdadera democracia sanitaria", ha afirmado Boi Ruiz.

"Somos responsables de un cambio en la demanda, fruto del éxito de un sistema sanitario público que da respuesta a ciertas enfermedades y que retrasa los efectos letales de muchas otras, convirtiéndolas en crónicas", ha argumentado el máximo responsable de la Sanidad catalana. Del mismo modo ha reconocido que "el sistema aun tiene excesiva regulación que no ha sido reformada y que nace en el reglamento de la Seguridad Social, con una trama administrativa que habrá que revisar si se quieren hacer adaptaciones oportunas". Coincidiendo con la opinión de Echániz, el consejero catalán ha evidenciado que el sistema está basado en equipamientos más que en servicios, "muy orientado a la producción de actividad y no a resultados".

En este sentido, para hacer frente a todos estos retos, Ruiz ha afirmado que "necesitamos un sistema asistencial proactivo, en el que cambie la concepción de la esencia médica desde el ámbito de la formación hasta la asistencia en el siglo XXI, pasando de un sistema que esté dirigido no sólo el siniestro sino que también esté orientado hacia el riesgo, no podremos aguantar un sistema sanitario que sólo esté armado hasta los dientes esperando a resolver el siniestro y no sea proactivo hacia el riesgo".

"Esa debería ser la reorientación del sistema sanitario y para eso se necesitan otras reglas de juego, otro planteamiento organizativo y otras políticas, no sólo públicas, sino también empresariales, industriales y laborales. En definitiva, un cambio profundo si queremos que el sistema sea sostenible, en el que la eficiencia clínica va a ser lo que nos va a dar la eficiencia económica", ha señalado Boi Ruiz.

En esta misma línea, el consejero de Salud de Cataluña insistía en que son necesarios modelos asistenciales no compartimentados, "en lugar de hospitales que tienen servicios, tenemos que apostar por servicios que tienen hospitales", y donde las relaciones contractuales con el proveedor de servicios vengan marcadas en función de resultados.

"Necesitamos gestionar sistemas, no estructuras" ha reconocido Boi Ruiz, quien también ha manifestado que "tenemos que exprimir al máximo el euro que pagan los ciudadanos". En otro orden de cosas, el consejero concluía que el sector salud es un sector de innovación que genera riqueza, "la Sanidad es economía productiva, no es política keynesiana, genera valor añadido porque detrás hay una industria y hay investigación".

NOTICIAS CESM

CONFEDERACIÓN. Registro profesional y RRHH, ejes de la mesa médica de la conferencia Foro-Sanidad

El pacto entre el **Foro de la Profesión Médica**, de Enfermería y el Ministerio de Sanidad, firmado el pasado mes de julio, culminará el próximo 21 de octubre con una conferencia conjunta en la que se explicarán y concretarán los puntos de un acuerdo que tiene tres ejes: Pacto por la Sanidad, Recursos Humanos y Gestión Clínica, y al que están invitadas todas las autonomías y partidos políticos.

Como avanza DIARIO MÉDICO, Sanidad y las organizaciones profesionales han acordado que el encuentro gire alrededor de tres mesas: general, médica y enfermera. En la primera, en la que participará un representante del Foro y otro Enfermería y que coordinará Julio Sánchez Fierro, vicepresidente del Consejo Asesor, se procurará poner encima de la mesa todos los detalles del pacto político y profundizar en aquellas cuestiones comunes que afectan tanto a los médicos como a los enfermeros. En la mesa médica, que moderará el presidente de **CESM, Albert Tomàs**, habrá una representación de las sociedades científicas, sindicatos y Ministerio. Javier Castrodeza, director general de Ordenación Profesional, Bajo Arenas, presidente de Facme, y **Francisco Miralles**, secretario general de CESM, explicarán de qué manera afectará el acuerdo al facultativo, profundizando en aquellos temas que tradicionalmente han preocupado más al profesional: recursos humanos y registro.

En la mesa enfermera estarán Máximo González Jurado y Víctor Aznar, presidentes del Consejo General de Enfermería y de Satse, respectivamente.

Fuentes: DIARIO MÉDICO, 10-10-2013

<http://www.diariomedico.com/2013/10/09/area-profesional/profesion/registro-profesional-rrhh-ejes-mesa-medica-conferencia-foro-sanidad>

CONFEDERACIÓN. La Fundación A.M.A. y CESM han renovado el convenio de colaboración para la financiación de las actividades científicas y de formación de la Confederación

La Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) y la Fundación A.M.A. acaban de renovar el convenio de colaboración con el que la primera contribuye a la financiación de las actividades científicas y de formación que la Confederación organiza en beneficio de todos sus afiliados.

Con independencia, el personal de la Mutua atenderá a los médicos, como hasta ahora, en sus oficinas, para cualquier tramitación que tenga que realizar sobre los diversos seguros que AMA comercializa: Automóviles; Responsabilidad Civil Profesional; Multiforme de Hogar; Multirriesgo de Establecimientos Sanitarios; Accidentes Personales, etc.

Fuentes: CESM, 10-10-2013

<http://www.CESM.org.es/images/009/CARTAS%20CESM%20IMPRESA%20OK.pdf>

ANDALUCÍA. El TSJA da la razón al Sindicato Médico de Sevilla y reconoce que el SAS vulneró el derecho a la huelga de los médicos

El Tribunal Superior de Justicia de Andalucía (TSJA) considera injustificados los servicios mínimos que estableció el Servicio Andaluz de Salud (SAS) durante el calendario de huelgas intermitentes que convocó el **Sindicato Médico Andaluz** a principios de año, contra los recortes permanentes a las condiciones laborales en el SAS. El **Sindicato Médico de Sevilla** (SmS) consideró abusivos los servicios mínimos impuestos para esta movilización, que en todos los casos superaban el 50% del personal, llegando, en algunos servicios, hasta el 100%, y ahora el Tribunal Superior de Justicia le da la razón.

El alto tribunal reconoce que el SAS vulneró el derecho a huelga de los galenos, anula la resolución de la administración sanitaria y le impone el pago de costas de hasta 500 euros. Dice asimismo que en la resolución que emitió el SAS "no se aportan razones que permitan concluir que existe un verdadero juicio de proporcionalidad en los servicios que se imponen a los huelguistas".

(*) Documento: [Sentencia del TSJA, dictada el 3 de octubre, por la sala de lo Contencioso Administrativo.](#)

Fuentes: SINDICATO MÉDICO ANDALUZ, 09-10-2013

<http://www.smandaluz.com/sentencia-tribunal-superior-justicia-andalucia-reconoce-que-sas-vulnero-nuestro-derecho-huelga>

Se hacen eco: DIARIO DE SEVILLA, 10-10-2013; ABC, 10-10-2013 (pág. 30 de la edición impresa); PRESS PEOPLE, 09-10-2013

<http://www.diariodesevilla.es/article/sevilla/1620763/tsja/reconoce/sas/vulnero/derecho/la/huelga/los/medicos.html>

<http://www.presspeople.com/nota/sentencia-tribunal-superior-justicia-andalucia-reconoce>

VARIAS CC.AA. El Consejo de Europa asegura que las medidas de austeridad en Sanidad socavan los derechos humanos en España

El Consejo de Europa hizo público ayer un demoledor informe de su comisario de Derechos Humanos (DDHH), Nils Muižnieks, en el que critica duramente la reforma sanitaria iniciada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad con el Real Decreto 16/2012. Tras su visita a España entre el 3 y el 7 de junio de este año, Muižnieks ha presentado sus conclusiones en Estrasburgo. Un severo tirón de orejas este informe, en el que se advierte de que “los recortes efectuados en los presupuestos sociales, educativos y de salud han conducido al preocupante incremento de la pobreza de las familias en España, y esto ha tenido repercusiones particularmente desfavorables en el goce de los derechos humanos. Las autoridades españolas deberían redoblar esfuerzos para garantizar que se respeten debidamente los derechos humanos de las personas vulnerables en el contexto de las medidas de austeridad” -concluye.

En el área de sanidad, el representante europeo niega la mayor defendida los últimos dos años por la ministra del ramo, Ana Mato, de que, tras el 16/2012, España mantiene su apuesta por una sanidad “pública, universal y gratuita”. “Hasta 2012, España ofrecía un sistema sanitario universal y de acceso gratuito a la asistencia”, subraya Muižnieks. El Consejo no se mete en si la sanidad sigue siendo pública o no, aunque tiene muy claro con su sentencia que aquello de gratis y universal es cosa del pasado después de excluir a los inmigrantes en situación irregular de la asistencia continuada gratuita.

La sanidad española ha sufrido en 2012 un importante recorte presupuestario que “ha repercutido en la disponibilidad, el acceso y la calidad de sus servicios sanitarios”, continúa Muižnieks, que se muestra especialmente preocupado por la atención sanitaria que reciben los niños. “En general, los recortes masivos en personal médico, salud pública, servicios de Atención Primaria, el cierre de servicios de urgencias y la introducción del copago farmacéutico tienen un impacto desproporcionado en el acceso de los niños a la atención sanitaria”, sentencia en su informe.

Tras reunirse con representantes de varias ONGs, el comisario subraya su preocupación por los casos en los que los hijos de inmigrantes no reciben asistencia porque sus padres no saben que, aunque ellos tengan que pagar por ella, sus hijos pueden recibirla sin coste. Además, citando también a las ONGs, pone el acento sobre varios casos de menores a los que se les ha denegado la asistencia en servicios de urgencias, situación que podría violar la Convención sobre los Derechos del Niño de Naciones Unidas, advierte (art. 21).

En general, los recortes masivos en el personal médico y en la financiación de los centros de salud pública y de otros servicios de atención primaria de salud, el cierre de servicios de emergencia y la necesidad de que los pacientes paguen un porcentaje de los medicamentos han tenido un impacto desproporcionado en el acceso de los niños a la atención sanitaria -apunta. Estas limitaciones han conducido a una atención sanitaria menos preventiva y han reducido la atención de aquellos problemas

de salud considerados menos importantes, como la atención odontológica y la asistencia psicosocial, cuya demanda aumenta en tiempos de crisis. (art. 22)

(*) Para acceder al [Informe del Consejo de Europa, pinchar aquí](#).

(*) Para leer las [observaciones de las autoridades españolas, pinchar aquí](#).

Fuentes: CONSEJO DE EUROPA- COMISARIO PARA LOS DDHH, 10-10-2013

http://www.coe.int/t/commissioner/News/2013/131009Spain_es.asp

VARIAS CC.AA. Rajoy elude mencionar el copago hospitalario y la exclusión de los inmigrantes sin papeles de la Sanidad pública pero justifica las medidas en la corrección del “desequilibrio económico”

El presidente del Gobierno, Mariano Rajoy, ha eludido referirse al copago hospitalario y a la exclusión de los inmigrantes sin papeles de la asistencia sanitaria al ser preguntado por el portavoz socialista Alfredo Pérez Rubalcaba en la sesión de control de este miércoles en el Congreso. Mientras que Rubalcaba ha tachado de “chapuza” esta medida ‘recordándole’ que ninguna consejería la ha aplicado, Rajoy se ha limitado a justificar estas decisiones (sin mentarlas) en “los gravísimos desequilibrios económicos” producidos, según él, “entre 2008 y 2011” - informan REDACCIÓN MÉDICA y DIARIO MÉDICO.

Fuentes: REDACCIÓN MÉDICA, 10-10-2013; DIARIO MÉDICO, 10-10-2013

<http://www.redaccionmedica.com/noticia/rajoy-justifica-el-copago-hospitalario-en-la-correccion-del-desequilibrio-economico-3664>

<http://www.diariomedico.com/2013/10/09/area-profesional/sanidad/rubalcaba-a-rajoy-devuelva-universalidad-elimine-copago-hospitalario>

NOTICIAS GENERALES

ACTA  SANITARIA

El IDIS insiste sobre la colaboración asistencial pública/privada, al ejemplo de Castilla La Mancha

A raíz de la polémica surgida en los últimos días como consecuencia de la derivación de pacientes de Castilla-La Mancha a clínicas privadas de Madrid, el Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS), entidad que representa de forma amplia al sector de la sanidad privada en España, ha hecho público un comunicado en el que pone de manifiesto que dicha actuación, regulada a través de los conciertos, goza de amplia tradición en nuestro país y además, insiste, el coste de la asistencia privada es más barato.

<http://www.sindicatomedico.es/>

El comunicado del IDIS es el siguiente:

1. El establecimiento de conciertos para la realización de procesos entre el sector público y privado constituye una fórmula de colaboración público-privada ampliamente validada y asentada no solo en España sino también en todos los países occidentales más desarrollados, con una trayectoria amplia en nuestro país que permite dar cobertura a toda la población. Los conciertos están orientados a desahogar las listas de espera del sector público, así como a ofrecer un apoyo por parte de la sanidad privada para que se cumplan los decretos que establecen los tiempos máximos de respuesta para determinadas patologías y actos, los cuales varían sin duda de una comunidad a otra.
2. Sólo con la optimización de todos los recursos sanitarios, públicos y privados, se conseguirán los máximos niveles de asistencia sanitaria de la población: no debe importar quién haga la provisión de servicios, sino cuáles son los resultados sanitarios de la misma. El IDIS hace una clara apuesta por la transparencia en la comunicación de resultados y prueba de ello es la presentación del ESTUDIO RESA (Resultados en Salud) en hospitales privados, el primero de estas características llevado a cabo en España, del que se han elaborado ya dos ediciones.
3. La eficiencia de los centros privados es incuestionable: los costes de los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD's) en el sector privado son, de media, alrededor de un 45% inferiores respecto al sector público. A modo de ejemplo, la sustitución de cadera tiene un coste superior a los 9.000 euros en el sistema público y de poco más de 6.000 en el sistema privado; la liberación del túnel carpiano cuesta 1.400 euros en el sistema público y 658 de media en el privado; y los procedimientos sobre el pie, 2.887 frente a 1.000 euros.
4. El sector sanitario privado ha hecho una importante apuesta por la incorporación de equipamientos de alta tecnología y muestra de ello es que cuenta con el 56% de los PET y con el 37% de los TAC ubicados en nuestro país. En este punto, los hospitales privados cuentan con certificaciones de calidad que garantizan una mejora continua de la calidad y seguridad del paciente. Todo ello redundará en unos niveles de satisfacción muy elevados por parte de nuestros pacientes y familiares, manifestado en el Barómetro de la Sanidad Privada, en el que año tras año, en cerca del 90% de los casos, afirman que recomendarían la sanidad privada sin ninguna duda.

Castilla La Mancha es un ejemplo de colaboración público-privada donde ambas provisiones han permitido hasta el momento actual un acceso incuestionable al sistema sanitario a la población: el sector privado representa el 31% de los hospitales en Castilla La Mancha y en él se lleva a cabo casi el 20% de los actos quirúrgicos de la Comunidad. Por todo ello, concluye que:

- El IDIS ha apostado desde el principio por la necesaria complementariedad e integración de ambos sistemas, público y privado, en torno al paciente, de forma que se evite la utilización ineficiente de los recursos, bien sea por duplicidades en el uso o consumo o bien como consecuencia de carencias de estrategias conjuntas y sinérgicas de actuación.
- El IDIS siempre ha ofrecido los servicios de sus representados para que en la medida de sus posibilidades ayuden en todo lo que las administraciones crean que puedan aportar, tanto para garantizar la cartera de servicios básica a toda la población como para dar la mayor cobertura complementaria posible, en favor de seguir teniendo un sistema sanitario con los estándares más altos de calidad y excelencia.
- En el futuro IDIS aboga por un flujo abierto de pacientes entre los dos sistemas de aseguramiento y provisión, de tal forma que sea el paciente el que decida y opte en cada momento por qué entorno quiere utilizar. Para ello son indispensables unos criterios de interoperabilidad perfectamente asentados, una historia clínica accesible por todos los

profesionales y un reconocimiento mutuo de las intervenciones realizadas por unos profesionales y otros. Ello evitaría duplicidades y redundaría en una mayor eficiencia que dotaría sin duda de estabilidad y garantía al modelo.

Los médicos abogan por un equilibrio prudente entre sus valores humanos y los avances científicos

En la actualidad, la formación en Bioética juega un papel muy importante porque el profesional debe tener en cuenta los valores del paciente para que sus decisiones sean correctas y de calidad. Esta es una de las premisas barajadas en la Jornada-Debate "Retos éticos en Atención Primaria", celebrada en la sede del Colegio de Médicos de Cantabria, en Santander

A lo largo de la Jornada, organizada por la Fundación de Ciencias de la Salud y la Fundación para la Formación de la Organización Médica Colegial, FFOMC, con la colaboración del Colegio de Médicos de Cantabria y GlaxoSmithKline, GSK, quedó puesto de manifiesto que la Atención Primaria es la puerta de entrada de los ciudadanos al sistema de salud, en donde confluyen con frecuencia conflictos éticos entre los profesionales y los pacientes, no por discrepancias en lo que se viene a llamar "hechos", sino por cuestiones relacionadas con el "valor", debido a la pluralidad de la sociedad.

En este escenario, al profesional sanitario, que necesita gestionar de modo correcto estos conflictos de valor, se le plantean dos retos principales a veces difíciles de cuadrar: buscar la excelencia en su gestión y, al mismo tiempo, hacer un uso responsable de los recursos. Para el doctor Tomás Cobo, presidente del Colegio de Médicos de Cantabria, "la formación en Bioética juega, en la actualidad, un papel muy importante porque el profesional debe tener en cuenta los valores del paciente para que sus decisiones sean correctas y de calidad".

Asimismo, el experto ha resaltado que, "por encima de todo, el médico tiene que mantener sus valores humanos, pero sin olvidar los avances científicos", y ha recalcado la importancia de diferenciar entre moralidad y ética, pues "la primera ha sido cambiante a lo largo de la historia, mientras que la ética es el equilibrio entre una mente clara y un corazón tierno".

La excelencia

La excelencia es uno de los retos éticos más importantes de nuestro sistema sanitario. "Este objetivo se podría alcanzar cuando cada profesional se lo proponga de manera individual", ha apuntado por su parte el doctor Víctor J. Suberviola, coordinador del Grupo de Trabajo de Bioética de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria, SVMFIC. La búsqueda de la excelencia, añadió, "es una obligación de todas las empresas -especialmente las sanitarias-, que exigen eficiencia y calidad en sus actuaciones".

Bajo estas mismas premisas, se ha presentado la guía de ética "Retos éticos en Atención Primaria", que pretende contribuir a la resolución de conflictos de valores en los centros de salud. Editada por la Fundación de Ciencias de la Salud y la FFOMC, en colaboración con GSK, es la sexta de una serie de guías de ética en la práctica médica que estas instituciones vienen publicando conjuntamente en los últimos años. Las publicaciones previas trataron temas tales como la intimidad y confidencialidad, los cuidados paliativos, la objeción de conciencia, los incentivos a profesionales sanitarios y la planificación anticipada de la asistencia médica.

Otros de los retos éticos de la medicina actual, con especial relevancia en el primer nivel asistencial, es su vertebración en torno al paciente. Según el doctor Antonio Moya, miembro del Grupo de Bioética de la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria, SoMaMFYC, los profesionales sanitarios "seguimos escorados hacia los aspectos más biológicos de la enfermedad y damos poca relevancia a los psicosociales. "Si conseguimos una relación clínica más humana y de mayor calidad, se producirán menos conflictos y mejorará la satisfacción de profesionales y pacientes". En el caso concreto de la atención primaria, "debe primar el compromiso con las personas porque es la razón de ser de la Medicina de Familia", subraya.

Los valores en la práctica asistencial

Según el profesor Diego Gracia, presidente de la Fundación de Ciencias de la Salud y co-director de las guías éticas, "el uso de los recursos humanos de forma responsable es todo un reto en la actualidad, ya que los profesionales tienen que buscar lo mejor para sus pacientes y, además, velar cada vez más por la gestión eficiente de recursos. Para el presidente de la OMC y co-director de las guías éticas, el doctor Juan José Rodríguez Sendín, "ejercer la Medicina en Atención Primaria es algo más que realizar una labor asistencial pasiva. Es, sobre todo, compromiso con el paciente, con la respuesta más adecuada a los intereses del SNS y con la comunidad y hacerlo desde diferentes perspectivas: científica, ética y deontológica".

La guía también recoge otros tres retos importantes que se le presentan al profesional de Atención Primaria en su día a día, como el reto de la educación sanitaria. En este sentido, destacan aquellos conflictos provocados por diferencias culturales, como la mutilación genital femenina, el rechazo de vacunaciones, la atención a pacientes con alta dependencia o el menor que solicita medidas de planificación familiar. Todas estas situaciones exigen del profesional amplitud de miras, claridad en sus propios límites morales, para no caer en la comodidad de "hacer lo mínimo que me pide el paciente", que conduce irremediabilmente a la mediocridad y aleja de la excelencia.

DIARIO MEDICO.COM

El presidente de la OMC no espera 'milagros' del Gobierno en la Ley de Servicios Profesionales

SANTANDER SANTIAGO REGO

"Respeto absoluto". Así de contundente se mostró Juan José Rodríguez Sendín, presidente de la OMC, al preguntarle por la decisión del Colegio de Las Palmas (ver DM del miércoles) de incluir en sus nuevos estatutos el régimen de incompatibilidades del anteproyecto de Ley de Colegios Profesionales, sobre el que la OMC discrepa en varios puntos. Lo hizo durante un encuentro que mantuvo con la vicepresidenta y consejera de Sanidad del Gobierno de Cantabria, María José Sáenz de Buruaga, en Santander.

Aun así, dijo que no espera "milagros" en la redacción final del texto una vez que pase por las Cortes, y reiteró que le parece "muy bien" que Las Palmas vaya por delante en decidir qué es lo más conveniente para sus facultativos. También recordó que la Permanente del Consejo General tiene incompatibilidad absoluta y que el Colegio de Las Palmas es libre para decidir lo que crea más conveniente.

"No podemos esperar milagros por parte del Ministerio de Economía, ya que hay una directiva comunitaria de servicios que obliga a cambiar el escenario actual. Vivimos en Europa, y España no se puede saltar las normas. Hay algunas cuestiones sobre territorialidad y colegiación, una tutela excesiva de los colegios por parte de la Administración -donde el Gobierno se pasa bastante de la raya- y un régimen de incompatibilidades que hay que ajustar mejor, pero hacerlo extensivo a toda la junta directiva de un colegio es una exageración". Precisamente por ello, insiste en que "han de ser los colegios los que lo administren con carácter general, aunque luego cada corporación pueda hacer lo que estime más conveniente".

DECISION PROPIA

El presidente de la OMC dijo que ha pedido al Gobierno que sean los propios médicos los que decidan su propio régimen de incompatibilidades" y que las alegaciones de la OMC "muestran un rechazo a que la Administración fije una incompatibilidad a priori".

En su opinión, el periodo de alegaciones dará paso a que el anteproyecto de la Ley de Servicios pase "en breve" a las Cortes para su discusión y aprobación. "Es en el Congreso y en el Senado donde trataremos de hacer ver a los grupos políticos la necesidad de modular algunos preceptos del anteproyecto, que a nuestro juicio tiene ciertas carencias, pero también elementos positivos que dejan un sabor agrí dulce final".

El médico debe alcanzar un equilibrio entre los valores humanos y los avances científicos

SANTANDER. SANTIAGO REGO

El médico debe gestionar de manera adecuada los conflictos de valores y velar por la gestión eficiente de los recursos. Todo ello pese a la escasez cada vez mayor de ellos, y el sufrimiento que supone para el profesional las políticas de recortes salariales o de plantillas. Así lo pusieron de manifiesto Juan José Rodríguez Sendín, presidente de la OMC, y Víctor Suberviola, médico de Familia del centro de salud Nazaret, de Valencia, y coordinador del grupo de trabajo de Bioética de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria (Svmfic).

Los dos expertos participaron en el debate Retos médicos en Atención Primaria, celebrado el pasado miércoles y organizado por la Fundación de Ciencias de la Salud y GSK, en el Colegio de Médicos de Cantabria. Ambos coincidieron en que la formación en Bioética juega un papel muy importante, porque el profesional "debe tener en cuenta los valores del paciente para que sus decisiones sean correctas y de calidad". Además, Suberviola destacó la obligación de buscar la excelencia que tienen todas las empresas, "incluidas las sanitarias".

Según el médico valenciano, el facultativo ha de tener siempre presente la eficiencia y calidad en sus actuaciones, para alcanzar esa excelencia, que es "uno de los retos éticos más importantes del sistema sanitario".

CONFLICTOS ETICOS

Rodríguez Sendín advirtió que en atención primaria confluyen con frecuencia conflictos éticos entre los profesionales y los pacientes, "no por discrepancias en lo que se viene a llamar hechos, sino por cuestiones relacionadas con el valor, debido a la pluralidad de la sociedad".

"La excelencia es uno de los retos éticos más importantes del sistema sanitario", apuntó Víctor Suberviola, médico de Familia y coordinador de Bioética del SVMFIC

En este complicado escenario, al médico, que necesita gestionar de modo correcto estos conflictos de valor, "se le plantean dos retos principales a veces difíciles de cuadrar: buscar la excelencia en su gestión y, al mismo tiempo, hacer un uso responsable de los recursos, así como gestionar adecuadamente las decisiones sobre medicina preventiva y las relaciones con las gerencias de centro y de área"

Según el presidente de la OMC, ejercer la medicina en primaria conlleva "la gestión de recursos y del tiempo, de las derivaciones a otros niveles asistenciales, de mejorar la comunicación, del uso racional de fármacos, del manejo de la incapacidad temporal; en suma, de decidir correctamente sobre las lealtades compartidas con el paciente y con la institución".

EQUILIBRIO PRUDENTE

En cualquier caso, los dos expertos han coincidido en que para lograr un "equilibrio prudente" entre los valores humanos y los avances científicos se requiere capacidad para el trabajo en equipo, humildad, reconocimiento de los errores o insuficiencias en la propia formación, y un espíritu abierto al aprendizaje y a la renovación permanente.



Los médicos

EN LOS PRÓXIMOS MESES

El SCS ofertará cerca de 350 vacantes de enfermería y auxiliares

Se llevará a cabo cuando se resuelvan las OPE de 2007

Redacción. Santander

El Servicio Cantabro de Salud (SCS) tiene previsto ofertar de forma progresiva este mes y en los próximos meses alrededor de 350 vacantes para profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería. Este proceso se llevará a cabo una vez que se resuelvan las oposiciones a ambas categorías correspondientes a la Oferta de Empleo Público de 2007.

En la categoría de enfermería, el SCS ofertará aproximadamente 193 plazas distribuidas de la siguiente forma: 92 plazas en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, 27 en el Hospital Sierrallana, 17 en el Hospital Comarcal de Laredo y 57 en Atención Primaria.

Por su parte, la oferta de plazas de auxiliares de enfermería se eleva a cerca de 174: 122 en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, 19 en el Hospital Sierrallana, 34 en el Hospital Comarcal de Laredo y 5 en Atención Primaria

Con esta medida el SCS quiere potenciar la estabilidad y la calidad en el empleo dentro de las instituciones sanitarias y mejorar la atención sanitaria que se presta a los pacientes mediante la incorporación de nuevos profesionales a la actividad asistencial.

AL GOBIERNO REGIONAL

CCOO pide que se finalicen las obras de Valdecilla a través de una licitación convencional

Exige la paralización del copago en la farmacia hospitalaria

Redacción. Santander

La secretaria general de la Federación de Sanidad de CCOO, Asunción Ruiz, ha reclamado este jueves al Gobierno de Cantabria que anule el contrato de colaboración-pública privada de Valdecilla y finalice las obras del hospital mediante una licitación convencional y con los 100 millones de euros prometidos por el Gobierno central, de los que 28 millones se han consignado en los Presupuestos Generales del Estado para 2014.

Ontiveros, que también ha pedido la paralización del copago en la farmacia hospitalaria, ha advertido en rueda de prensa del riesgo de que se pierdan estos 28 millones de euros, al tratarse de una partida "finalista" que sólo se puede destinar a la finalización de las obras de Valdecilla, lo que en su opinión, es "incompatible" con el contrato de colaboración público-privada, que además de las obras incluye la gestión de 40 servicios no clínicos, por un importe de 760 millones de euros "como mínimo" durante los próximos 20 años.

Pese a que el Gobierno asegura que la financiación del Estado "encaja como un guante" con el contrato de colaboración público-privada, la sindicalista ha mostrado sus dudas y ha subrayado que "a estas alturas, nos cuenta hacer actos de fe" porque el Gobierno "ha faltado a la verdad" y está intentando -ha dicho- "adormecer a los cántabros con mentiras mientras se les expolia la sanidad pública".

ORDEN MINISTERIAL PUBLICADA ESTE VIERNES EN EL BOE

Cataluña liderará el Consejo que 'juzga' la incorporación de nuevas tecnologías

La presidencia del órgano anunciado este viernes en el Boletín Oficial del Estado (BOE) será rotatoria entre seis Agencias de Evaluación autonómicas (País Vasco, Madrid, Galicia, Cataluña, Andalucía, Canarias y Aragón), correspondiendo esta primera etapa a Cataluña, mientras que la vicepresidencia será para Andalucía y la secretaría técnica estará en manos de la Subdirección General de Calidad e Innovación

DESACREDITAN LA VERSIÓN OPTIMISTA DEL SALARIO PÚBLICO QUE DIO EN EL CONGRESO

La mentira de Montoro, según los sindicatos

Expresan su malestar dado que el recorte salarial medio no ha bajado del 18 por ciento

María Márquez / Imagen: Adrián Conde. Madrid

Como ha ocurrido en otros sectores, los representantes de los trabajadores sanitarios han manifestado su rechazo a las palabras del ministro de Hacienda y Administraciones Públicas, Cristóbal Montoro, sobre "el crecimiento moderado" de los sueldos en España. "Mentira" e "insulto" son denominadores comunes en las valoraciones de CESM, CSI•F, CCOO, UGT y Satse.

Para el secretario general de CESM, Francisco Miralles, la intervención de Montoro en el Congreso supone "una irresponsabilidad que raya en el insulto". Pilar reivindicativo de esta confederación sindical en los últimos cinco años, Miralles recuerda que "en el mejor de los casos, la pérdida media de poder adquisitivo ha sido del 25 por ciento, llegando al 35 por ciento en algunas autonomías". Congelaciones

salariales, subida del IPC, bajada de complementos retributivos ha condenado el sueldo del profesional de la sanidad pública, tal y como explica el secretario sindical.

Fernando Molina, presidente nacional del Sector de Sanidad de CSI•F, define tajante de “absoluta mentira” la afirmación del ministro de Hacienda y Administraciones Públicas “pero, añade, le interesa decirlo políticamente”. Molina asevera que además del ‘tijeretazo’ salarial estatal, hay comunidades que han sufrido de forma especial, como es el caso de Andalucía (“tenemos descuentos de un 10 por ciento en varios complementos salariales”) y Cataluña. “Ni siquiera se han congelado los salarios, sino que se han bajado”, protesta.

Desde la secretaría general de la Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO, Antonio Cabrera solo vislumbra dos opciones. “O no sabe lo que está pasando en el país, o miente”, apunta. “En cualquier caso, debería cuidar más sus palabras como ministro”. Cabrera cifra entre un 18 y un 23 por ciento la pérdida de poder adquisitivo del profesional sanitario del Sistema Nacional de Salud, pero tampoco se olvida del ámbito privado para añadir que “o bien por negociación de convenio o por determinadas cláusulas, los sueldos también han bajado”. Por otro lado, recuerda que el Fondo Monetario Internacional contradice las palabras del ministro, pues ha confirmado el descenso salarial.

La mentira también es ‘apuntada’ por la secretaria del Sector de Salud, Servicios Sociosanitarios y Dependencia de UGT, Pilar Navarro. “Montoro es consciente de los recortes que sufre el empleado público, a los que se suman congelaciones y supresión de paga extraordinaria”, reprocha al tiempo que ‘recuerda’ que “nuestros datos son fehacientes y públicos, los hacen ellos mismos”. Esos datos hablan de una bajada salarial media del 18 por ciento que se acrecenta, como se ha mencionado antes, con las medidas autonómicas, entre las que destaca la reducción (“a la mitad”) de la carrera profesional. Navarro también traslada los recortes a la sanidad privada (donde ha habido además “descuelgues salariales” y menciona de forma especial al ámbito de las residencias, ayuda a domicilio y teleasistencia) y al convenio de farmacia, que no ha respetado el aumento retributivo pactado con los sindicatos.

CON UN GRADO DE TRES AÑOS MÁS TRES DE MÁSTER

La estricta implantación de Bolonia supondría una Medicina “prohibitiva” para los alumnos

Se está celebrando el XXI Congreso de la Sociedad Española de Educación Médica

Hiedra García Sampedro / Imagen: Pablo Eguizábal. Madrid

Cuando se discutía la introducción de Bolonia en Medicina fueron varias las opciones que se plantearon, la más estricta con el plan supondría tres años de Grado más tres de máster, como en otros países. Según han comentado los expertos reunidos en el XXI Congreso de la Sociedad Española de Educación Médica en la Universidad Complutense de Madrid, esta posibilidad de ‘3+3’ haría en la actualidad los estudios de Medicina “prohibitivos” e incluso “exclusivos”.

Según Rafael Solana, decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Córdoba, el Ministerio de Educación no aceptó la titulación con una duración de 3+3, y las demás opciones eran inviables, así que se optó por un Grado integrado de seis años, “que funcionará cuando el Marco Europeo de Cualificaciones reconozca el máster”, subraya Solana. Lo que en otros países se está implantando correctamente, -la titulación de 3+3-, supondría que en España los estudios serían “prohibitivos”, según el decano de la Universidad Autónoma de Madrid Juan Antonio Vargas, quien recuerda que

actualmente el alto precio de las tasas de máster haría imposible que fuera de tres años, aunque podría no variar el coste de los créditos como en Portugal.

Ventajas e inconvenientes de Bolonia

La principal consecuencia de la implantación de Bolonia es que por primera vez en muchos años se ha comenzado a hablar de Educación Médica y a cambiar la terminología a favor de las competencias. Además, la mayor ventaja ha sido la "irrupción temprana de la práctica clínica en los planes de estudios", según Rafael Solana. Por su parte, Nuno Sousa, decano de la Universidad do Minho en Portugal, ha señalado entre otras mejoras, que la participación del alumno en sus estudios es más activa, y se le facilita la construcción de su propio curriculum.

Sin embargo, la universidad no acaba de aprovecharse del todo de los planteamientos de Bolonia, entre otros motivos, por falta de recursos y de formación del profesorado. "Se ha hablado mucho de competencias y de asignaturas pero no se ha enseñado a los docentes cómo enfrentarse a una nueva metodología de aprendizaje", según Juan Antonio Vargas. Va más allá Enrique Lázaro, presidente del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM), y señala que "la implantación de Bolonia dista mucho de ser el cambio que se pretendía".

Según los expertos, no se ha armonizado la enseñanza de la Medicina como planteaba Bolonia, si no que existe una heterogeneidad en su implantación que está ocasionando problemas en la movilidad de los estudiantes. Por otro lado, Bolonia deja la puerta abierta para que los planes de estudios se evalúen continuamente y se vayan introduciendo mejoras.

Por último, los participantes en la jornada han señalado la necesidad de modificar el examen MIR para que evalúe habilidades y competencias a parte de las teóricas, para que eso se traduzca en un cambio en los últimos años de la titulación hacia una formación más centrada en la práctica.



Carlos León



El Servicio Cántabro de Salud (en la imagen, su gerente) tiene previsto ofertar de forma progresiva este mes y en los próximos meses alrededor de 350 vacantes para profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería. Con esta medida el SCS quiere potenciar la estabilidad y la calidad en el empleo dentro de las instituciones sanitarias y mejorar la atención sanitaria que se presta a los pacientes mediante la incorporación de nuevos profesionales a la actividad asistencial.

Médicos abogan por un equilibrio prudente entre sus valores humanos y los avances científicos, en el CM de Cantabria

Santander (11/10/2013) - Redacción

La institución colegial acoge la jornada-debate 'Retos éticos en Atención Primaria', n la que se destaca la importancia de la formación en Bioética, pues el profesional debe tener en cuenta los valores del paciente para que sus decisiones sean correctas y de calidad

La Atención Primaria es la puerta de entrada de los ciudadanos al sistema de salud en donde confluyen con frecuencia conflictos éticos entre los profesionales y los pacientes, no por discrepancias en lo que se viene a llamar 'hechos', sino por cuestiones relacionadas con el 'valor', debido a la pluralidad de la sociedad. En este escenario, al profesional sanitario, que necesita gestionar de modo correcto estos conflictos de valor, se le plantean dos retos principales a veces difíciles de cuadrar: buscar la excelencia en su gestión y, al mismo tiempo, hacer un uso responsable de los recursos.

"La formación en Bioética juega, en la actualidad, un papel muy importante porque el profesional debe tener en cuenta los valores del paciente para que sus decisiones sean correctas y de calidad", ha destacado el doctor Tomás Cobo, presidente del Colegio de Médicos de Cantabria, durante su intervención en la jornada-debate 'Retos éticos en Atención Primaria', organizada por la Fundación de Ciencias de la Salud y la Fundación para la Formación de la Organización Médica Colegial (FFOMC), con la colaboración del Colegio Oficial de Médicos de Cantabria y GlaxoSmithKline (GSK).

Asimismo, el experto ha resaltado que, "por encima de todo, el médico tiene que mantener sus valores humanos, pero sin olvidar los avances científicos" y ha recalcado la importancia de diferenciar entre moralidad y ética, pues "la primera ha sido cambiante a lo largo de la historia, mientras que la ética es el equilibrio entre una mente clara y un corazón tierno".

En el acto de inauguración de la jornada-debate, el doctor José Francisco Díaz, director general de Salud Pública del Gobierno de Cantabria, ha hablado del "compromiso de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales en promover y fomentar el desarrollo de la bioética en nuestra comunidad, apoyando iniciativas como la de la Fundación de Ciencias de la Salud, los cursos de formación en este campo y la elaboración de una legislación que permita llenar el vacío existente, creando y regulando el funcionamiento de los comités de ética asistencial".

La excelencia es uno de los retos éticos más importantes de nuestro sistema sanitario. "Este objetivo se podría alcanzar cuando cada profesional se lo proponga de manera individual", ha apuntado el doctor Víctor J. Suberviola, coordinador del Grupo de Trabajo de Bioética de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria (SVMFIC), durante su intervención.

En este contexto, "se hace necesaria la implementación de estrategias organizativas y de coordinación que persigan esta meta y que cuenten con la participación de la población a la que se atiende", apunta. "Un médico no se puede conformar con dar un buen tratamiento a su paciente, sino que debe proporcionarle el mejor que exista", añade. La búsqueda de la excelencia "es una obligación de todas las empresas (especialmente las sanitarias), que exigen eficiencia y calidad en sus actuaciones".

Resolución de conflictos de valores en los centros de salud

Bajo estas mismas premisas se ha presentado la guía de ética 'Retos éticos en Atención Primaria', que pretende contribuir a la resolución de conflictos de valores en los centros de salud. Editada por la Fundación de Ciencias de la Salud y la FFOMC, en colaboración con GSK, es la sexta de una serie de guías de ética en la práctica médica que estas instituciones vienen publicando conjuntamente en los últimos años.

Otros de los retos éticos de la Medicina actual, con especial relevancia en el primer nivel asistencial, es su vertebración en torno al paciente. Según el doctor Antonio Moya, miembro del Grupo de Bioética de la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria (SoMaMFYC), los profesionales sanitarios "seguimos escorados hacia los aspectos más biológicos de la enfermedad y damos poca relevancia a los psicosociales".

A este respecto, "es importante escuchar a los pacientes, respetar sus valores y preferencias, y facilitar su participación en la toma de decisiones de forma que compartan la responsabilidad de las mismas. Esto requiere un cambio de actitudes tanto en profesionales como en pacientes". "Si conseguimos una relación clínica más humana y de mayor calidad, se producirán menos conflictos y mejorará la satisfacción de profesionales y pacientes". En el caso concreto de la AP, "debe primar el compromiso con las personas porque es la razón de ser de la Medicina de Familia", comenta.

Los valores en la práctica asistencial

Tal y como se explica en la guía, la búsqueda de la excelencia asistencial supone un doble camino que requiere una permanente actualización técnica y emocional. Lo importante en la actividad profesional no es alcanzar un nivel de excelencia, sino poner los recursos, el interés y la dedicación para ello. Pero no todo depende del profesional en tanto en cuanto forma parte de un equipo, una institución y una sociedad que le exige el uso responsable de los recursos.

Según Diego Gracia, presidente de la Fundación de Ciencias de la Salud y co-director de las guías éticas, "el uso de los recursos humanos de forma responsable es todo un reto en la actualidad, ya que los profesionales tienen que buscar lo mejor para sus pacientes y, además, velar cada vez más por la gestión eficiente de recursos, lo cual no es fácil de cuadrar en ciertas situaciones, habida cuenta de la escasez cada vez mayor de recursos y el progresivo coste de las nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas".

Para el presidente de la OMC y co-director de las guías éticas, el doctor Juan José Rodríguez Sendín, "ejercer la Medicina en Atención Primaria es algo más que realizar una labor asistencial pasiva. Es, sobre todo, compromiso con el paciente, con la respuesta más adecuada a los intereses del SNS y con la comunidad y hacerlo desde diferentes perspectivas: científica, ética y deontológica".

El liderazgo sanitario en el médico de AP, en momentos clave como el actual, de profunda transformación de los sistemas organizativos asistenciales y socio-sanitarios y de crisis de valores, se convierte, según Rodríguez Sendín, en una necesidad.

"Se trata -afirma- de la gestión de recursos y del tiempo; de las derivaciones a otros niveles asistenciales; de mejorar la comunicación, en general, y con los pacientes, en particular; de optimizar la relación entre niveles asistenciales; del uso racional de fármacos y otros recursos; del manejo de la incapacidad temporal; en suma, de decidir correctamente sobre las lealtades compartidas con el

paciente y con la institución", y señaló que también requieren especial interés "las decisiones en torno a la medicina preventiva y las relaciones con las gerencias de centro y de área".

La guía también recoge otros tres retos importantes que se le presentan al profesional de AP en su día a día, como el reto de la educación sanitaria. En este sentido, destacan aquellos conflictos provocados por diferencias culturales. Todas estas situaciones exigen del profesional amplitud de miras, claridad en sus propios límites morales, para no caer en la comodidad de "hacer lo mínimo que me pide el paciente", que conduce irremediabilmente a la mediocridad y aleja de la excelencia.

39 casos paradigmáticos

La guía recoge un total de 39 casos paradigmáticos con sus posibles soluciones, que si bien no pretenden ser una colección de recetas para casos conflictivos, sino contribuir a la formación en el manejo de conflictos éticos en el área de AP. Para resolverlos, los autores han utilizado el método de deliberación, que tiene por objetivo la toma de decisiones prudentes o razonables. Es decir, se intenta enriquecer el análisis a fin de incrementar la prudencia. El procedimiento de análisis de los conflictos éticos sigue el siguiente esquema: presentación del caso, aclaración de los hechos, identificación de los valores, análisis de los cursos de acción posibles, identificación del curso óptimo y, por último, comparación en el marco jurídico pertinente al caso.

Según se especifica en la guía, los profesionales de esta área, que hoy suele ser un equipo multidisciplinar operando desde un centro de salud en el que intervienen desde el enfermero, al psicólogo clínico o pediatría, deben tener las siguientes cualidades: capacidad para el trabajo en equipo, humildad, reconocimiento de los errores o insuficiencias en la propia formación, habilidades o actitudes adecuadas, y un espíritu abierto al aprendizaje y a la renovación permanente.

OCIO Y ENTRETENIMIENTO

ACTA  SANITARIA

ESPECIALISTAS DE LA CLÍNICA U. DE NAVARRA LOGRAN OPERAR EL TIROIDES CON ENDOSCOPIA A TRAVÉS DE LA AXILA

Por primera vez en España, especialistas de la Clínica U. de Navarra han realizado una cirugía de tiroides a través de la axila, mediante técnica endoscópica. Con anterioridad, el mismo equipo médico había intervenido esta misma glándula con abordaje transaxilar, pero mediante procedimiento robótico, en concreto con el sistema Da Vinci.

El acceso a través de la axila se realiza para evitar dejar en el cuello la cicatriz que ocasiona la cirugía abierta convencional. Hasta la fecha, los facultativos del Área de Patología Tiroidea de la Clínica han realizado ya varias intervenciones de este tipo con resultados satisfactorios. El equipo quirúrgico de esta área está compuesto por los doctores Juan Alcalde y Peter Baptista.

Según explican desde la Clínica, la técnica endoscópica transaxilar, lo mismo que la robótica, está indicada principalmente para la extirpación del bocio nodular (aumento de tamaño de la glándula

tiroides originado por la presencia de nódulos en su interior), de carcinomas papilares y foliculares de tiroides de tamaño no superior a 2 cm, sin extensión extracapsular, y de adenomas (tumor benigno) de glándulas paratiroides (hiperparatiroidismo). Se trata de un procedimiento especialmente ventajoso en pacientes de constitución delgada que presenten patología nodular tiroidea.

La técnica endoscópica, así como la robótica, sustituyen la incisión cervical por un abordaje transaxilar, mediante una incisión de unos 6 cm que se oculta en los pliegues de la axila. Para poder realizar este procedimiento es necesario que el equipo de cirujanos posea una amplia experiencia en cirugía de la glándula tiroides. En este sentido, los especialistas del Área de Patología Tiroidea atesoran más de 2.000 casos efectuados hasta la fecha, además de una formación específica en cirugía robótica con el sistema Da Vinci, complementada, en el caso de los doctores Alcalde y Baptista, por la práctica de cirugía tiroidea endoscópica y cirugía robótica transoral.

Instrumental variado

La disección quirúrgica desde la axila se realiza en el plano subcutáneo hasta alcanzar la región cervical y tiroidea. Gracias a la excelente visualización que ofrece la técnica endoscópica, se puede llevar a cabo la extirpación de la glándula tiroides. El doctor Alcalde destaca que en el procedimiento transaxilar "el tiempo quirúrgico de exéresis (extirpación) de la glándula, en los casos en los que se realiza una hemitiroidectomía (extirpación quirúrgica de la mitad de la glándula), es similar al empleado en la técnica clásica, con idéntica preservación anatómica de las estructuras que rodean la glándula. Además, puede realizarse la extirpación de toda la glándula por una única axila si el volumen del hemitiroides contralateral es pequeño, o por ambas axilas en casos más complejos".

SALA DE ESPERA

Las activistas de Femen son sagradas

La prensa de hoy se deleita con diversas instantáneas de la irrupción de las activistas de **Femen** en top-less durante la intervención del ministro Ruiz-Gallardón en el trámite de la **reforma de la ley del aborto**. Con el lema *El aborto es sagrado* escrito en sus pechos, las feministas han acaparado, como no podía ser de otra forma, la atención mediática de casi toda la prensa.

Los titulares son también de lo más diverso. El gratuito **20 minutos** destaca un entrecomillado "*Para Gallardón es sagrada la Iglesia; para nosotras, el aborto*". **La Vanguardia** describe con pulcritud: *Femen llega al Congreso a favor del aborto*. Y **El Correo** juega con las palabras: *La protesta de Femen se destapa en el Congreso*.

Pero, sin duda el diario más entusiasmado es **El Mundo**, que le dedica algo más que una foto noticia. Bajo el título *Lara al desnudo*, el diario de Unidad Editorial describe a una de las activistas: *Tras educarse en un colegio de monjas, la española que se exhibió en el Congreso con el rótulo 'Aborto es sagrado' dice que se desnuda "para molestar a la moral religiosa"*. **Hasta un editorial le dedica Pedro J. Ramírez**.

Y es que en días de sequía o aburrimiento informativo, lo sagrado en términos periodísticos es una acción como la de Femen.