

*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**

## **Formación de 'superespecialistas'**

**Felipe de la Cruz Vigo\***

La aplicación de la cirugía al tratamiento de la obesidad y de enfermedades metabólicas como la diabetes mellitus tipo 2 es, hoy en día, una realidad incontrovertible en España, al igual que en el resto del mundo. El trabajo de Gloy V. L. y colaboradores en la revista BMJ, un metanálisis de estudios randomizados controlados que comparan el tratamiento quirúrgico con el no quirúrgico para el control de la obesidad, demuestra la superioridad de la cirugía en el control del peso y las comorbilidades. Otro estudio multicéntrico en JAMA, de Courcoulas A.P. y colaboradores, presenta los cambios en el peso y la mejoría de las patologías asociadas a los tres años de seguimiento en obesos operados con bypass gástrico en Y de Roux (BGYR) o banda gástrica ajustable (BGA), con mejores resultados el primero, aunque ambos producen mejorías.

Las técnicas quirúrgicas más empleadas en nuestro país, según datos de las encuestas anuales que realiza la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad y Enfermedades Metabólicas

(SECO), son el BGYR y la gastrectomía vertical (GV), ambas por laparoscopia. La BGA no ha tenido aquí la misma aceptación que en otros países. Los resultados son superponibles a los de las series internacionales: mejores en pérdida de peso y remisión de las comorbilidades (la más importante la diabetes tipo 2) para el BGYR, seguido por la GV y, a mayor distancia, por la BGA. Las complicaciones postoperatorias han disminuido sensiblemente y se manejan mejor. La mortalidad se ha contenido hasta niveles inferiores al 1 por ciento.

#### PECULIARIDADES EN NUESTRO ENTORNO

Una interesante peculiaridad de nuestro entorno es el liderazgo de la SECO, que ha desarrollado un Programa de Formación en Cirugía Bariátrica, estructurado en cinco fases, que incluyen teoría, cirugía experimental e iniciación progresiva tutorizada, con acreditación del cirujano al final del proceso. La SECO realiza actividades conjuntas con las sociedades de ámbito no quirúrgico que también tienen como objetivo la obesidad y las enfermedades metabólicas, uno de cuyos frutos más importantes ha sido un Documento de Consenso sobre la Cirugía Metabólica en la Diabetes Mellitus Tipo 2, concretando las circunstancias en las que debe realizarse dicha cirugía. Esta labor, junto a sus congresos anuales, ha fructificado en una excelente formación de los cirujanos bariátricos españoles. Otra característica, esta negativa, de nuestro medio es la heterogeneidad con que las diferentes comunidades autónomas, así como, en lo privado, las diferentes compañías aseguradoras, consideran, en cuanto a cobertura y prioridad, el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, que es una medida preventiva coste-efectiva de enfermedades crónicas invalidantes con gran impacto sobre el gasto sanitario.

No parece muy cercana la solución de la obesidad severa por medio de fármacos, manipulaciones genéticas u otras medidas no quirúrgicas. Entre tanto, las mejoras tecnológicas en el campo de la cirugía, como ha sido la revolución laparoscópica, al mismo tiempo que la formación específica de los cirujanos bariátricos y la consideración de la importancia fundamental de la prevención de esta enfermedad, deben constituir nuestros objetivos para el futuro inmediato.

**\*Presidente de la SECO**

## **Dios, el diablo y la reforma sanitaria de Barak Obama**

**JUAN SISO MARTÍN** Profesor de Derecho Sanitario. Facultad de Ciencias de la Salud.  
Universidad Rey Juan Carlos, de Madrid

Una bendición o una maldición, sin términos medios, esa es la percepción de esta medida de progreso en Estados Unidos, según quien la analice. Quiero aprovechar estas líneas para aportar una visión, que trata de ser clarificadora, acerca de un asunto, como este, no siempre correctamente interpretado. Me refiero a la asistencia sanitaria en Estados Unidos, en donde se plantea la entrada en vigor de la Ley de asistencia asequible, conocida coloquialmente como Obamacare.

Allí, como es sabido, la asistencia sanitaria es de financiación y provisión privada con carácter general. No hay un aseguramiento sanitario público como en Europa, por ejemplo. Las aseguradoras venden este servicio y se tiene derecho a él por haber suscrito la póliza a cargo del usuario, el ciudadano individual o las empresas para sus trabajadores (en número de 186 millones) o porque se trata de colectivos protegidos a quienes se les financia públicamente. Este es el caso de los seguros Medicare y Medicaid (42 millones y 37 millones de pensionistas y personas sin recursos). Ese país, paradójicamente, a la par que tiene los mayores costes sanitarios tiene 48 millones de personas sin aseguramiento de esta naturaleza (al no poder pagar los beneficiarios sus altos costes) atrapados en una voracidad sin límites de las aseguradoras, los laboratorios y otros agentes económicos y en presencia de una burocracia impenetrable.

---

La reforma Obama no se dirige a que haya sanidad pública para todos, sino a que todos puedan pagarse la sanidad privada. El catálogo prestacional de la reforma se centra en diez prestaciones esenciales dirigidas a ciudadanos de bajos ingresos.

La cobertura prevista es obligatoria con el fin de garantizar atención universal. Con comienzo en 2014, se pretende una cobertura del 95 por ciento al llegar 2019. Se multa tanto al empresario sin plan de protección para sus empleados, como al asegurado individual que se inscriba para recibir la ayuda y, recibido su importe, no lo emplee con la finalidad adecuada

### **CONTROL Y PRESIÓN FISCAL**

Con un sostenimiento público del coste de la asistencia, en aplicación de la reforma, aunque la provisión de asistencia sea privada, se prevé un fuerte control de las compañías y una decidida presión fiscal hacia ellas, y esto no gusta a estas empresas ni al sector más radical republicano del Tea Party.

Las aseguradoras, los políticos republicanos, la industria farmacéutica y un nutrido colectivo de médicos ven peligrar, con esta reforma, su status quo de elevado confort y beneficio.

Es el mercado sanitario más grande del mundo, con precios y gastos desmedidos. Los norteamericanos invierten el 16 por ciento de su PIB en salud y tienen el mayor nivel de gastos médicos del mundo, con un promedio anual de unos ocho mil dólares por persona. El coste económico de la reforma se prevé en seiscientos mil millones de dólares, para la contratación de los seguros obligatorios, que hagan llegar la atención a todos y ampliar la asistencia de Medicare y Medicaid.

Pero, ¿de dónde puede salir tanto dinero? Las fuentes principales se prevé que serán: optimizar el gasto público, incrementar fuertemente el coste de planes asistenciales privados de lujo (los conocidos como planes Cadillac) y aumentar considerablemente la fiscalidad de las aseguradoras. ¿Se van explicando el porqué de las insidias a la reforma?

Es un escenario absolutamente novedoso en aquel país, en donde todo se compra y se vende. Existe confusión e inquietud, o cuanto menos curiosidad en la ciudadanía, que ha producido en dos días sesenta millones de visitas a la web (el sitio web healthcare.gov está yendo demasiado lento, y la gente se queda bloqueada cuando intenta inscribirse, como se recogía en días pasados en medios de difusión de aquel país

El sentimiento en el aparato económico empresarial de los proveedores sanitarios ha sido de irritación, que ha propiciado una sesgada información del sector más conservador, avisando de peligros sin cuento, si prospera la reforma. En concreto acaban de alertar de que la reforma de Obama está elevando los costes de la atención médica y dañando empleos. La realidad es que, de prosperar la reforma, los clientes de las aseguradoras podrían pasarse al Obamacare muchísimo más barato.

En un pasado reciente podemos recordar que los republicanos obligaron a cerrar el gobierno federal durante 16 días para intentar cortar fondos a la reforma de salud, considerada el mayor logro de la administración de Obama, su objetivo a batir, evidentemente.

Conviene recordar que esta reforma salió adelante en la Cámara de Representantes, en su día, con 219 votos a favor y 212 en contra. Es una diferencia demasiado ajustada para garantizar tranquilidad en el panorama de aplicación de dicha reforma y demasiados intereses contrapuestos.

Ahora, volviendo al título de estas líneas, sitúen a Dios y al Diablo en el lugar que les parezca de este escenario.

## **Por el futuro de la medicina**

Por Enrique Lázaro, presidente del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM)

**Estudiar Medicina siempre ha sido un camino largo y complejo**, un objetivo para los estudiantes más intrépidos, amantes de las carreras de fondo y del aprendizaje continuo. No obstante, en los últimos años, parece que, aparte de los obstáculos inherentes a la carrera, surgen muchos otros:

---

mirando al presente, ¿podremos terminar nuestro grado en Medicina?, ¿nuestra formación se verá mermada por la aplicación de un sistema educativo nuevo? y respecto al futuro, ¿se implantará un modelo de formación especializada nuevo?, ¿tendremos acceso a la formación especializada?, ¿tendremos que emigrar forzosamente? etc. **Un mar de dudas e incertidumbres que a los que estamos en las facultades de Medicina nos asaltan cada día.**

Desde el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM) **siempre hemos trabajado por y para los estudiantes**, informando de la situación actual, solucionando nuestros problemas y ayudando para mejorar nuestra formación, en presente y en futuro. Pero, en el contexto actual en el que nos encontramos, es cuando más tenemos que hacer hincapié en ello.

Tras la renovación de mi cargo de presidente del Consejo el pasado mes de octubre así como de toda la Comisión Ejecutiva, el CEEM está más comprometido que nunca en este objetivo. Centrarse en ayudar a los estudiantes, elevar su voz ante la Administración y las instituciones competentes, **hacer fuerza para que la opinión estudiantil sea escuchada y se tenga en cuenta en la toma de decisiones**, etc. Asimismo, centrarse en el nivel local, apoyando a las delegaciones y consejos de cada facultad, mejorando su formación y su trabajo, ya que la fuerza de las representaciones locales es lo que hace fuerte al CEEM.

También queremos continuar ensalzando nuestra visión crítica de la situación actual. Como futuros herederos del Sistema Nacional de Salud **no nos quedaremos impasibles ante el actual desmantelamiento del sistema sanitario del Estado**, que siempre se ha caracterizado por ser público, universal y gratuito y que en el contexto económico actual se ve claramente amenazado. Junto al **Foro de la Profesión Médica** continuaremos trabajando en la mejora del sistema, siendo coherentes siempre con los posicionamientos y opiniones de los estudiantes.

Asimismo, **también nos mantendremos críticos con el escenario educativo que nos rodea**. La apertura indiscriminada de facultades de medicina y el aumento de los *numerus clausus* ponen claramente en peligro nuestro futuro, viéndonos obligados a tener que emigrar a otros países para poder finalizar nuestra formación o para encontrar un empleo. Del mismo modo, la **supresión indiscriminada de ayudas y becas** para universitarios ponen en la cuerda floja a muchos estudiantes, los cuales ven cómo la pérdida de dicha beca pone en peligro continuar estudiando, provocando así el abandono estudiantil por falta de recursos.

Los estudiantes de hoy en día tenemos muchos frentes abiertos, muchas amenazas e incertidumbres, pero desde el CEEM, como órgano representativo de los mismos, haremos todo lo posible para denunciar y criticar la situación actual, proponiendo alternativas que mejoren nuestro presente y nuestro futuro y trabajando para la mejora de los sistemas actuales. **Queremos continuar siendo útiles a los estudiantes, trabajando en lo que nos preocupa, dando un poco de esperanza y mejorando en lo que está por venir.**

Creemos que todo esto merece la pena, trabajando siempre por el futuro de la Medicina.

## **NOTICIAS DE CANTABRIA**

## "El carácter público de Valdecilla está blindado durante al menos los próximos 20 años" dice el PP

*Eduardo Van den Eynde considera que "el mejor 'abrazo' que se le puede dar a Valdecilla es dejar de torpedear el proyecto" y ha rechazado que desde los partidos de la oposición se genere desconcierto en los ciudadanos*

El portavoz del Partido Popular en el Parlamento de Cantabria, Eduardo Van den Eynde, ha considerado hoy que la adjudicación provisional a la empresa Ferrovial-Siec del contrato para finalizar las obras del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMM) supone "una excelente noticia para los cántabros, que ya estamos un paso más cerca de volver a ver nuestro Hospital en pleno funcionamiento".

"Hoy la realidad de la definitiva terminación de Valdecilla es incontestable y si para alguien hoy resulta un 'día negro' es para todos aquellos que quieren impedir que nuestro hospital se termine en esta legislatura", ha dicho Van den Eynde en respuesta a las críticas de los partidos de la oposición a la propuesta de adjudicación provisional.

En opinión del portavoz parlamentario del PP, que se insista en decir que en Cantabria se está privatizando la sanidad es "burlarse de la inteligencia de los cántabros", puesto que el procedimiento administrativo impulsado por el Gobierno de Ignacio Diego para cumplir su compromiso de terminar de manera definitiva la obra del Hospital en el año 2015, "blinda el carácter público de Valdecilla y las condiciones de personal durante los próximos 20 años, gobierne quien gobierne".

"Valdecilla es hoy servicio sanitario público, y lo seguirá siendo al menos en los próximos 20 años gracias a este contrato de colaboración público-privada", ha insistido Van den Eynde, recordando que lo que incluye el contrato, además de contemplar las obras de finalización del Hospital, es la gestión de doce servicios no clínicos que actualmente están externalizados en más de 40 contratos individuales por los que se están pagando 28 millones de euros al año.

El portavoz del PP ha dicho que si para socialistas y regionalistas, ésta resulta una mala noticia, no es por otra razón que "porque se hace aún más evidente el fracaso de la coalición en Valdecilla, pues el Gobierno PRC-PSOE no fue capaz de terminar unas obras que tenían que haber concluido en el año 2007, acumuló un desfase de 200 millones de euros y, además, no consiguió un euro de financiación estatal para ello".

Asimismo ha rechazado que desde los partidos de la oposición se genere desconcierto en los ciudadanos al confundir dos procesos distintos como son la ejecución de las obras y la financiación estatal de Valdecilla, dos procesos que el contrato de colaboración público-privada "desvincula", de forma que en 2014 se va a ejecutar mucho más de los 28 millones de euros que el Estado ha consignado para el Hospital en los Presupuestos para ese ejercicio "retomando" su compromiso con Valdecilla, según ha recordado Van den Eynde.

No obstante, el portavoz parlamentario del PP ha considerado que "el mejor juez de la realidad de Valdecilla será el tiempo y los ciudadanos podrán comprobar en muy poco tiempo que no hay más sustento en las críticas al contrato para terminar Valdecilla que una manipulación partidista".

Por todo ello ha dicho que "el mejor 'abrazo' que se le puede dar a Valdecilla es dejar de torpedear el proyecto", en referencia a la protesta convocada por la plataforma 'Cantabria por lo público y sin recortes' contra el contrato para terminar las obras del hospital.

"Cuando las manifestaciones reales fracasan, hay que conformarse con las simbólicas", ha sentenciado al respecto, agregando que "es incierto que exista miedo entre los ciudadanos a la privatización de Valdecilla como apunta esta plataforma, pero lo que sí es muy probable es que, de seguir así, empiece a existir indignación ciudadana contra los que están tratando de manipular la realidad del Hospital".

## NOTICIAS GENERALES

**DIARIO MEDICO**COM

### **Las mutuas tendrán más fuerza para dar altas médicas**

***El último texto mantiene que si el inspector no contesta en 5 días a la petición de alta, la baja se extinguirá***

El último informe remitido por Mondoa a Bruselas sobre los planes presupuestarios de España para 2014 anuncia una nueva Ley de Mutuas de Accidentes de Tráfico y Enfermedades Profesionales para atajar el absentismo laboral y evitar la burocracia en la concesión y vigilancia de las bajas laborales. En el documento enviado a Bruselas no se especifican plazos concretos, pero el Ministerio de Empleo ha avanzado que presentará a finales de este año o ya a principios de 2014 la citada reforma legal.

Según el último borrador de la futura norma, al que ha tenido acceso DM, fechado en octubre, las mutuas podrán solicitar el alta de un paciente a la inspección médica y si ésta no contesta en el plazo de 5 días, se concedería por silencio positivo, con efectos desde el día siguiente al que se comunique al paciente.

Esta opción, que calca la contemplada en el borrador de la norma publicado en el verano (ver DM del 25-VII- 2013), fortalece a las mutuas en la concesión de las altas, en tanto actualmente poseen ya la capacidad de consultar al inspector pero su silencio no tiene carácter positivo y, por tanto, en caso de que la respuesta no se produzca a tiempo, el paciente sigue de baja. De hecho, según cálculos de la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo (AMAT), en el 49 por ciento de las solicitudes de alta que presentan las mutuas, el inspector no contesta en el plazo establecido y el paciente sigue de baja, frente a lo que ocurrirá en el futuro, que se concederá el alta automática.

La obligación de consultar al inspector contrasta, sin embargo, con la posibilidad de que las mutuas consultaran directamente al facultativo de atención primaria, una opción que recogió el primer borrador de la norma en enero y que finalmente se ha descartado por la burocracia que entrañaría para el médico de primaria y la dificultad de contestar a tiempo dada la presión asistencial del médico de AP.

Aunque las mutuas ganarán claramente fuerza en la concesión de altas con esta nueva norma, aspiraban a más. Su voluntad era poder tener capacidad real y directa de conceder el alta el paciente aun cuando éste siguiera siendo tratado por los facultativos del SNS. Su aspiración, que finalmente no

se verá satisfecha, se alimentó a principios de año gracias a las palabras de la propia ministra de Empleo, Fátima Báñez, que llegó a decir con rotundidad que las mutuas podrían dar altas y bajas por contingencias comunes.

### ***Las mutuas de accidentes de trabajo aspiraban a más, a poder conceder directamente las altas y bajas sin necesidad de pasar por la inspección médica***

Las mutuas argumentaban que esta opción sería mucho más beneficiosa para las arcas estatales y calculaban que este sistema podría llegar a ahorrar 1.652 millones de euros a la Seguridad Social y hasta 4.973 millones de euros a las empresas, al acortar los tiempos de baja de los trabajadores, además de los beneficios que traería en cuanto a reducción de listas de espera y presión asistencial. Los médicos de primaria, sin embargo, criticaron duramente esta opción. Según las mutuas, el nuevo sistema diseñado por el Gobierno, que concedería altas automáticas si hay silencio del inspector ante una propuesta de la mutua, podrá llegar a ahorrar 11,08 millones de euros, lejos de los varios miles que calculaba la otra opción.

### **POLEMICA**

La reforma de la Ley de Mutuas ha dado ya mucho de qué hablar. Enfrentó primero las posiciones de inspectores y médicos de primaria y enfrenta ahora las de las mutuas y los inspectores, que no ven con buenos ojos la posibilidad de que las mutuas accedan al historial clínico del paciente y, sobre todo, que el silencio se considere positivo ante una declaración de alta (ver información de la página 12).

## **Anestesia: sin antecedentes, la prueba alérgica no está indicada**

### **La Audiencia de Orense revoca la condena de instancia a una anestesista porque no había obligación de realizar más comprobaciones preanestésicas**

Las sociedades españolas de Anestesiología y Reanimación y de Alergología e Inmunología Clínica y los expertos de la dirección general del Instituto Nacional de la Salud desaconsejan la práctica sistemática de pruebas alérgicas a medicamentos anestésicos en pacientes sin historia previa de reacción adversa a estos fármacos".

Con este argumento, la Audiencia Provincial de Orense ha revocado la sentencia de un juzgado de primera instancia que condenó a una anestesista por mala praxis en la intervención a un paciente, que terminó falleciendo. El enfermo tuvo un broncoespasmo, que le provocó anoxia cerebral y estado de coma vegetativo, mientras le estaban aplicando la anestesia para ser intervenido de una hernia discal.

### **PREANESTESICA**

La familia, en su demanda, relacionó esta complicación con una reacción anafiláctica que se podía haber evitado si, como reclaman, se hubiera realizado una correcta valoración preanestésica, en la que se hubiera tenido en cuenta la medicación contra la depresión que tomaba el paciente. Sin embargo, la Audiencia considera que no había obligación de realizar el señalado estudio en los términos que aporta la demandante.

Además de lo señalado en los protocolos de actuación de varias sociedades científicas, los informes periciales aportados al juicio calificaron la citada reacción anafiláctica como "imprevisible", atendiendo a la situación del paciente: "Había sido sometido a dos intervenciones previas con anestesia general sin incidencias".

En definitiva, los magistrados de la Audiencia no encuentran relación entre la reacción anafiláctica y la praxis médica. Es más, la sentencia hace referencia a que "no se demostró acción u

omisión del anestesista demandado que pueda serle reprochada a título de culpa y que sea determinante del broncoespasmo que culminó en el desgraciado fallecimiento".

#### CARGA DE LA PRUEBA

En su revocación de la sentencia de instancia, la audiencia aclara el error en el que incurrió el juzgado al invertir la carga de la prueba, haciendo que ésta correspondiera a la Administración demandada en lugar de a la familia, por considerar el principio de facilidad probatoria. En definitiva, la Audiencia le dice al juzgado que "una cosa es aplicar el principio de facilidad probatoria, atendiendo a la disponibilidad o proximidad a la fuente de prueba, y otra presumir la culpa y la relación causal".

Otra doctrina judicial que la Audiencia aclara es la referida al daño desproporcionado que, por otro lado, resulta relativamente habitual en la práctica anestésica, al entender inexplicable que el paciente muera por ser anestesiado. Sin embargo, los magistrados acuden a la doctrina del Supremo para explicar que "no puede existir daño desproporcionado, por más que en la práctica lo parezca, cuando hay una causa que explica el resultado".

De este modo, la Audiencia Provincial de Orense ha admitido las alegaciones presentadas por el abogado Eugenio Moure, contra la sentencia de instancia que condenaba a su clienta, la anestesista, y a la clínica a pagar una indemnización de 60.000 euros a la mujer e hijos del fallecido.



ASEGURA QUE 'HORIZONTE 2020' PONDRÁ A ESPAÑA ENTRE LOS PRIMEROS DE LA UE

## De Guindos confía a Bruselas el 'rescate' de la I+D

El ministro de Economía, el Príncipe de Asturias y la comisaria europea de Investigación presentan de forma oficial el programa, que contará con 70.000 millones de presupuesto

#### Redacción. Madrid

El ministro de Economía y Competitividad, Luis de Guindos, acompañado por el Príncipe de Asturias y la comisaria europea de Investigación e Innovación, Máire Geoghegan-Quinn, ha inaugurado este lunes la VII Conferencia sobre Horizonte 2020. Durante su intervención, De Guindos ha reconocido que gracias a este programa España situará su sistema de I+D+i entre los primeros de Europa.

Economía se ha puesto como objetivo enderezar el rumbo de un sistema español de I+D dañado por los ajustes presupuestarios acumulados durante los últimos tres años. De Guindos parece confiar buena parte de esa tarea de refluotación a las ayudas europeas, en especial este VIII Programa Marco denominado Horizonte 2020. Los más de 70.000 millones de euros que se repartirán desde Bruselas para la potenciación de la I+D europea, sumados al tímido y aún por consumir aumento de las partidas presupuestarias del Gobierno español, conformarían la hoja de ruta a seguir por el Ejecutivo para 'rescatar' a la investigación española.

"La investigación y la innovación son pilares esenciales del nuevo modelo de crecimiento. Debemos conseguir un sistema sostenible, que la sociedad perciba que el esfuerzo realizado en investigación e innovación, tanto desde el ámbito público como desde el privado, contribuye de manera clara a mejorar la calidad de vida y el bienestar de los ciudadanos", ha comentado el titular de Economía durante su intervención.



España, que ha alineado su Estrategia de Ciencia y Tecnología y de Innovación con las iniciativas de Horizonte 2020, aspira a incrementar su tasa de retorno en el programa europeo desde el 8,3 por ciento conseguido en el Séptimo Programa Marco hasta el 9,5 por ciento. Entre los objetivos centrales de España está también el de liderar al menos un 10 por ciento de los proyectos colaborativos o el de aumentar el número de beneficiarios en un 15 por ciento.

En este sentido, la comisaria europea de Investigación e Innovación ha explicado que Horizonte 2020 "es la mayor inversión en investigación e innovación de la UE realizada hasta la fecha. Por eso, lanzo una llamada y propongo un reto a los investigadores y a las empresas españolas: que se informen sobre el programa, encuentren los socios necesarios y participen".

#### SOBRE EL CIERRE DE UNIDADES DE TRASPLANTE CARDIACO

## Rechazo unánime entre los 'señalados' por las recomendaciones de la ONT

Las declaraciones del director de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), Rafael Matesanz, en las que abogaba por la eliminación de aquellas unidades de trasplante cardíaco que no cumplieran con unos criterios mínimos de actividad han recibido una respuesta unánime. De este modo, diferentes autoridades autonómicas y de las seis unidades afectadas han mostrado su rechazo a estas recomendaciones a la vez que han anunciado su intención de mantener la actividad.

#### ENTREVISTA AL CATEDRÁTICO DE DERECHO CIVIL

## Bello Janeiro: "Las listas de espera conllevarán indemnizaciones millonarias"

Solicita que el legislador actúe y elabore una normativa que las regule

**Ricardo Martínez Platel / Imagen: Adrián Conde. Madrid**

El catedrático de Derecho Civil de la Universidad de A Coruña y académico de número de la Academia Gallega de Jurisprudencia y Legislación, Domingo Bello Janeiro, aborda en "Régimen jurídico de la responsabilidad sanitaria", una de sus últimas obras, las reclamaciones judiciales que tienen su base en daños sufridos con ocasión de la prestación de un servicio médico.

### **Usted demanda que haya unificación entra las diferentes jurisdicciones.**

Efectivamente. Como consecuencia de un arrastre histórico, pretensiones de carácter puramente civil se siguen manteniendo en el Código Penal por la tardanza de 1804 a 1889 para tratar de resolver la cuestión foral que hizo que cuestiones de carácter indemnizatorio se incluyeran en él. Siglos después se sigue manteniendo así por inercia. Otra cosa es la comisión de un delito y que ello conlleve inhabilitación o privación de libertad, pero cuestiones de carácter indemnizatorio puramente civil, deben resolverse en esta jurisdicción. También lo que se refiere a la responsabilidad patrimonial de la Administración. Esa unificación de jurisdicción en el ámbito civil con el principio de la culpa consagrado en el código es un elemento esencial de la responsabilidad sanitaria.

### **¿Es necesaria una norma que regule las reclamaciones por listas de espera?**

Las listas de espera están levantando muchas reclamaciones y quejas últimamente y por ello es necesario que el legislador actúe de una vez por todas una normativa de garantías de prestación porque a mi juicio va a conllevar indemnizaciones millonarias, sobre todo en los casos en los que el paciente agrava su dolencia o en el supuesto fatal de fallecimiento mientras está aguardando.

---

### **Defiende que haya un mismo régimen de responsabilidad tanto en el ámbito público como en el privado.**

La actividad en nuestro Derecho, en todo el mundo, tiene que conllevar la misma responsabilidad. Un determinado sector tiene un determinado régimen de responsabilidad con independencia del que lleve a cabo la actuación un agente público o privado. No tiene ninguna justificación dogmática, técnico-jurídica, ni práctica que por el hecho de que la prestación se lleve a cabo por parte de un agente público sea distinto el régimen de responsabilidad que si lo desarrolla un agente privado.

### **Siete de cada diez reclamaciones tienen que ver con el consentimiento informado, ¿todavía no hay suficiente concienciación de su importancia?**

La introducción del consentimiento informado en el ámbito jurídico de la Medicina ha supuesto una revolución, un cambio del modelo clásico de relaciones entre el médico y el paciente. Así se ha terminado con el paternalismo y ha introducido la medicina defensiva. Hasta bien entrado el siglo veinte se hacía todo para el paciente, pero sin contar con él. Ahora se ha introducido esa nueva figura de la información y del CI, que ha variado el panorama. La aprobación del paciente es válida y hay que especificarla cuando recibe una información completa por parte del facultativo. Muchas veces los formularios que los hospitales obligan a firmar no tienen la misma validez legal y no sustituyen al CI.

### **¿La judicialización de la sanidad lleva a los profesionales a ejercer una medicina defensiva?**

En buena medida, sí. Por esa falta de confianza y de entendimiento mutuo. Por eso hay que alabar la labor que realiza la Asociación Española de Derecho Sanitario de tratar de recuperar la confianza del médico, que en muchos casos se siente acosado por el número creciente de demandas. Porque aunque no hemos llegado todavía al modelo de abogado agresivo americano, es verdad que el facultativo está sometiendo a cantidad de pruebas de diagnóstico, de imagen al paciente que no solo alarga y encarece el tratamiento, sino que incluso no favorece. Es necesario llevar a cabo una mayor cercanía entre la Medicina y el Derecho.

## SENTENCIA DEL TRIBUNAL SUPREMO

### **El dictamen pericial puede ser rechazado cuando su práctica resulte redundante o innecesaria**

**Si la prueba es indispensable para conocer el grado de afección psicológica resulta ineludible**

#### **Ricardo Martínez Platel. Madrid**

La Sala de lo Penal del Tribunal Supremo ha desestimado el recurso de casación de un hombre que aseguraba que no se le permitió la práctica de la pericial psiquiátrica.

En varios momentos a lo largo del procedimiento la defensa solicitó la realización de una prueba pericial de contenido psiquiátrico, aunque el alto tribunal explica que la Ley de Asistencia Gratuita para proponer peritos médicos distintos de los técnicos introduce cierto desenfoque en el análisis de la alegada vulneración del derecho a la prueba.

La Ley 1/1996 al definir el contenido prestacional que dispensa la propia norma, se refiere a "la asistencia pericial gratuita en el proceso a cargo del personal adscrito a los órganos jurisdiccionales". Sin embargo, ese enunciado no puede invocarse para justificar una negativa amparada en razones de intendencia, ligadas al carácter privado del psiquiatra, cuyo dictamen se pedía en la prueba propuesta.

El dictamen pericial puede ser rechazado en aquellas ocasiones en que su práctica resulte redundante o innecesaria. Pero la idea de que la pertenencia de una prueba queda sometida a un juicio previo de

viabilidad presupuestaria, en función de que el procesado que la interesa disponga o no de medios para hacerla frente, no es algo que comparta la sala.

Si la prueba es indispensable para conocer el grado de afección psicológica del encausado y si su práctica por personal no adscrito a los órganos jurisdiccionales, ya sea por el grado de especialización o por otras circunstancias, resulta ineludible para conocer el grado de imputabilidad, su rechazo podría implicar una vulneración de rango constitucional.

## Una decana de Medicina en el Comité que reconoce los sexenios

**Julia Buján, decana de Medicina de la Universidad de Alcalá (UAH)**, se une al grupo que evalúa la actividad investigadora de los profesores universitarios y del personal de las escalas científicas del CSIC. Ya se ha publicado en el Boletín Oficial del Estado la nueva composición de la **Comisión Nacional Evaluadora de la Actividad Investigadora**, de la que deja de formar parte **Lina Badimón**, experta en investigaciones cardiovasculares del **CSIC**. Gracias a este Comité, se les reconoce a los profesionales docentes y a los investigadores el **complemento de productividad (sexenio)**.

 SEGÚN LOS CONVOCANTES

## Dos mil personas 'abrazan' a Valdecilla

Acto organizado por la Plataforma Cantabria por lo Público y Sin recortes

### Redacción. Santander

Aproximadamente entre 1.500 y 2.000 personas, según los organizadores, han rodeado en un 'abrazo' a Valdecilla convocado por la Plataforma Cantabria por lo Público y sin Recortes contra la "privatización" del hospital que, en su opinión, va a suponer el contrato de colaboración público-privada para finalizar las obras.

Los participantes en este acto han logrado "plenamente" dar la vuelta al exterior del hospital, según han informado a Europa Press fuentes de los sindicatos integrados en la Plataforma.

Esta acción reivindicativa ha estado precedida por la ya tradicional pancarta 'No a la privatización de Valdecilla. Es público, es tuyo, sálvalo'.

Además, uno de los médicos del hospital ha leído un comunicado en el que expresa el rechazo a "vender" Valdecilla y a "regalar" el dinero del Sistema Nacional de Salud a una empresa privada que - ha dicho- "sólo busca su beneficio".

Con esta convocatoria, se animaba a los ciudadanos a mostrar su "miedo" ante la "privatización" del hospital que, opinión de la Plataforma, va a suponer el contrato de colaboración público-privada para finalizar las obras.

Según la Plataforma, con este "acto simbólico" se pretendía demostrar al presidente regional, Ignacio Diego, y la consejera de Sanidad, María José Sáenz de Buruaga, el "aprecio" de los cántabros hacia este centro hospitalario con "más de 80 años de historia" en la comunidad autónoma.

Los convocantes instaban a la ciudadanía a expresar su "rechazo" al contrato de colaboración público privada y a "convertir Valdecilla en un negocio".



## **CESM-CV hace un balance “menos catastrofista” de 2013, con la recuperación de la carrera profesional como gran punto a favor**

Valencia (09-11/11/2013) - Antonio Pais/E.P.

• "Comenzamos a mejorar respecto a los recortes establecidos desde hace dos años", señala Andrés Cánovas, secretario general del Sindicato Médico de la Comunidad Valenciana, "la única comunidad que ha conseguido desbloquear la CP, añade

• Mantener las dos pagas extras, la posibilidad de estar hasta cuatro días de baja sin necesidad de certificado médico, el acuerdo para la puesta en marcha de las OPEs de 2009 y 2011<sup>o</sup> la conversión de los 'acumulos' de tareas en plazas de trabajo efectivas, otros logros

"El año 2013 ha sido menos malo, menos catastrofista de lo que lo fueron los anteriores: comenzamos a mejorar respecto a los recortes que nos fueron establecidos en los dos años anteriores", ha resumido, en declaraciones a EL MÉDICO INTERACTIVO, Andrés Cánovas, secretario general del Sindicato Médico (CESM) de la Comunidad Valenciana la situación vivida por los profesionales de la comunidad durante el año 2013 que ya está cerca de terminar. El gran logro, el principal motivo para esta visión que si no es positiva sí al menos es "menos negativa", no lo esconde: "La Comunidad Valenciana es la única en la que se ha conseguido desbloquear el cobro de la carrera profesional", señala.

En efecto. Como ya informó recientemente EL MÉDICO, las negociaciones en la Mesa Sectorial de Sanidad de la CV dieron sus frutos: en 2014, los médicos cobrarán el 75 por ciento del complemento correspondiente a carrera profesional; y en 2015, el porcentaje pasará a ser del cien por cien. "En la comunidad, los médicos cambian de nivel por el único requisito de la antigüedad; y los médicos que se hayan incorporado tras haber superado una OPE cobrarán en junio de 2014 el 75 por ciento de la CP, y en enero de 2015, el cien por cien", explica el doctor Cánovas.

Aunque el de la carrera profesional, que se une a que ya en 2013 los médicos de la comunidad cobrarán las dos pagas extraordinarias, no es el único logro de este año. El secretario general de CESM-CV subraya también la consecución de que "para un médico es posible estar hasta cuatro días de baja sin necesidad de certificación médica".

Otro destacado logro ha sido el acuerdo con la Administración para poner en marcha las Ofertas Públicas de Empleo correspondientes a 2009 y 2011, que aunque con retraso, parecen llegar.

Y del mismo modo, la Ley de la Función Pública establece que desde el mes de junio de 2013 los 'acumulos' de tareas deben pasar a ser plazas de trabajo efectivas y deberán salir en las OPEs futuras.

"Sigue habiendo recortes, pero la tendencia es que éstos disminuyan en 2014 y desaparezcan en 2015. Aunque se mantiene otro recorte como es el que se produce en las subidas porcentuales, que nunca se producen", destaca Andrés Cánovas, que no concede excesiva importancia a la suspensión de las funciones de la Agencia Valenciana de la Salud pues "estas funciones, íntegras, pasan a ser de la Consejería de Sanidad".

### Llombart y las jubilaciones

Por otra parte, el consejero valenciano de Sanidad, Manuel Llombart, ha considerado este viernes que es "difícil de entender" que los jueces "admitan reclamaciones individuales" contra la jubilación forzosa del personal sanitario a los 65 años cuando el Plan de Ordenación de Recursos Humanos de la Consejería de Sanidad de "forma global es admitido por el sistema judicial".

Llombart se ha referido así a la campaña que ha iniciado el sindicato CSI-F de reclamaciones judiciales particulares contra las nuevas jubilaciones forzosas de personal sanitario al cumplir los 65 años.

Más de 137 profesionales médicos se han jubilado tras la entrada en vigor este Plan el pasado 11 de junio de 2013 hasta el 1 de octubre de 2013. De ellos, 32 han sido jubilaciones voluntarias y 105 a los 65, según datos de este departamento.

Al respecto, ha recordado que este plan de Recursos Humanos fue recurrido por varios sindicatos y el Tribunal Superior de Justicia (TSJ) de la Comunidad Valenciana decretó en julio la suspensión cautelar "del personal que estaban en situación de prórroga". "Pero para nada se habló desde el punto del plan de ordenación de la jubilaciones a los 65 años", ha afirmado.

Llombart ha constatado que "sí que es cierto que está habiendo recursos individuales de las personas afectadas" y que "en algún caso el juez está dictando medidas cautelares a nivel individual".

"Es un poco difícil de entender porque si la norma de forma global es admitida por el sistema judicial no entendemos cómo luego a nivel individual se admite la misma reclamación", ha refutado. En cualquier caso, ha señalado que CSIF "hará lo que tenga que hacer y los jueces dirán lo que quieran decir".

## OCIO Y ENTRETENIMIENTO

### SALA DE ESPERA

## Insinuaciones de 'El Mundo' sobre la externalización en Madrid

**El Mundo** parece haberse posicionado abiertamente contra el **proceso de externalización de seis hospitales de la Comunidad de Madrid**. Sin llegar a la constante y evidente crítica en la que se

instaló desde el principio **El País**, el diario de **Unidad Editorial** ha optado por publicar informaciones negativas, con no poca carga de descrédito sobre el proyecto de la Consejería de Sanidad.

El último ejemplo lo encontramos hoy en la apertura de su sección **EM2 / Madrid**. Titula así: *'Juramento' de no haber hecho trampas*. Y lo explica, obligadamente, en el antetítulo: *Sanidad exigió a quienes optaron a la gestión de los hospitales, además del documento que confirma la veracidad de su puja, otro en el que dicen que no participaron en la elaboración de los pliegos técnicos*.

La información, firmada por **Jaime G. Treceño**, destaca que las empresas aspirantes a hacerse con la gestión de los hospitales tuvieron que presentar un escrito afirmando que no habían participado en la elaboración de las especificaciones técnicas del contrato. "Es decir, **que no participaban de un concurso amañado**, hecho a medida, en el que habían contribuido a redactar, por debajo de la mesa".

Pese a que la Consejería entiende esta práctica normal, fuentes jurídicas aseguran que "**no es habitual ni común** que [el aspirante a la gestión] se vea obligado por la Administración de turno a decir que no ha participado en la elaboración de las cláusulas técnicas del concurso". El resto de insinuaciones, El Mundo prefiere ponerlas en boca de **Enrique Normand, portavoz de UPyD en la Asamblea de Madrid**: "Si la Consejería dice que ha escrito los pliegos sin asesoramiento externo, ¿por qué pedirles a las empresas una declaración negando dicho asesoramiento? Les está pidiendo que nieguen algo en lo que se supone que no ha participado ninguna empresa".

"En España,  
de cada diez  
cabezas,  
nueve embisten,  
y una piensa"



Antonio  
Machado