

INFORMACION DEL SMC



Recobremos el placer de ser médicos



Boletín Informativo SMC-CESM

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



MEDICOS

que defienden a los

MEDICOS

OPINIONES

Más sobre la eutanasia: argumentos sin etiquetas ni descalificaciones

El debate abierto sobre la eutanasia deja pocos indiferentes y, de nuevo, la médico de Atención Primaria, María Alonso, del Área de Medicina de Profesionales por la Ética, responde no a los ataques personales sufridos en quienes la contrarreplicaron, sino ofreciendo los datos a los que conduce un determinado planteamiento del quehacer médico, que ella considera ajeno al principio de actuación de la medicina.

Mi agradecimiento a 'Acta Sanitaria' por mantener abierta la posibilidad de responder nuevamente, tras el primer artículo en el que los doctores Montes y Barra promocionaban la eutanasia y el segundo en el que el doctor Soler reafirmaba esa postura. En esta ocasión, al ver que no han respondido los primeros autores, me gustaría pensar que quizás los razonamientos vertidos puedan haber sido suficientemente convincentes para reflexionar. Paso, por tanto, a contestar al doctor Soler, como autor del segundo artículo.

En primer lugar, considero que el debate debe ceñirse a valorar los argumentos existentes, dejando de lado las descalificaciones y el intento de colocar etiquetas a priori. Por eso, no contestaré al doctor Soler con esos términos que sólo descalifican al que los utiliza. Cuando faltan argumentos es frecuente ese tono despectivo, pero no debería ser así y yo no lo haré.

Sobre el peligro de abuso en las leyes

El peligro efectivo de abusos que desencadena la legalización de la eutanasia generalmente se banaliza considerando que el riesgo de abusos acompañan a cualquier ley. Sin embargo, al desarrollar nuevas leyes deberían ser sopesadas las consecuencias de las mismas y el precio que habrá que pagar por esos efectos. La ley holandesa, curiosamente, es bastante restrictiva: para pacientes terminales, en una situación de "sufrimiento insoportable", debe ser voluntaria y fruto de una petición reiterada, exigiendo que deba existir otro médico distinto del que conoce al paciente, que debe emitir un dictamen.

Así, a pesar de ese supuesto carácter restrictivo, los abusos que han aflorado al legalizarla escapan del control efectivo (informe Comisión control Bélgica, 2012). En las dos últimas décadas, Holanda se ha deslizado desde la eutanasia de los enfermos terminales a la eutanasia de los enfermos crónicos, desde su aplicación en las enfermedades físicas a la indicación por malestar psicológico y desde la eutanasia voluntaria hasta la no voluntaria, no solicitada, justificada por la necesidad de tomar decisiones por los que ya no tienen capacidad mental para pedirla.

Al exponer este proceso evolutivo en mi anterior artículo, con datos concretos sobre Holanda, Bélgica y Suiza, he podido comprobar que no los acepta, son argumentos "del miedo" y los considera fruto de mentiras de determinados sectores cristianos a los que ataca de modo inmisericorde. La realidad, sin embargo, es otra, pues la pendiente deslizante es fácilmente contrastable a través de los informes oficiales de los gobiernos de los propios países y a través de la sucesión de noticias que han ido apareciendo en los medios de cada uno de los países, al alcance hoy de cualquier investigador en internet. Habría que preguntarse, por tanto, más que quién está mintiendo es quién está más desinformado.

Hasta la propia ONU expresó el temor de que se cometieran abusos con la ley holandesa. Y se señaló otra cuestión más que le preocupaba al relator Ekhart Klein de la ONU, además de los abusos concretos: que los médicos se fueran acostumbrando hasta llegar a "considerar la eutanasia una rutina", una tarea común y corriente, porque esto tendría un efecto negativo sobre la sociedad. Esta prevención es bastante razonable, puesto que, al necesitar la actuación eutanásica la intervención de un médico, el vínculo social existente entre los médicos y los pacientes también está en juego. Al invertir a la entera corporación médica del poder de provocar la muerte de los pacientes, son todos los enfermos y todos los médicos los que se ven afectados por el impacto del nuevo "acto médico".

Los que "militan activamente" por la eutanasia (el doctor Soler se define así en su artículo), desde el entusiasmo emocional que supone el control de la propia vida, tratan de legalizarla con el argumento del respeto a la autonomía a la que todos aspiramos. Pero provocar directamente la muerte distorsiona la finalidad de la medicina. De hecho, se podría decir que destruye la medicina, ya que destruye su propio objeto, que es el enfermo. No hay vidas humanas sin valor. Si como médicos no defendemos esta afirmación, estamos destruyendo la propia profesión. Por ello, en nombre de la protección del vínculo social, de la integridad de la profesión médica así como del cuidado de todos los enfermos, los profesionales sanitarios tenemos una importante responsabilidad.

La alimentación al final de la vida, cuestión clínica

Otro tema es el de la alimentación al final de la vida, que no es el asunto ideológico-religioso a lo que el doctor Soler lo reduce en un tono despectivo, sino una cuestión clínica muy relevante, pues es precisamente uno de los quid de la cuestión sobre el que expresamente indica que no quiere pronunciarse. Como se sabe, las legislaciones autonómicas de muerte digna excluyen el suicidio asistido y la eutanasia directa, pero es a través de la cuestión de la alimentación como han puesto en evidencia que dan cabida a posibles actuaciones de eutanasia encubierta. En Andalucía, un equipo médico completo, a pesar de existir una ley que lo admitía, que garantizaba "derechos" y "protección" a los médicos, rechazó en bloque retirar la alimentación a una paciente, Ramona Estévez, lo que finalmente se efectuó tras una orden directa de la Consejera de Sanidad. Posteriormente al fallecimiento, el forense que certificó su muerte señaló que "su situación era difícil, pero no irreversible" (Diario Médico 16-09-2011). Es la intención de provocar la muerte lo que determinaría que ese acto no haya sido conforme a *lex artis*. La intención es lo que diferencia la medicina paliativa y la eutanasia encubierta o no. El médico que practica la eutanasia quita la vida al paciente y la referencia al concepto de dignidad humana no permite justificar ese acto.

Es interesante recordar cómo la alimentación también fue el quid en el caso italiano de Eulana Englano, que falleció directamente por la retirada de este soporte básico. Italia, como respuesta al caso, consideró necesario revisar las actuaciones y creó una nueva Ley que blindó ya la hidratación al final de la vida, con la excepción de los últimos momentos correspondientes a la fase agónica, tal como conocemos como buena práctica clínica.

Recientemente J. Rocafort, en una Jornada sobre atención al final de la vida (2013), explicaba con una certera frase lo que debe ser la actuación profesional: "hacer todo lo indicado, con matices, y nunca lo contraindicado, sin matices". Porque todo lo indicado debe pasar por los matices del consentimiento del paciente, pero no así una petición de la autonomía del paciente sobre algo contraindicado -y lo es aquella que pide una muerte-. La buena praxis, según esa frase, es la que dirige la actuación profesional y está protegida por el fundamental y famoso artículo 11.3 de la Ley de Autonomía del paciente ("no se atenderán instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico y a la *lex artis*") que, además, también está recogido en la Resolución del Consejo de Europa 1859/2012 (Art. 7.4)

Así, la terminación deliberada de la vida de los pacientes a petición propia debe seguir encontrando normativas suficientemente esclarecedoras que garanticen los límites a una voluntad arbitraria, de modo similar a la actitud que existe a nivel social ante los intentos de suicidio.

A vueltas con la autonomía

Sobre la autonomía, puede ser aclaratorio que Herbert Hendin, que no estaba en contra de la eutanasia antes de trasladarse para estudiar exhaustivamente el caso a Holanda, en su discurso al correspondiente Subcomité del Congreso de EEUU señaló: "la gente se hace la ilusión de que la legalización del suicidio asistido proporciona mayor autonomía. Pero, si la experiencia holandesa enseña algo, es precisamente lo contrario. En la práctica es el médico el que decide si se ha de practicar la eutanasia, porque puede sugerirlo, puede no dar alternativas a los pacientes, puede ignorar la ambivalencia de los mismos y puede, incluso, llevar a la muerte a quienes no se lo han pedido. La eutanasia aumenta el poder y el control de los médicos, no el de los pacientes".

Al menos unas mil eutanasias al año se realizan en ese país sin que el paciente las haya pedido nunca. Allí se han dado casos como el de una paciente con cáncer de mama a la que se le aplicó la eutanasia sin su consentimiento porque, en palabras del médico, podría haber tardado aún una semana más en morir: "yo simplemente necesitaba su cama" (JAMA 1997; 277:1720).

Que a menudo es el médico y no el paciente el que decide la eutanasia es algo que también subrayó la documentación del informe Remmeling (estudio público, del propio gobierno holandés): señala que la legalización de la eutanasia ha llevado a sentir que pueden ellos tomar decisiones sin contar con los pacientes.

También este informe reveló otra cuestión espinosa, ya que más de la mitad de los médicos holandeses consideraba apropiado sacar el tema de la eutanasia en las conversaciones con sus pacientes. No parecían darse cuenta de que, de este modo, el médico les está diciendo al mismo tiempo que su vida no vale ya la pena, un mensaje que puede tener un efecto poderoso en la visión de un paciente y en su decisión. La experiencia holandesa ilustra el modo en que la legalización promueve una cultura que transforma la visión del suicidio como algo no deseable en suicidio asistido y eutanasia como algo aceptable y que anima a verlos como un modo rutinario de afrontar la enfermedad grave o terminal.

Finalmente, merecen ser recordadas las declaraciones del doctor Els Borst, ex-ministro de salud holandés, considerado el padre de la eutanasia de este país, que llegó a reconocer el error cometido, indicando que "primero escuchamos la demanda política y social a favor de la eutanasia. Esto no estaba en el orden correcto", lo que constituye una poderosa reflexión que no puede dejarnos insensibles.

María Alonso es Médico de Familia y miembro del Área de Medicina de Profesionales por la Ética

¿Está paralizada la entrada de la innovación en la sanidad pública española?

Por José Martínez Olmos, portavoz de sanidad del PSOE del Congreso de los Diputados

Incorporar la innovación a la práctica clínica es vital para asegurar la excelencia del sistema público de salud español. La evolución del conocimiento en medicina aporta sistemáticamente nuevos avances para afrontar los problemas de salud con mayor eficacia. No hay más que mirar hacia atrás y comprobar cuántos **nuevos medicamentos, nuevas**

tecnologías diagnósticas o **nuevos procedimientos clínicos** han permitido avanzar en eficacia y efectividad en los últimos diez, quince o veinte años.

Una buena parte de estos avances proviene del **esfuerzo investigador** que realizan los profesionales sanitarios enmarcados en programas de investigación en los que es importante el esfuerzo del sector público. Pero de manera especial, hay que señalar que es desde la **industria farmacéutica** y desde la de **tecnologías sanitarias**, desde donde hay un esfuerzo inversor que habitualmente consigue aportar más valor en este sentido.

Muchas cosas deben cambiar en relación a procedimientos de trabajo en el ámbito de la industria de medicamentos o de tecnologías sanitarias y mucho más en estos tiempos de crisis económica. Tiempos en los que se hace necesario profundizar en las mejoras organizativas y de todo tipo que aporten la máxima eficiencia en el uso de los recursos públicos. Pero hay que cuidar mucho nuestra capacidad de crear, mantener y potenciar los estímulos que fomenten la innovación y el avance científico. **Yo soy partidario de hacer cambios que conduzcan a una financiación selectiva de las prestaciones médicas, de los medicamentos y de las tecnologías.**

El fundamento de estos cambios debe ser el mejor conocimiento científico disponible. **Y soy partidario de evaluar la eficacia incremental comparada en el caso de cualquier nuevo tratamiento**, o en el caso de los ya existentes en el mercado, porque pienso que puede ser la forma más efectiva de garantizar la solvencia futura del sistema sanitario público. Coincido con quienes plantean que hay que valorar, la dimensión de la eficiencia (el balance coste efectividad incremental) en la toma de decisiones relacionadas con la financiación pública, el precio y el uso adecuado de una innovación. Y creo que **hay que asegurar además, la equidad en el acceso**. Pero el Gobierno está lejos de hacer esto.

Sin ir más lejos, **hay una parálisis prácticamente absoluta en la incorporación de innovaciones**. En especial, en el ámbito de los medicamentos. Y en especial, en el ámbito de tratamientos frente al cáncer. Cerca de 60 nuevos medicamentos están pendientes de la decisión del Ministerio sobre su eventual incorporación a la prestación farmacéutica de la sanidad pública. Muchos de ellos, desde inicio de esta legislatura.

Una parálisis total y una opacidad absoluta sobre criterios de toma de decisiones que preocupa ya a pacientes y profesionales. Y es que, si no se cuida la innovación, sucederá que la calidad real de la sanidad pública y también la imagen ante profesionales y ciudadanía, se resentirán sin lugar a dudas. Porque estoy seguro que si la innovación no está en la sanidad pública al alcance de todos, estará en la oferta privada al alcance de unos pocos.

NOTICIAS C E S M

ARAGÓN. El Servicio de Salud reduce un 21% las plazas de la OPE de AP

El Servicio Aragonés de Salud (Salud) anunció ayer en mesa sectorial la reducción de un 21,7 por ciento del número de plazas ofertadas inicialmente en la oferta pública de empleo (OPE) de atención primaria. De las 335 plazas ofertadas en un principio, se pretenden dejar en 262 puestos para los médicos.

Fuentes: DIARIO MÉDICO, 13-06-2013

<http://www.diariomedico.com/2013/06/13/area-profesional/profesion/aracon-reduce-21-plazas-ope-ap>

CATALUÑA. MC considera execrable la propuesta de convenio presentada por la mediación con el beneplácito de las patronales y los sindicatos CCOO y UGT

Metges de Catalunya (MC) manifiesta su "absoluto rechazo" a la propuesta presentada por la mediación del Departament d'Empresa i Ocupació en la reunión que este martes ha mantenido la mesa negociadora del convenio colectivo de la red sanitaria concertada (XHUP). El sindicato define la propuesta de la Administración como una "sumisión a los intereses empresariales" y se niega a dar su visto bueno a un convenio "cargado de recortes contra los trabajadores" que, por el contrario, no prevé "ningún esfuerzo, ninguna contrapartida y ningún compromiso" por parte de las empresas sanitarias.

La organización remarca que las patronales Unió Catalana d'Hospitals (UCH), Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSC) y Associació Catalana d'Entitats de Salut (ACES), y especialmente los sindicatos CCOO y UGT, han despreciado la [propuesta presentada el pasado jueves por MC](#), que reorienta la dirección de los ajustes hacia las estructuras de gestión empresarial y preserva las condiciones laborales de los trabajadores.

MC destaca que el conjunto de medidas planteado por la mediación recoge "el mismo espíritu" de la [propuesta que presentaron los representantes empresariales](#) el pasado 21 de mayo. En este sentido, reprocha a CCOO y UGT que acepten los recortes "sin ninguna garantía de reversión" y que no exijan compromisos a las patronales como la no presentación de expedientes de regulación de empleo (ERE) en el conjunto de la red de empresas sanitarias durante la vigencia del convenio.

Fuentes: METGES DE CATALUNYA, 13-06-2013

<http://www.metgesdecatalunya.cat/es/articulos/mc-considera-execrable-la-propuesta-de-convenio-presentada-por-la-mediacion-con-el-beneplacito-de-las-patronales-y-los-sindicatos-ccoo-y-ugt>

MADRID. AMYTS pide que se declare desierto el concurso/reparto de hospitales a externalizar

Numerosos medios de comunicación se hacen eco de la rueda de prensa celebrada ayer por los representantes de la Asociación de Médicos y Titulados Superiores de Madrid (AMYTS) –ver avance en [Boletín de AMYTS de ayer](#)– y en la que manifestaron que iban a solicitar al consejero de Sanidad de la Comunidad, Javier Fernández-Lasquetty, que declare desierto el concurso de adjudicación de los seis hospitales a privatizar, al tiempo que anunciaron la interposición de recurso contencioso administrativo y la solicitud de la suspensión cautelar del concurso". Según destaca ACTA SANITARIA –y recoge EL BOLETÍN–, en su reunión con los medios de comunicación, el secretario general del sindicato médico AMYTS, Julián Ezquerro, y el vicesecretario general, Gabriel del Pozo, no dudaron en calificar de fracaso un concurso en el que han concurrido tres empresas "obligadas a salvar la cara a la Administración".

Indignación con la oferta de Ribera Salud y desconfianza hacia el HIMA San Pablo

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

AMYTS cargó duramente contra la presencia de Ribera Salud, aseguradora de Bankia y el Sabadell, que se ha aliado con Ingesan (concesionaria de servicios de OHL) y la compañía Iecisa (El Corte Inglés) para pujar en el concurso impulsado por la Consejería de Sanidad madrileña por los hospitales Infanta Leonor (Vallecas) y el del Sureste, ubicado en Arganda del Rey. Apunta EL BOLETÍN que AMYTS no entiende cómo esta empresa, que recientemente vendió su parte en el Hospital de Torrejón a Sanitas y que ha tenido numerosos problemas en Valencia, puede optar a hacerse con la gestión de varios centros. (...)

Respecto a la oferta de Sanitas, Ezquerro no ha hecho ninguna valoración, pero sí que ha criticado la aparición de un nuevo licitador, hasta ahora desconocido: el grupo HIMA San Pablo de Puerto Rico. "Poco se sabe de ellos, pero sí al menos que han tenido problemas en su isla, donde parece tener alguna deuda y según informan los medios de ese país han dejado unilateralmente sin efecto su contrato con entidades aseguradoras (Medicaid y Medicare)". "Ha dejado colgados a los desfavorecidos y jubilados de EEUU", aseguró el portavoz de AMYTS, que se mostró sorprendido de que "se dé entrada a este capital, hablando de su solvencia, cuando es una empresa desconocida".

Por último, Ezquerro puso en duda la transparencia del proceso puesto en marcha por la Consejería de Sanidad. "Las tres empresas que se presentan no compiten entre ellas por los hospitales, por lo que parece que se ha producido un reparto de los mismos y por ello hay una falta de competencia que debe ser investigada".

AMYTS, que se pregunta si "este reparto ha sido deliberado y coordinado entre las empresas con o sin coparticipación de la Administración", señaló que "muchas empresas, entre ellas HM Hospitales o Capiro (ahora IDC Salud) se han echado atrás porque se enfrentan a una contestación social muy importante y no quieren que la posible resolución judicial a favor de los profesionales les fastidie su negocio".

Exabrupto del presidente González y el consejero Lasquetty, contrariados por la demanda

Ante la demanda de AMYTS, preguntado el presidente Ignacio González por los medios, se permitió acusar a AMYTS de "matonismo y extorsión" en la siguiente declaración literal: "Pese a los intentos de matonismo y extorsión de estos señores de AMYTS, las empresas que han querido han podido presentarse" ([ver Vídeo del informativo Madrid de RTVE de las 16:00 horas de ayer en el corte 3 min.18 seg.](#))

El presidente regional trató de descalificar a AMYTS y relacionó el recurso de los médicos con el presentado por el Grupo Socialista en la Asamblea de Madrid. El consejero de Sanidad, Javier Fernández Lasquetty, utilizó la misma estrategia que su jefe en distintas declaraciones. Pese a que en la rueda de prensa de la mañana, Ezquerro dejó claro que nada tienen que ver las acciones emprendidas por cada una de estas organizaciones, en tanto que AMYTS es un sindicato "apolítico" que defiende a sus médicos, que responden a muy diferentes tendencias políticas.

Lasquetty también se apresuró a afirmar que el análisis de las propuestas de HIMA San Pablo, Sanitas y el consorcio de Ribera Salud "han acreditado el cumplimiento de los requisitos de solvencia que exige el pliego de condiciones para la externalización"

A más pleitos, más oportunidades

En cuanto a que la jugada judicial se parece mucho a la ya emprendida por la Asociación de Facultativos Especialistas de Madrid (Afem), el secretario general de AMYTS argumentó que, aunque el procedimiento parecía el mismo, los abogados y también los jueces tienen puntos de vista y argumentaciones distintos. Y dio la bienvenida a cuantas iniciativas se produzcan "porque irán a distintos juzgados y habrá más oportunidades". En cambio, como ya hemos avanzado, se distanció de las acciones judiciales que viene emprendiendo el PSOE, recordando que son un sindicato "apolítico" que defiende a sus médicos afiliados, que tienen muy diferentes tendencias políticas.

<https://picasaweb.google.com/109177213554521380034/20130612RUEDADEPRENSAAMYTSParaAnunciarRECURSOSCONTRALAPRIVATIZACION>

Fuentes: ACTA SANITARIA, 13-06-2013; EL BOLETÍN, 13-06-2013; EUROPA PRESS, 12-06-2013 (con ecos sobre la RP AMYTS, en: [DIARIO SIGLO XXI](#); [TELECINCO](#); [EL ECONOMISTA](#); [MEDICINA TV](#);); EFE, 12-06-2013 (con ecos sobre declaraciones de Lasquetty e Ignacio González en: [EL CORREO](#); [EL ECONOMISTA](#)..); EUROPA PRESS, 12-06-2013; REDACCIÓN MÉDICA, 13-06-2013; EL MÉDICO INTERACTIVO, 13-06-2013; CADENA SER, 12-06-2013; SANIFAX, 13-06-2013

<http://www.actasanitaria.com/noticias/actualidad/articulo-AMYTS-pide-que-se-declare-desierto-el-concurso-reparto-de-hospitales-a-externalizar.html>

<http://www.bolinf.es/wp/archives/56994>

<http://www.elboletin.com/index.php?noticia=77815&name=nacional>

<http://www.elboletin.com/index.php?noticia=77800&name=nacional>

<http://www.redaccionmedica.com/autonomias/madrid/AMYTS-recurrira-por-la-via-judicial-la-totalidad-de-los-plegos-1384>

<http://www.elmedicointeractivo.com/noticias/nacional/120220/AMYTS-pide-la-suspension-cautelar-de-la-externalizacion-en-madrid-y-sospecha-que-hay-connivencia-previa-entre-empresas>

<http://www.europapress.es/madrid/noticia-hima-san-pablo-sanitas-ribera-salud-cumplen-requisitos-solvencia-gestion-indirecta-hospitales-20130612200037.html>

http://www.cadenaser.com/espana/articulo/sindicato-medico-AMYTS-une-frente-judicial-privatizacion-sanitaria/csrsrpor/20130612csrsmac_41/Tes

MURCIA. Los sindicatos rechazan el recorte del 5% en guardias y turnos de noche

El Servicio Murciano de Salud se encontró ayer con un rechazo unánime de las organizaciones sindicales al último borrador del plan de ajuste, que pasa por un recorte del 5% en las guardias médicas y en el complemento de atención continuada del resto de personal (enfermeros, auxiliares y celadores). Al voto en contra se sumó el **Sindicato Médico (CESM)**. La semana pasada esta organización se mostró dispuesta a asumir esa rebaja del 5%, pero siempre y

cuando fuese a cambio de contraprestaciones que de momento no se han aceptado, como la reanudación de la carrera profesional.

«No vamos a firmar ningún recorte. Además, habíamos pedido que la reducción de la paga extra no supusiese la eliminación del complemento específico, y al final no han atendido esa petición», explicó Clemente Casado, vicepresidente de CESM. El resto de sindicatos rechaza también la última oferta del Gobierno regional porque «castiga doblemente a los trabajadores del Servicio Murciano de Salud, al sumar la reducción del 5% en atención continuada a la paga extra», explica Luis Esparza (SATSE). Sin embargo, esta organización cree que «el Sindicato Médico ya ha pactado la rebaja, y ahora simplemente están haciendo una escenificación».

Fuentes: LA OPINIÓN DE MURCIA, 13-06-2013; LA VERDAD DE MURCIA, 13-06-2013

<http://www.laverdad.es/murcia/v/20130613/region/sindicatos-rechazan-recorte-guardias-20130613.html>

<http://www.laopiniondemurcia.es/comunidad/2013/06/13/pp-aprueba-recorte-pagas-extras/475989.html>

VARIAS CC.AA. Sanidad parece aceptar la reducción del "numerus clausus"

Miguel Ángel García, responsable de Formación de AMYTS, informa sobre el encuentro organizado por la Fundación Gaspar Casal y celebrado ayer en la sede del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (ver más información en [Boletín de CESM de ayer](#)), en el que Pilar Carbajo, subdirectora general adjunta de Ordenación Profesional presentó las expectativas del Ministerio de Sanidad en cuanto a la evolución futura del número de médicos, basadas en una reducción del *numerus clausus* a 6.500 y del número de plazas de formación especializada a 6.000 anuales, a partir de este próximo año. Sin afirmar que ésta sea una decisión cerrada, sí insistió en la necesidad de esa reducción para adaptar nuestra formación médica al actual panorama de nuestro país.

Según relata el coordinador de Formación de AMYTS, en el mismo encuentro se puso de manifiesto la precaria situación profesional de los médicos españoles, que han comenzado a notar en sus bolsillos el peso de la crisis, descendiendo aún más su nivel salarial con respecto al de sus colegas europeos, con una reducción (ampliamente superada en la actualidad) que ya en 2010 alcanzaba el 17% de su salario previo al inicio de la crisis. Son datos que Richard Scheffler, profesor de política pública en la Universidad de Berkeley, California, presentó en el encuentro, y colocó en el actual contexto económico; contexto en el que España entra, además, con el pie cambiado, con una cifra de médicos claramente creciente en un entorno, el europeo, en el que la evolución de dicha cifra es claramente inversa. Bien es cierto - apunta **García** - que en ello influye un factor no mencionado por el profesor Scheffler, y es el hecho de que el resto de países nos llevan la delantera en la onda de jubilaciones que caracteriza, y seguirá caracterizando durante los próximos 15 años, nuestro panorama sanitario”.

Además, Jesús Millán, jefe de servicio de Medicina Interna del Hospital Gregorio Marañón de Madrid, abogó por una enseñanza de la Medicina que promueva los valores éticos propios de la profesión y que ya se encuentran presentes en los alumnos de primer curso de Medicina, y Beatriz González (de la Universidad de Las Palmas) y Matilde Pinto (de la Universidad Carlos III) presentaron datos de los estudios que están realizando sobre los criterios de elección de plaza

MIR que utilizan los recién licenciados, reabriendo un panorama esperanzador en el análisis dinámico de la demografía médica en España, que se encuentra a la espera de la puesta en funcionamiento del tan deseado registro de profesionales.

Fuentes: CESM, 13-06-2013

<http://www.cesm.org.es/index.php/formacion/pregrado/2342-sanidad-parece-aceptar-la-reduccion-del-numerus-clausus->

NOTICIAS GENERALES

EL MUNDO

CERTIFICA QUE BOLINAGA PODÍA TRATARSE EN PRISIÓN

El Colegio de Médicos desmiente al Gobierno

EL COLEGIO de Médicos certificó ayer que el etarra Bolinaga, puesto en libertad a finales de agosto del pasado año, podía haber sido tratado en la cárcel de su enfermedad, tal y como sostenía la forense de la Audiencia y en contra de lo que alegó el Gobierno. El informe, con la firma de 13 médicos, archiva la denuncia profesional interpuesta por los amigos del etarra contra la forense. Tal y como dijeron ayer las víctimas del terrorismo y la líder de UPyD, Rosa Díez, la salida de la cárcel de Bolinaga fue una decisión política errónea, por lo que tiene sentido la petición de la AVT de que revoque la libertad condicional. El torturador de Ortega Lara lleva 10 meses en casa con un tratamiento médico que bien podría estar recibiendo en la cárcel.

ACTA SANITARIA

Valdecilla acoge la primera reunión de cirujanos, clínicos e investigadores básicos

en torno a la patología de la aorta

El Hospital Universitario Marqués de Valdecilla será el escenario de un encuentro singular, ya que por primera vez se reunirán en un mismo foro cirujanos cardiovasculares, cardiólogos, radiólogos e investigadores básicos, para tratar desde todos los puntos de vista la patología de la aorta, cuya prevalencia aumenta a medida que se incrementa la esperanza de vida de la población.

Santander 13/06/2013

El presidente del comité organizador, Francisco Nistal, médico adjunto del Servicio de Cirugía Cardiovascular de Valdecilla y coordinador del grupo de trabajo de Patología de la Aorta de la Sociedad Española de Cirugía Torácico-Cardiovascular, asegura que la iniciativa ha sido acogida "con entusiasmo" y espera una nutrida asistencia, ya que es la primera vez que los científicos

que se dedican a la investigación básica en este campo son invitados a esta reunión que anualmente celebran los especialistas médicos y quirúrgicos. "La investigación traslacional es una asignatura pendiente en nuestro país, y la forma de empezar a encarar ese reto es que los investigadores clínicos y los investigadores básicos se conozcan y tengan oportunidad de interactuar", explica Francisco Nistal, que pertenece a la Red de Investigación Cardiovascular del programa RETICS (Redes Temáticas de Investigación Cooperativa en Salud del Instituto de Salud Carlos III).

Los contenidos de la reunión, que se celebrará el viernes 14 de junio, abarcan la cirugía clásica en las enfermedades de la aorta y las nuevas técnicas quirúrgicas, como las endoprótesis, pero también el diagnóstico por la imagen (ecocardiografía, angiotomografía computarizada, resonancia magnética), que cada día cobra más importancia en el abordaje de esta patología y, por supuesto, una actualización de la investigación de los mecanismos celulares y moleculares de las enfermedades aórticas.

Aneurismas

Los aneurismas y las disecciones son las patologías más importantes y más frecuentes de la aorta. Se presentan en el 5-9% de la población mayor de 65 años y ocasionan hasta el 2% de la mortalidad global en los países desarrollados. Constituyen la décima causa de muerte en los varones mayores de 55. "El aneurisma es una enfermedad que se ha calificado de indolente y virulenta", explica Francisco Nistal, porque "puede evolucionar durante muchos años sin apenas dar síntomas y, sin embargo, es capaz de matar en pocas horas".

Por eso es importante diagnosticarlo en su fase asintomática, cuando el tratamiento es eficaz. Aunque el aneurisma de aorta en general es una enfermedad de herencia poligénica (hay varios genes implicados en su aparición), "es de esperar que en un futuro muy próximo podamos hacer un despistaje genético", al menos de los aneurismas localizados en la aorta torácica, ya que un 25% de estos casos están relacionados con alteraciones de un solo gen.

Otra vía de progreso en el abordaje de los aneurismas, sobre todo de los abdominales, es la búsqueda de fármacos que consigan, si no impedir su crecimiento, al menos retrasarlo. A ello contribuye decisivamente el mayor conocimiento de la fisiopatología y la biología celular y molecular de los aneurismas que han aportado en los últimos diez años los investigadores básicos.

En cuanto al tratamiento de los aneurismas, tanto de la aorta torácica descendente como de la abdominal, están cobrando gran importancia las técnicas quirúrgicas no invasivas, como la implantación de endoprótesis que excluyen el segmento dilatado de la pared aórtica. Este tipo de tratamientos se están convirtiendo en una alternativa para pacientes que no son subsidiarios de cirugía abierta y cabe esperar que "en el futuro puedan conjugarse con fármacos que al liberarse modifiquen el comportamiento de la pared vascular", pronostica Nistal.

Entre las figuras más destacadas que participarán en esta 'Reunión conjunta de los grupos de trabajo de Patología de la Aorta de la Sociedad Española de Cirugía Torácico-Cardiovascular, la Sociedad Española de Cardiología y la RETICS Cardiovascular', Francisco Nistal señala a Arturo Evangelista (del Hospital Valle de Hebrón y todo un referente en la patología de la aorta), Juan Miguel Redondo (del Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares), José Luis Martín Ventura (de la Fundación Jiménez Díaz-UAM) o Alberto Forteza (del Hospital 12 de Octubre), entre otros.

El ex ministro García Vargas anima a mejorar la complementariedad de los sistemas público y privado de Sanidad

El que fuera ministro de Sanidad, Julián García Vargas, anima a optimizar la complementariedad de los sistemas público y privado de Sanidad. Así lo expresó durante la ponencia de honor que dictó este jueves, 13 de junio, en el Segundo Foro de Seguros de Salud organizado por SegurCaixa Adeslas en el CaixaForum de Madrid.

Madrid 14/06/2013, Luis Ximénez

Con el lema "Empresas más saludables, Entornos más positivos", SegurCaixa Adeslas llenó el auditorio del CaixaForum de Madrid para analizar en qué medida el bienestar y la salud de los trabajadores reclusa en una mayor rentabilidad y competitividad, y en que grado pueden contribuir a estos beneficios los seguros de salud que contratan las empresas.

Julián García Vargas, ex ministro de Sanidad, aseguró a Acta Sanitaria que la sanidad pública debe ser cuidada por ser algo de todos; sin embargo añadió que ha habido un tradicional olvido de que la parte privada del sistema también está ahí y que ayuda a completar el panorama sanitario español. Aunque el aseguramiento es más cómodo, por así decirlo, en el sector público, no debe dejarse de lado la importancia creciente de esa otra parte privada. En cuanto a lo público, es necesario mucho más que recortar: fundamentalmente resulta necesario recortar con inteligencia, pero también gestionar mejor los recursos que se tienen. En ese campo, la sanidad privada tiene aspectos que enseñar y su ejemplo puede ser muy ilustrativo a posibles funcionamientos con menos costes. No obstante, la sanidad privada también tiene aspectos de mejora como establecer cauces para que se pueda disponer de resultados comparados sobre su actividad.

En resumen, las dos partes del sistema sanitario, pública y privada, tienen aspectos de mejora. La privada es un buen ejemplo de procedimientos organizados desde la eficiencia. A veces parece que se vive una contradicción, además de una oferta excedentaria de servicios. Por un lado se recurre a la sanidad privada para establecer acuerdos de colaboración, pero luego parece que sólo se habla de la sanidad pública. Desde su experiencia en la política sanitaria pretérita y su actual labor consultora, García Vargas observó que el sistema público de salud arrastra unas deficiencias que se están haciendo más evidentes con la crisis. Frente a esto, la solución a buscar es una buena complementariedad con el sector privado, como ocurre con total normalidad en otros países de nuestro entorno.

Más seguros colectivos

Durante el segundo Foro sobre Seguros de Salud, aseguradoras, grupos hospitalarios, empresas contratantes y corredores protagonizaron la mesa más destacable de la jornada. Por un lado, el responsable del departamento de Medicina Asistencial de Iberdrola, doctor José Alberto Garrido, ayudó a comprender cómo ha evolucionado la salud en el trabajo desde la perspectiva de una gran compañía. Desde los años 40-50 en que se prestaba ese servicio desde sociedades colaboradoras con la Seguridad Social hasta hoy, momento en que se contrata con compañías como Adeslas y se ofrece la cobertura sanitaria como salario en especie a los empleados, el sector de los seguros colectivos de salud se ha desarrollado abundantemente en España.

Tras el médico, el presidente del IDIS y vicepresidente del Grupo Hospitalario Quirón, José Ramón Rubio, aportó los actuales datos de convergencia que existen entre el sector sanitario privado y la sanidad pública. Rubio aportó cifras muy positivas de la sanidad privada en cuanto a capacidad asistencial, a los recursos tecnológicos y a su labor clínica, docente e investigadora. Lamentó eso sí el presidente del IDIS, que en España sean necesarios 7 años para abrir un hospital y que esa iniciativa de interés social para la salud de la ciudadanía tenga que cursar hasta 30 licencias. Finalmente, el director de Sanidad en la consultora PwC (todavía llamada Pricewaterhouse Coopers) denominó "milagro" español el hecho de que los seguros de salud hayan crecido en España a pesar de la crisis, pasando de una actividad empresarial un tanto "vergonzate" a un sector asentado y estable. No obstante, detectó contra él algunas amenazas como la subida de los costes médicos y la imposibilidad para subir las primas. Para corregir esta situación, Riesgo dijo no confiar mucho en los cambios normativos, sino en una mejora de la oferta de las aseguradoras y en una deseable recuperación económica.

La forense Carmen Baena actuó correctamente en el caso del etarra Bolinaga

El Pleno de la Junta Directiva del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid (ICOMEM) ha archivado la denuncia interpuesta en la Comisión Deontológica por la Asociación Profesional Jaiki Hadi contra la colegiada María del Carmen Baena Salamanca, forense de la Audiencia Nacional, por el informe elaborado por ésta sobre el estado de salud del torturador de José A Ortega Lara, el etarra Jesús María Urechevarría Bolinaga, a cuya excarcelación se opuso por considerar que, dado su estado de salud, podría ser tratado en la cárcel.

DIARIO MEDICO.COM

OMC: "Las plazas MIR deben superar a las de grado"

Las cifras de Sanidad para ajustar los puestos de grado y posgrado dejarán a unos 500 médicos sin hacer el MIR

MADRID **ALICIA SERRANO** alicia.serrano@diariomedico.com

El Ministerio de Sanidad espera ajustar las plazas MIR y las de grado en 2018 con 6.000 plazas de formación especializada y alrededor de 6.500 ó 7.000 puestos de grado (ver *DM del 12-VI/2013*), pero al vocal MIR de la Organización Médica Colegial (OMC), Óscar Gorriá, no le salen las cuentas: "Es cierto que desde 2009 se han ido reduciendo paulatinamente las plazas MIR y me parece una medida razonable, pero no entiendo la estimación que hace Sanidad de bajar las plazas en las facultades de Medicina a 6.500 ó 7.000. Esta reducción debería ser incluso mayor, ya que parece que no ha tenido en cuenta que cada vez son más los médicos que recirculan y que también tienen cabida los extracomunitarios".

El vocal MIR insiste en que el número de plazas MIR tiene que ser mayor que el de estudiantes. "Si sólo se reducen 500 plazas en 2018 hay, al menos, 500 médicos que no se van a poder presentar al examen MIR".

El responsable de Estudios de CESM, Miguel Ángel García, está satisfecho porque Sanidad empieza a aceptar reducir el 'numerus clausus'

Miguel Ángel García, responsable de Estudios de CESM, corrobora la idea de la OMC, pero está satisfecho porque "Sanidad empieza a aceptar la reducción del *numerus clausus* y porque parece que tiene una conciencia clara de planificación", algo que la profesión médica lleva reclamando desde hace años.

García explica que los datos del Ministerio son estimaciones que habría que ajustar todos los años en función de los especialistas que necesite el sistema.

GASTOS FORMATIVOS

Con los datos del gasto en formación especializada sobre la mesa -el coste medio anual del residente en 2011 fue de 40.000 euros y el gasto global en formación de posgrado ascendió a 1.001 millones de euros, según el Ministerio de Sanidad- Gorría reclama que "no se reduzca el coste dedicado a formar residentes, sobre todo porque en estos momentos la calidad de dicha formación es menor que hace unos años, al haber más carga asistencial y menos tiempo para la docencia".

NADA PARA EL TUTOR

El presidente de la Asociación de Redes Docentes y Asesoras (Areda), Federico Segura, apunta que a pesar de que el gasto global de la Administración española en formación sanitaria especializada creció un 2,2 por ciento en 2011, ese aumento no ha ido a parar a mejorar la calidad de la formación. "Me niego a aceptar que ese crecimiento esté ligado a cualquier tipo de mejora formativa", dice.

Segura vaticina que a lo largo de 2012-2013 el coste medio anual de un MIR -que ha disminuido un 0,17 por ciento en 2011- bajará incluso más. "Calculo que disminuirá un 0,25 por ciento en 2012, por la reducción de las guardias en este colectivo".

El vocal MIR de la institución colegial, Óscar Gorría, explica que los cálculos del Ministerio para 2018 no tienen en cuenta que cada vez son más los médicos que recirculan

También explica que el sistema no aprovecha al residente que termina su formación y se "fuga" a otro país. "Aquí hay un coste-beneficio cero. El MIR está desaprovechado y sería necesario estudiar fórmulas en las que éste se comprometa a seguir ejerciendo en SNS durante unos años antes de marcharse".



RECONOCIMIENTO AUTOMÁTICO DE LAS TITULACIONES EN LA UE

Europa crea un “pasaporte profesional” sanitario

La propuesta de directiva también incluye la puesta en marcha de una “red de alerta” para profesionales “bajo sospecha”

Redacción. Madrid

Los médicos, enfermeros, farmacéuticos y odontólogos españoles que decidan emigrar a otros países de la Unión Europea lo tendrán más fácil a partir de 2014 gracias al acuerdo provisional alcanzado entre la Eurocámara y la presidencia irlandesa del Consejo Europeo para crear un “pasaporte profesional” que agilice el reconocimiento automático de las titulaciones. Este “pasaporte” tendrá forma de tarjeta de crédito y los colegios profesionales estarán obligados a proporcionarla a todos aquellos colegiados que lo soliciten, tal y como recoge la propuesta de directiva europea de movilidad profesional aprobada esta semana en el Pleno de Estrasburgo.

La nueva normativa, que todavía debe pasar varios trámites en los comités del Consejo y el Parlamento Europeo, probablemente se aprobará en Pleno en octubre para entrar en vigor a partir de 2014. Con su implementación, además de garantizar el reconocimiento automático de las cualificaciones profesionales, se pretende acelerar el proceso mismo de reconocimiento, también válido para veterinarios y arquitectos. Para ello, la directiva establece un límite de cuatro semanas desde que se inicia el trámite hasta que se aprueba. Si se supera ese plazo, el solicitante obtendrá un “reconocimiento tácito” de su titulación que le permitirá ejercer su profesión en el país de acogida.

El texto también cubre las “prácticas” profesionales de los sanitarios, tanto las remuneradas como las no remuneradas, dentro de las cualificaciones reconocidas por el futuro “pasaporte”. Además, se contempla la puesta en marcha de una red de alerta entre los 27 países miembro (28 con Croacia a partir de julio) en la que se comunicarán todas los antecedentes, procesos judiciales abiertos, sanciones o condenas impuestas a profesionales sanitarios que ejerzan o quieran ejercer en algún país comunitario.

LA PROTAGONISTA DEL DÍA

Ana Mato

Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

La ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Ana Mato, preside este viernes la inauguración del 4º Encuentro Global de Parlamentarios de Sanidad, que Sanitaria 2000 organiza este fin de semana en Córdoba. La cita congregará en el Parador Nacional de la capital andaluza a parlamentarios de las cámaras nacionales y autonómicas

ACUERDO CON EL SINDICATO MÉDICO DE MURCIA

Sanidad mantendrá las guardias, los criterios de exclusividad y la jornada laboral

La Consejería y CESM mantendrán abierto el diálogo

Redacción. Murcia

La Consejería de Sanidad y el Sindicato Médico, que han mantenido el diálogo tras la mesa sectorial de Sanidad celebrada este miércoles en la que se plantearon las medidas a adoptar para el cumplimiento de los objetivos del plan de ajuste del Gobierno regional, posibilitarán el cumplimiento de dichos objetivos “sin reducir el valor de las guardias, a través de un plan de gestión que implicará a los profesionales”.

La Consejería, tras el “rechazo” de todas las organizaciones sindicales a las medidas de carácter retributivo adicionales a las de carácter general que se plantearon en la mesa sectorial, aceptó continuar con la negociación con el objetivo de “lograr acuerdos con los representantes de los trabajadores y escuchar propuestas, con la finalidad de adoptar medidas con el mayor apoyo posible”.

El Sindicato Médico, con representación mayoritaria en el colectivo médico, que “ha querido mantener el diálogo con Sanidad”, ha ofrecido su mediación para alcanzar los objetivos propuestos en el plan de ajuste del Gobierno, tras rechazar, igual que el resto de fuerzas

sindicales, las medidas de carácter retributivo exclusivas para el colectivo sanitario.

Los representantes de dicho sindicato proponen la aplicación de nuevas medidas de gestión que hagan posible, mediante la implicación de los profesionales, una contención del gasto equiparable a la prevista inicialmente en el plan de ajuste, "punto esencial para cumplir con los objetivos de la negociación por parte de Sanidad, que permitirá afrontar los objetivos económicos del Gobierno y a la vez propiciará la sostenibilidad del Servicio Murciano de Salud, que tampoco modificará la exclusividad ni cambiará las condiciones de la jornada laboral".

Además, el Sindicato Médico y Sanidad mantienen abierto el diálogo en otros temas de interés que "repercutirán en una gestión más eficiente y una asistencia de calidad en los próximos años, como la adscripción a los tramos de la carrera profesional".

CON RESPECTO A 2012

El PSOE denuncia que hay 1.194 personas menos con prestación de Dependencia



Lo achaca al "ataque premeditado" del PP contra el estado de bienestar

Redacción. Santander

La secretaria general del PSC-PSOE, Eva Díaz Tezanos, ha denunciado que en Cantabria hay 1.194 personas menos con prestación de Dependencia que hace un año, lo que ha achacado al "ataque premeditado y organizado" del PP contra el estado de bienestar para implantar un modelo "privado" y acabar con el "derecho" de los ciudadanos a los servicios sociales.

"Este ataque a nuestro estado de bienestar no es consecuencia de la crisis, como se pretende hacer ver a los ciudadanos, sino de la ideología", ha subrayado la líder del PSC-PSOE, que ha defendido el derecho de los ciudadanos a recibir servicios sociales que pagan con los impuestos.

Así lo ha manifestado en el 'Foro en Defensa de los Servicios Sociales y Dependencia', celebrado en la Universidad de Cantabria y en el que han participado empresarios del sector, trabajadores sociales y personas dependientes.

Díaz Tezanos ha lamentado "los dramas humanos y el aumento de la pobreza y la exclusión social que están generando las políticas del PP con medidas como los copagos, la disminución de las prestaciones por la ley de dependencia y la eliminación de empleos en servicios sociales".



"En los próximos seis u ocho años veremos elementos diagnósticos y nuevos

tratamientos fruto de un mejor conocimiento del genoma humano"

Junio de 2013 - Ana Montero

Jaime del Barrio, director general del Instituto Roche, ha concedido una entrevista a EL MÉDICO

El Instituto Roche lleva diez años apostando por acercar la Medicina Individualizada a la sociedad, haciendo ver que es una oportunidad y una necesidad, y para ello están haciendo un esfuerzo en la formación de los profesionales sanitarios, apoyando el trabajo multidisciplinar para favorecer la traslación del conocimiento procedente de la investigación genómica a la clínica, y facilitando el debate y consenso sobre temas legales, éticos y económicos, como elementos indispensables para que la Medicina Personalizada sea una realidad en nuestro Sistema Nacional de Salud. Su director general, Jaime del Barrio, lo tiene claro: "la Medicina Personalizada está aquí y ha venido para quedarse".

¿Qué es exactamente la Medicina Personalizada o Individualizada?



El término Medicina Individualizada o Medicina Personalizada se está utilizando últimamente no porque sea una moda sino porque es una nueva forma de hacer diagnósticos mucho más certeros y una nueva forma de poder diseñar medicamentos más eficaces y seguros y todo esto ha venido dado porque cada vez conocemos mejor nuestro genoma. Medicina Personalizada sería adecuar el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades a lo que es el sustrato genético de los individuos o el perfil molecular de las enfermedades y es en este momento cuando

hablamos de ello porque es ahora cuando se está produciendo un salto cualitativo y de avances en este tipo de conocimiento. En 2003 se obtuvo la primera secuencia completa de un genoma humano y desde ese momento se abrió todo un mundo de conocimiento. Todo esto, unido a las nuevas tecnologías, cada vez más potentes y accesibles, hace que en diferentes sitios del mundo la mayoría de los institutos de investigación o los hospitales de cierto nivel se estén familiarizando con este tipo de Medicina. Creemos que esto está cambiando, de forma paradigmática, la manera en la que hemos venido haciendo la Medicina.

¿Qué nivel de implantación tiene en España? ¿Podemos decir que es una realidad?

Cuando hablamos de Medicina Individualizada o Personalizada hablamos de varios niveles, ligados a la investigación, la docencia y la asistencia. Por lo que se refiere a la investigación, tanto a nivel básica como traslacional, la aplicación de la básica a la clínica, no estamos peor que otros países del mundo o de nuestro entorno, aunque sí es cierto que en esta situación de crisis económica estamos notando que hay un freno a dichos avances, no tanto porque sean más caros sino porque todo lo que suponga innovación y cambio de forma de hacer las cosas, de entrada, ya tiene una barrera, se tiene la sensación de que "ahora no toca", aunque en realidad debiera ser todo lo contrario. Los momentos de crisis económica son precisamente momentos de innovación y de hacer las cosas de manera diferente y, de hecho, hay trabajos que demuestran que de lo que estamos hablando es coste-efectivo. En definitiva, a nivel investigación no estamos mal, pero podríamos y deberíamos estar mejor. A este país le corresponde un mayor nivel de la adaptación a la innovación en todo lo que supone la Medicina

Personalizada. Desde el punto de vista formativo estamos peor porque el nuevo conocimiento está tardando en llegar a las universidades, probablemente por lo que significa la gestión del cambio y no tanto porque sea más complejo o más costoso. Estamos hablando de un nuevo conocimiento unido al uso de las nuevas tecnologías y para esto se necesita una mente mucho más abierta y más visión de futuro, acorde a la tendencia internacional en este tipo de formación que incluso ya está viniendo por la red. Al mundo académico habría que darle más impulso. Por último, en el nivel asistencial, ni vamos tan rápido como pensábamos en 2003-2004 ni tan despacio como creíamos en 2008-2009, ahora mismo la cantidad de información y conocimiento que tenemos la comunidad científica supone nuevos retos de almacenamiento y de identificación de todo aquello que aporta valor para el diagnóstico y el tratamiento, pero también es verdad que en determinadas áreas, como la Oncología, no tenemos nada que envidiar a otros países del mundo y estamos aplicando estos avances en la identificación de dianas terapéuticas y de biomarcadores.

¿En qué ámbitos o especialidades está más desarrollada y extendida?

El área de Oncología es la que más está avanzando, de hecho, hay ya evidencias muy concretas, tanto en los marcadores como en nuevos tratamientos, pero aquí la única barrera, probablemente, no sea la del conocimiento sino la de poder acceder a ellos. Es decir, existen barreras puramente economicistas, a corto plazo, para la entrada de medicamentos innovadores, que están suponiendo un cambio y una diferencia entre la vida y la muerte. Hoy estamos en condiciones de ofertar la vida en procesos que hasta ahora eran mortales, pero esto es complicado de explicar porque las cuentas no salen. El tratamiento por sí mismo puede ser caro pero si éste lo comparas con otro tipo de gastos inherentes a ese proceso, como podrían ser otros tratamientos, hospitalizaciones, efectos secundarios o la pérdida de vida laboral, desde el punto de vista económico, las cuentas estarían perfectamente justificadas para el acceso a este tipo de tratamientos, además, a esto hay que añadir el impacto familiar, personal y social y no debemos olvidar el valor salud. En este sentido, hay enfermedades concretas en las que un diagnóstico precoz significa una diferencia abismal. Además, detrás de la Oncología vienen otras áreas como son las enfermedades infecciosas; virología; hepatitis C; artritis reumatoide; enfermedades inmunosupresoras; todo el grupo de patologías del Sistema Nervioso Central, donde se está avanzando mucho en enfermedades como el Alzheimer o la esquizofrenia, de hecho, en los próximos tres o cuatro años veremos verdaderos cambios.

Por el contrario, ¿en qué áreas se está trabajando? ¿Cuáles son los retos de futuro de la Medicina Personalizada?

Es cuestión de tiempo, no más de seis u ocho años, que empezaremos a ver elementos diagnósticos y nuevos tratamientos hasta ahora desconocidos y todo ello fruto de un mejor conocimiento del genoma de los grupos de individuos sanos y de los perfiles moleculares de las enfermedades. Ahora estamos en un momento de producción y generación del conocimiento y, en este sentido, es impensable una acción individualizada, es decir, un solo grupo investigador en un sitio del mundo, sino que ya se trabaja en red, de manera cooperativa y los avances son fruto de ese trabajo cooperativo de los centros y consorcios más importantes del mundo, tanto públicos como privados, donde se aglutina alta tecnología, alta cualificación, trabajando las 24 horas al día, los siete días de la semana. La segunda fase en la que se está trabajando es la clasificación de toda esta información. Como consecuencia de esto, ya que todos los grupos de población se estarán estudiando, habrá patologías, como el grupo de enfermedades raras, que se verán beneficiadas gracias a esta nueva forma de conocimiento. Por otra parte, tendríamos que invertir mucho más en test diagnósticos, al hilo decir que España sólo invierte un 5 por

ciento de su presupuesto en test diagnósticos. En la medida que pudiéramos hacer diagnósticos más certeros estaríamos optimizando los recursos económicos, poniéndolos donde mejores resultados puedan dar. La Medicina Personalizada sigue su avance inexorable, a pesar de los momentos complicados, y en el mundo del tratamiento ya hay ejemplos concretos y estudios que demuestran su evidencia terapéutica y su coste-efectividad. Ahora mismo la mayor barrera es la gestión del cambio, pero la Medicina Personalizada está aquí y ha venido para quedarse.

¿Cuáles son las principales barreras y complicaciones que se derivan de la información genética? En este sentido, ¿qué supone la aplicación de las técnicas de secuenciación masiva de nueva generación frente a la secuenciación directa tradicional?

En esto aprendemos día a día y todo avanza a gran velocidad, de hecho, en muy pocos años los avances han sido muy rápidos. En este sentido, hasta el año 2008 el sistema de secuenciación era el método Sanger, con una capacidad muy concreta, y a partir de ese año se entra en una nueva generación de tecnología, nuevas técnicas de secuenciación masiva que aumentan de manera exponencial la potencia y disminuyen de manera significativa el coste, haciéndolas más accesibles, e incluso se está intuyendo ya una tercera generación de secuenciadores. Hoy tenemos una gran cantidad de información que tenemos que ordenar, clasificar e identificar, analizando qué aporta valor y novedad. En la actualidad, tenemos un número de genes muy significativo de cada grupo de enfermedades, probablemente, no son tan claros como nos gustaría, pero es verdad que cuanto más sabemos más nos damos cuenta del camino que nos queda por recorrer. El gran reto no es sólo generar conocimiento sino clasificarlo e identificar el valor de cada cosa que sabemos, de ahí la importancia del trabajo cooperativo y colaborativo en cualquier parte del mundo. Hace años esto era ciencia ficción y utopía y hoy es evidencia científica y lo que nos queda como país es decidir en qué división queremos jugar, si queremos estar en la primera división o queremos estar, como otras veces, a remolque de los demás. En este sentido, la crisis no puede ser una disculpa sino un acicate para hacer las cosas de forma diferente.

¿Cuáles serán los cambios más importantes que ligados al conocimiento genómico se producirán en los próximos años?

Una de las realidades que veremos dentro de poco es que nuestro genoma formará parte de la historia clínica electrónica dentro de nuestro Sistema Nacional de Salud. Hace más de diez años, para la obtención de la primera secuenciación del genoma se invirtieron muchos millones de dólares y mucho tiempo, conseguirlo hoy cuesta menos de 900 euros y lo puede hacer un auxiliar en tiempo real. El gran reto no es conseguirlo, puesto que ya lo tenemos y es una realidad, el desafío es ver para qué sirve toda esta información, cómo se aplica, quién la interpreta, en qué cambiará el diagnóstico y la actitud terapéutica del profesional... Esta información va a dar lugar a un nuevo grupo de profesionales en los hospitales, sobre todo ligados al mundo de la Genética; va a condicionar diagnósticos y tratamientos; y va a obligar a los responsables de los hospitales, gerentes y gestores, a organizar de otra manera, trabajando en equipo. Además, el paciente, cada vez más informado, tendrá acceso a esta información y tendrá que ser informado sobre el uso que se hace de su información genética.

¿La Medicina Personalizada tiene aplicabilidad en Atención Primaria? ¿Cuáles son las principales herramientas que este tipo de Medicina puede aportar a este nivel asistencial?

Nosotros concebimos la Medicina como algo integral y no tanto como compartimentos estancos, que muchas veces han sido interesados por criterios organizativos o de otro tipo, ya que el

paciente es uno, el proceso es uno y el entorno familiar es uno, de manera que ayudar a que no existan estas barreras es bienvenido. Cuando hablamos de Medicina Personalizada o de biomarcadores no hacemos nada diferente a lo que hemos venido haciendo toda la vida, es decir, hacer una buena historia clínica y una buena exploración, esto es hacer una buena Medicina Personalizada, incluso en una buena historia familiar se puede intuir un diagnóstico. Lo que ha cambiado es que hemos trascendido en el nivel y la sensibilidad del conocimiento. Sólo hay dos formas de hacer Medicina, la buena y la mala, lo que aparece ahora es una finura de lo que es el diagnóstico y el tratamiento y esto tiene que prevalecer tanto en la Atención Primaria como en la Especializada. Además, un biomarcador no es otra cosa que algo nos dice qué es lo que está dentro de los estándares que hemos fijado como normales y qué es lo que se desvía. Por tanto, en Medicina Personalizada hay niveles de investigación, de docencia y de asistencia que están en los hospitales, pero hay otros que tienen y que deben estar en Primaria.

En un momento en el que la sostenibilidad del sistema sanitario está en duda, ¿la Medicina Individualizada es una oportunidad? ¿Cuál es el camino a seguir para implementar ese cambio dentro del Sistema Nacional de Salud?

Nosotros, y otras instituciones que están trabajando en este campo desde hace unos años, estamos poniendo encima de la mesa estudios y evidencias que confirman lo que supone la implantación de la Medicina Personalizada. En estos momentos, la posición de las autoridades sanitarias, tanto centrales como autonómicas, está muy polarizada con el día a día y con medidas a corto plazo, y, en este sentido, pedimos que miren un poco más allá y piensen en los próximos años, en la estrategia, si lo hicieran, verían que hay otras formas de hacer las cosas. Esto va a ser y así y nosotros sólo estamos ayudando a conformar esta nueva realidad, de hecho, hay dos cuestiones muy tozudas, por un lado, el conocimiento, que está avanzando y no hay barrera que lo pare, y, por otro, los pacientes, nuestra principal razón de ser, están cada vez más informados y acceden a la red, buscan y comparan y ven lo que se está haciendo en los sistemas y hospitales más avanzados y lo mismo que hacen los pacientes lo hacen los profesionales. En este sentido, hay que recordar que los pacientes de nuestro Sistema Nacional de Salud consultan la red en un 40 por ciento, aproximadamente, antes de acudir a un médico, y un 70 por ciento lo hacen una vez que han sido atendidos por el médico.

Siguiendo con el aspecto económico, ¿de dónde parte la financiación para la investigación y el desarrollo de la Medicina Individualizada?

Desde hace muchos años la parte más importante de la investigación en Biomedicina parte de las grandes empresas, de la parte privada. Aunque hay una parte de investigación pública que tiene un peso específico importante, sobre todo en la básica, los grandes avances están viniendo por la financiación privada, sobre todo multinacionales, trabajando de manera consorciada y en alianza con importantes centros de investigación, a nivel internacional. La mayoría de las empresas biotecnológicas, como es el caso de la nuestra, dedicamos entre un 18 y un 20 por ciento del total de ventas a la I+D, y aunque históricamente esto ha sido así, ahora lo es mucho más debido a la imparable generación de conocimiento. Antes la búsqueda de un nuevo medicamento se ensayaba con miles de nuevas moléculas, ahora mismo, desde el momento inicial, lo que se busca es una diana terapéutica, se busca qué está alterado de un grupo de pacientes o de un grupo de enfermedades y, en este momento, se va elaborando un test diagnóstico, un marcador y una nueva molécula. Así pues, todo este desarrollo de un fármaco que antes duraba diez o doce años, ahora, en algunos casos, se está reduciendo a cuatro o cinco años, es decir, se está acortando a la mitad la vida de desarrollo de un nuevo medicamento. Además de esta reducción del tiempo se gana mucho en eficacia y en seguridad y

se disminuye la toxicidad. En definitiva, lo que le pedimos a la Administración pública no es inversión sino reglas de juego claras, minimizar periodos de incertidumbre y ahí estaremos volcados en invertir en nuevas moléculas y nuevos tratamientos.

En España no existe el reconocimiento oficial de la especialidad de Genética Humana, a diferencia de lo que sucede en la mayor parte de los países europeos, ¿qué supone este obstáculo para la expansión de la Medicina personalizada en nuestro país?

Esta situación está teniendo consecuencias, por un lado, que la llegada y, por tanto, el beneficio del nuevo conocimiento, tanto en el sistema sanitario como en el sistema académico, esté siendo muy retardada, ya que no hay interlocutores, a priori, que puedan poner en valor estos avances. Por otro, está suponiendo que otros profesionales, aunque con buena formación, disposición y criterio, estén supliendo esta carencia, muy variable entre comunidades autónomas. Además, se está produciendo una ausencia en el mundo académico de esta disciplina, al margen de iniciativas puntuales en algunas facultades. Que no exista el reconocimiento oficial de la especialidad de Genética Humana en España nos hace estar perdiendo el tren, una vez más, de la innovación y del futuro; nos pone en posición de inferioridad, en este ámbito del conocimiento, respecto a otros países de nuestro entorno; está haciendo que perdamos una oportunidad de desarrollo de nuevos profesionales; y también que pongamos en valor un salto hacia las biotecnológicas y otro tipo de recursos y servicios, que ahora mismo sería muy interesante. Por el contrario, hoy, las cosas se siguen haciendo como se han hecho siempre, por tanto, la mayor barrera es la gestión del cambio y no sólo las limitaciones económicas porque si hubiera profesionales formados en esa área, estos harían que fuera mucho más eficiente. Por parte del Ministerio hay indicios de que el reconocimiento de la especialidad puede estar próximo, incluso hay recomendaciones de la Unión Europea en este sentido, por tanto, soy optimista y espero que sea una realidad en breve. Como siempre, llegaremos tarde y habrá que darse más prisa en coger el ritmo.

La nueva Estrategia de Ciencia, Tecnología y de Innovación y el Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación marcarán la hoja de ruta del sistema científico para los próximos ocho años y tienen como prioridad potenciar las tecnologías ómicas y de imagen médica, ¿cuál es su valoración al respecto?

Este tipo de programas y planes de ámbito estatal siempre son bienvenidos, pero deseamos ver cuál es el desarrollo posterior y cómo se concreta y materializada. Llevamos demasiados años con cambios, no sólo entre legislaturas, también dentro del mismo gobierno en medio de una legislatura, por tanto, esperamos que este Plan tenga permanencia en el tiempo, reglas claras y desarrollo reglamentario posterior. No me preocupa tanto el presupuesto, que tiene que haberlo, como que se prime la excelencia y la innovación. No puede ser otra vez "café para todos", se debe apostar fuertemente por líneas estratégicas y reglas de juego claras. Soy moderadamente optimista porque de este Plan me preocupa que no queda muy clara la relación y la coordinación con el mundo sanitario y académico.

En la reciente Reunión Internacional sobre Investigación Traslacional y Medicina Personalizada, "Medicina Genómica en los hospitales del siglo XXI", se habló de que la Medicina Genómica es una oportunidad en el abordaje de los trastornos psiquiátricos más prevalentes, especialmente en esquizofrenia, y en las complicaciones de la diabetes, ¿podría ahondar un poco más en este tema?

El Sistema Nervioso Central siempre ha sido un gran desconocido para los médicos, investigadores y pacientes, pero tenemos la sensación de que se está viendo la luz al final del túnel en algunos de esos procesos. Probablemente no tenemos la solución a todas las preguntas pero sí una forma diferente de clasificar y de ordenar y de no tratar a todo el mundo por igual. Además, en este tipo de enfermedades que son, generalmente, prevalentes y crónicas, el abordaje de las mismas a través de la Medicina Personalizada posibilitaría una optimización significativa de los recursos sanitarios y sociales. Del mismo modo, aunque la diabetes y el resto de las enfermedades metabólicas son uno de los grandes retos de la Medicina Personalizada, es probable que veamos tratamientos y resultados en breve, incluso con una visión más compleja de la enfermedad, en la que ésta se aborda como resultado de un pequeño caos de vías concretas de nuestra secuencia.

La aprobación del Real Decreto 1716/2011 ha permitido el desarrollo de la Ley de Investigación Biomédica en lo relativo a la obtención y uso de muestras biológicas de origen humano con fines de investigación biomédica, ¿qué supone este hecho?

La Ley en sí misma es un avance y, como todas las leyes, esperamos que dé respuesta a muchas cosas, pero es necesario un desarrollo reglamentario posterior. Por lo que se refiere al uso de muestras biológicas de origen humano con fines de investigación biomédica, al hilo del conocimiento genómico, éstas han adquirido una nueva situación jurídica y legal que obliga al investigador, al clínico, al paciente y al titular de la muestra a una nueva situación. Ya no se trata sólo del consentimiento informado sino que cuando se cede una muestra biológica a un biobanco, bien para diagnóstico o investigación, se ponen en marcha una serie de procedimientos de conservación, de titularidad, de propiedad, de cesión... que está obligando a ordenar y organizar de manera diferenciada lo que antes eran colecciones de muestras que, normalmente, estaban en los servicios de Anatomía Patológica. En estos momentos se está produciendo una fase de readaptación a esta nueva realidad y la Ley de Investigación Biomédica ayuda a esto, a pesar de que hay grandes interrogantes y dudas por parte de los investigadores y una gran complejidad respecto a su materialización. En definitiva, si queremos pertenecer a la comunidad científica internacional tendremos que tener centros donde nuestras muestras cumplan criterios similares a otros centros de otros países del mundo, para poder compartir y recibir conocimiento.

El Instituto Roche está a punto de cumplir su décimo aniversario, ¿cuál es el papel que desempeña dentro de este ámbito de Medicina Personalizada?

Cuando nació el Instituto Roche el concepto de Medicina Personalizada para muchos era una utopía, pero no para nosotros ni para otros centros del mundo que también veían las oportunidades de la Medicina Personalizada. En este tiempo hemos visto que lo que eran simples hipótesis de trabajo ahora son evidencias científicas; hemos colaborado y elaborado decenas de documentos; hemos movilizado miles de ponentes y de asistentes a nuestras jornadas, cursos y eventos; tenemos más de dos millones de seguidores, cualificados y especializados, en nuestra página web; y nuestra presencia en las redes sociales es significativa. Asimismo, hemos caminado al lado de este nuevo conocimiento y hemos colaborado, en la medida de nuestras posibilidades, con profesionales expertos, muy ayudados por las nuevas tecnologías. Cada año nos hemos ido adaptando a lo que iba llegando, abordando la investigación básica, académica, traslacional, y también las cuestiones éticas y legales, un tema muy importante que se están escribiendo al mismo tiempo que se está desarrollando el genoma.

¿Cuáles son los principales proyectos del futuro del Instituto Roche?

Seguir avanzando con las autoridades sanitarias, centrales y autonómicas para que vean que la Medicina Personalizada es una oportunidad y una necesidad y, en este sentido, estamos trabajando, desde hace tres años, en el modelo organizativo de la Medicina Personalizada en el Sistema Nacional de Salud para demostrar la evidencia de la coste-efectividad de esta nueva manera de diagnosticar y tratar. Además, estamos colaborando con varias sociedades científicas en el aspecto formativo y académico de estas nuevas áreas, no sólo grupos de trabajo y cursos de la manera tradicional, sino incluso potenciando cursos de formación on-line. Queremos estar cerca de los profesionales, pero también de los pacientes y de la sociedad en general; creemos en los acuerdos con las sociedades científicas y los centros de investigación; y contamos con los medios de comunicación, como aliados a la hora de promulgar este tipo de conocimiento, porque son el nexo de unión entre la comunidad científica y la sociedad.

Acuerdo entre Consejería de Sanidad y CESM-Murcia para que los médicos no sufran el recorte anunciado en atención continuada

Murcia (14/06/2013) - Antonio Pais

- Según el acuerdo alcanzado por el Sindicato Médico, y en contra de lo anunciado en Mesa General y Mesa Sectorial, los facultativos no sufrirán el descenso del cinco por ciento en la hora de guardia, ni se verán afectadas sus condiciones laborales y retributivas
- Se mantiene, al haber sido aprobado por ley en el Parlamento autonómico, que los médicos verán suprimida la parte autonómica del complemento específico en las pagas extra de diciembre de 2013 y de junio de 2014

El Sindicato Médico (CESM) de Murcia y la Consejería de Sanidad de la comunidad han alcanzado, tras una larga negociación, el acuerdo por el que los médicos de Murcia no sufrirán los recortes específicos para ellos, centrados en la atención continuada (una rebaja del cinco por ciento en el precio de la hora de guardia y en complementos como la nocturnidad y la festividad, o la reducción o reagrupamiento de los recursos de guardias) que habían sido anunciados recientemente, en primer lugar en la Mesa General y después en la Mesa Sectorial.

Según ha explicado a EL MÉDICO INTERACTIVO Clemente Casado, vicepresidente de CESM-Murcia, el recorte que sí sufrirán los médicos, pues se impondrá por ley al haber sido aprobado ya por el Parlamento regional, es la supresión de la parte autonómica del complemento específico en las pagas extra de diciembre de este año 2013 y de junio del próximo, 2014.

"Todos los recortes que afectaban de forma específica a las condiciones laborales y retributivas del médico no se va a aplicar", ha resumido el doctor Casado.

OCIO Y ENTRETENIMIENTO

DIARIO MEDICOCOM

PUBLICADO EN 'RADIOLOGY'

Demasiados remates con la cabeza causan alteraciones cerebrales

Un equipo de investigadores de la Universidad de Yeshiva, en Nueva York (Estados Unidos), ha mostrado que los futbolistas que golpean el balón con la cabeza con frecuencia presentan anomalías en el cerebro similares a las de los pacientes con traumatismos cerebrales.

Un equipo de investigadores de la Universidad de Yeshiva, en Nueva York (Estados Unidos), ha mostrado que los futbolistas que golpean el balón con la cabeza con frecuencia presentan anomalías en el cerebro similares a las de los pacientes con traumatismos cerebrales.

Los autores del estudio, que se publica en la revista *Radiology*, determinaron que durante un partido los jugadores golpean de media entre 6 y 12 veces el balón con su cabeza. Además, los investigadores estimaron que en un entrenamiento practican este tipo de tiro hasta en 30 ocasiones o más. Los científicos ponen el acento en el impacto que esta práctica puede causar en la salud del deportista.

Para el desarrollo del estudio, el equipo de científicos coordinados por Michael L. Lipton emplearon una técnica de resonancia magnética avanzada que permitió a los investigadores analizar los cambios microscópicos en la sustancia blanca del cerebro. Este sistema, aplicado en una muestra compuesta por 37 jugadores, con una edad media de 31 años, reveló que "quienes golpeaban entre 885 a 1.550 veces al año el balón con la cabeza tenían menor anisotropía fraccional en tres áreas del cerebro", explica Lipton.



¿ QUÉ SE APRENDE CON EL PASO DE LOS AÑOS ?

...CON EL PASO DE LOS AÑOS SE APRENDE ANATOMÍA ; DESCUBRES QUE TIENES BAZO, PÁNCREAS, ARTERIAS, COLON, RÍÑONES, HÍGADO, PRÓSTATA, RECTO, PULMONES, ARTICULACIONES, VESÍCULA, CORAZÓN, ESÓFAGO, NERVIOS, ETC. ETC...

