

INFORMACION DEL SMC



Recobremos el placer de ser médicos



Boletín Informativo SMC-CESM

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



MEDICOS

que defienden a los

MEDICOS

TABLON DE ANUNCIOS DEL SMC-CESM

No nos gusta, en absoluto, que debates por problemas de desilusiones profesionales, errores de las direcciones (por desgracia, cada vez más frecuentes y llamativos), posibles “cacicadas”,

desplantes hacia los profesionales (cada vez más frecuentes y llamativos), etc. salgan a la luz pública. Y menos con el dramatismo del último debate surgido tras el nombramiento de la Jefa de servicio de Oncología del HUMV. No nos parece bueno.

Pero es previsible cuando se hacen las cosas mal. Desde hace mucho, mucho tiempo que venimos avisando que, para hacer determinadas contrataciones hay que cambiar la normativa y hacerlo contando con los profesionales tanto en su elaboración como en el desarrollo.

La Consejería actual ha contestado a nuestras opiniones con impresentables intentos de adecuación de la normativa vigente con la exclusión, sospechosamente radical en algunos casos, de los profesionales (algo a lo que ninguna Consejería anterior se había atrevido *pese a las ganas que les daba*)

A esto hay que unir una displicente (por llamarlo de alguna forma) e incomprensible actitud de la Dirección Médica del HUMV hacia algunos profesionales que no les bailan el agua.

Consecuencia: Lo que no era deseable se hacía cada vez más previsible. Y, o mucho nos equivocamos, o seguiremos leyendo cosas...

OS RECOMENDAMOS LA LECTURA DEL INFORME DEL DIARIO MEDICO QUE PUBLICAMOS HOY EN EL BOLETÍN

OPINIONES

Crisis económica, cronicidad... ¿Atención Primaria?

Junio de 2013 - Antonio Pais

Hace años que la OMS puso de moda un lema: "La Atención Primaria, más necesaria que nunca". En el III Día Nacional del primer nivel asistencial, el 12 de abril, el Foro de AP rebautizó este lema: "En tiempos de crisis, más Atención Primaria". La profunda crisis económica en la que navega España y que tanto ha afectado a la Sanidad; el convencimiento de que se debe ir hacia un sistema basado en atajar la cronicidad; la eficiencia y preparación cada vez mayores mostradas por los profesionales del primer nivel... todo esto forma el perfecto caldo de cultivo para que se potencie la AP y se refuerce de una vez por todas su papel en el SNS para pasar a ser su eje. Lo que desespera a los profesionales de la AP es que este mensaje, la necesidad y conveniencia de reforzar la Primaria, también se lanza desde hace años desde el foro político... pero todo se sigue quedando en buenas palabras y no hay una apuesta en firme. Aunque hay quien mantiene la esperanza: poco a poco, van llegando mejoras

ÚLTIMA PRUEBA ECOE, ¿EN 2013?:

En declaraciones a EL MÉDICO INTERACTIVO, Josep Basora mostró recientemente su confianza en que la última prueba ECOE, para obtener por la vía extraordinaria el título de especialista en Medicina de Familia, se pueda celebrar este año. Tras la ampliación del plazo (hasta el 31 de mayo, cuando en principio finalizaba el 31 de marzo) para que los interesados puedan presentarse a la prueba, es más complicado que la ECOE se pueda celebrar este año. "Yo espero y confío en que pueda ser así, al menos por lógica la prueba debería estar realizada en 2013", señaló el doctor Basora.

Una vez recibidas las aportaciones de semFYC, SEMERGEN y SEMG, la Comisión Nacional de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria presentó su modelo de prueba, "una propuesta similar a la del año pasado, en la que se ha hecho un esfuerzo por simplificarla para hacerla viable económicamente pero sin que pierda su rigor y pueda examinar competencias", destacó Basora. Ahora ese modelo propuesto debe ser consensuado en el Comité de Prueba del Consejo Interterritorial del SNS, en la Comisión Delegada de Recursos Humanos.

En este punto, el presidente de semFYC confía en que "tanto las administraciones autonómicas como el Ministerio de Sanidad se impliquen en la prueba, aportando sus recursos para hacerla viable económicamente".

Una vez validado ese modelo, deberá publicarse tanto en el Boletín Oficial del Estado como en el Boletín Oficial de la Comunidad Europea. Aunque los cálculos son difíciles de realizar en este momento, cuando aún no ha terminado el plazo de presentación de aspirantes, se cree que a la última prueba ECOE se presentarán muchos menos candidatos que a la del año pasado; si entonces fueron 4.000 en este caso la cifra podría estar entre 1.500 y 2.000. "Hay que unificar el colectivo, muchas personas pendientes de este proceso y pensamos que es bueno terminarlo", señala Basora.

Para el doctor Llisterri, "lo importante respecto a la organización de la última prueba ECOE es que las tres grandes sociedades científicas de Atención Primaria estamos unidas, vamos de la mano y hemos trabajado con el Ministerio para poder colaborar en el diseño de la prueba y, obviamente, en su control. Queremos una prueba sencilla, ágil y rápida y que de una vez por todas se cierre un capítulo que ha generado muchísima discordancia".

"Desde SEMG", destaca el doctor Abarca, "siempre hemos propugnado que por encima de los intereses de cada una de las sociedades tiene que primar la profesión. Estamos demostrando que podemos hacer cosas conjuntamente, manteniendo cada uno su identidad; la ECOE es una prueba de ello. Queremos una prueba sencilla, de bajo coste, porque no hay justificación para que lo tenga alto, y que no hiera ninguna sensibilidad aunque cumpliendo la legalidad. El objetivo fundamental es homogenizar el colectivo y pasar página de una vez para cerrar este capítulo, que todos los médicos de familia de este país caminemos juntos".

Tercera edición del Día Nacional de la Atención Primaria, 12 de abril de 2013. Los profesionales del primer nivel asistencial, reunidos en el Foro de AP, muestran la decepcionante realidad: "No hemos conseguido muchos éxitos: la situación, lejos de mejorar, ha empeorado", reconocen, al tiempo que no esconden el cansancio de tanta lucha sin resultados, sólo promesas de una mejora futura que hasta ahora no ha llegado, o lo ha hecho de manera insuficiente: "Los profesionales no podemos hacer mucho más para salvar el SNS", añaden. Esta postura crítica, en general, la comparten las tres grandes sociedades científicas de médicos del primer nivel asistencial: la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) y la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN); aunque después siempre hay matices. .

Dos grandes datos para la esperanza, ésta nunca muere: en primer lugar, la unión, el trabajo conjunto tanto de las tres grandes sociedades científicas de médicos del primer nivel como del resto de organizaciones profesionales que integran el Foro de AP invita a pensar en un mejor futuro del primer nivel asistencial; y en segundo lugar está la cronicidad: en un sistema orientado en la atención a enfermos crónicos y polimedicados, la Atención Primaria debería ser eje.

Un mensaje optimista es el que lanza Josep Basora, presidente de semFYC. Cuando se le recuerda que no se está cumpliendo ese lema, 'En tiempos de crisis, más AP', el doctor Basora matiza: "Tampoco es del todo cierto. Los recortes se hacen de forma indiscriminada, tanto en la Atención Primaria como en la Hospitalaria. Lo que es cierto es que en los planes de crónicos de las distintas comunidades no se habla del papel fundamental de la AP; y ésta, para su continuidad, necesita de técnicas y de personal bien formado: los recortes van contra este personal humano, la están descapitalizando".

El presidente de semFYC recuerda que "con la Plataforma 10 Minutos, o con las estrategias AP del siglo XXI posteriormente, habíamos ganado un ratio humano importante: el necesario para que la AP sea competente y avance", y que en los últimos años "lo están recortando; en España

hay unos 30.000 médicos de familia trabajando en la AP, y este número ha decrecido, sobre todo en algunas comunidades autónomas se ha recortado: esto es lo que no nos lo podemos permitir, existe el riesgo de que las cartillas por profesional excedan los niveles aceptables (por encima de las dos mil)".

El doctor Basora no oculta que la AP se sigue moviendo entre la esperanza y la realidad. "La esperanza es que tenemos médicos de familia muy bien formados, salen del MIR muy bien preparados, y la realidad, el miedo, es que no haya un recambio para los médicos que se van a jubilar en los próximos años o no se renueve a los que tienen la condición de interinos, y que por lo tanto vayamos a caer en una Atención Primaria infradotada".

Porque lo que ya ha quedado fuera de dudas es que el médico de familia español está bien formado para utilizar las distintas herramientas con las que dotar un centro de salud. "El programa de la especialidad es muy bueno, y lo que necesitamos es que se creen oportunidades para estos médicos, repito que mi miedo es que no se cree empleo en los próximos años".

Aunque Josep Basora defiende su optimismo, y el de semFYC: "Si no somos optimistas nosotros, que tenemos que creer en que se pueden cambiar las cosas, ya me contará cómo se cambiarán. La única forma que tenemos desde la AP y desde semFYC es intentar que las cosas cambien a través de nuestro trabajo y de nuestra ilusión; no nos rendiremos nunca".

Y eso que la realidad es tozuda. Porque, se insiste, hablamos de crisis, de que en estos tiempos es más necesaria que recomendable la eficiencia de la AP, de atender especialmente la cronicidad... y la pregunta del millón vuelve: ¿Por qué no se refuerza la AP? "Yo creo que hay una política muy cortoplacista, y lo que se tiene que hacer es una reforma total del Sistema Nacional de Salud en la que la AP sea el eje del sistema; no sólo hay que potenciar la Primaria: si no se cambia todo lo demás, no lo conseguiremos; si como sucede ahora sólo se construyen hospitales, y hay una mala planificación gestora y política, tendremos problemas", responde el doctor Basora.

El presidente de semFYC confiesa que, cuando las sociedades hablan con las autoridades políticas, "nos dan la razón". Y su gran esperanza es "la Estrategia de Crónicos que propone el Ministerio; se debe producir el cambio en el SNS: este cambio debe contemplar recursos humanos, la mayoría de los MIR deberían ser generalistas, médicos de familia".

Una situación "mala", dice SEMERGEN

El presidente de SEMERGEN, José Luis Llisterri, no duda a la hora de calificar la situación actual de la Atención Primaria: "Estamos en una situación mala, mala. Los presupuestos no paran de bajar, los ajustes y los recortes han afectado mucho a personal médico y no médico, se han cerrado Puntos de Atención Continuada, de consultorios rurales, de Urgencias... estamos viendo cada día en la prensa este tipo de noticias, que son la consecuencia de la reducción de personal con criterios estrictamente económicos".

El doctor Llisterri no esconde el malestar creciente en el primer nivel asistencial: "Estamos muy preocupados porque la AP no es una prioridad en el SNS; para que la AP sea resolutive y eficaz necesita que se aumente la capacidad presupuestaria: nosotros estamos reclamando, desde el Foro de AP, que el 25 por ciento del presupuesto sanitario se destine a la AP... y eso está muy lejos, ahora estamos en un 14 por ciento y bajando, con previsiones para el año que viene aún

menores; si no hay un incremento importante de la aportación económica, la Atención Primaria va a seguir huérfana".

El presidente de SEMERGEN también insiste en que "una AP bien resolutive, capaz, formada, eficiente, que tenga instrumentos adecuados para poder realizar una atención clínica adecuada... eso abarata costes, se iría menos al hospital y se necesitarían menos pruebas complementarias; pero para eso es necesario que el médico de familia tenga un reconocimiento profesional, laboral, social, basado en competencias, en productividad, en responsabilidad... y ahora es todo lo contrario".

"Desde hace bastantes años venimos diciendo que la Primaria es fundamental para la sostenibilidad del sistema sanitario, y el que no lo quiera entender es que no conoce la situación: el 90 por ciento de lo que vemos en AP se resuelve; pero si se están incentivando otra vez la atención hospitalocentrista y las nuevas tecnologías y las pruebas complementarias caras, no va a haber nada que hacer", añade.

José Luis Llisterri recuerda que los profesionales del primer nivel asistencial hace ya un par de meses que solicitaron, sin tener de momento respuesta, una entrevista con la ministra Ana Mato. "Queremos ayudar y sabemos dónde podemos ayudar; pero en este momento no sigue habiendo una buena interlocución con el Ministerio, ésa es la verdad: estamos un poco decepcionados porque el Ministerio no nos consulta, no nos dice nada".

Entre la crítica, y el reconocimiento, a la mala situación de la Atención Primaria, el presidente de SEMERGEN rescata un aspecto muy positivo: las tres grandes sociedades de médicos de este ámbito se muestran unidas como nunca en la defensa de los intereses comunes del colectivo profesional y de la propia AP. "Esto es así, es una realidad: las tres sociedades estamos trabajando juntas, e intensamente, en los temas que preocupan al colectivo médico. Cada organización tiene sus propias peculiaridades, que hay que respetar, pero en este sentido yo al menos estoy muy contento: desde que llegué a esta Sociedad me propuse poder tener una relación muy cordial con SEMG y semFYC, algo que le viene muy bien a los médicos de AP".

SEMG censura la falta de equidad

Benjamín Abarca, presidente de la SEMG, incide en el factor económico, presupuestario, como la principal causa del deterioro del primer nivel. "El problema grande es que dentro del Plan que nos exige Europa, la inversión en el PIB va a caer. Y como la Primaria siempre es, dentro del reparto total, la que menos recibe, pues cada vez va a ir cayendo más. Si estamos peleando por una subida porcentual anual del uno por ciento, y no sólo no subimos sino que bajamos, es evidente que se van a ver afectadas la calidad de la atención y los servicios".

Hay avances: en el apartado de la desburocratización de las consultas, el doctor Abarca sí que cree que "se ha dado un paso importante con la implementación de la receta electrónica, allí donde se ha dado; aunque volvemos al mismo problema de siempre, la gran variabilidad que hay entre las autonomías: hay algunas que ya tienen sistemas de prescripción electrónica y allí se nota mucho la caída de la burocracia en las consultas porque es una herramienta imprescindible; pero otras no la tienen. Al final, esta gran disparidad entre las CCAA es una muestra más de la falta de equidad y de que cada una lleva el ritmo que puede en función de sus recursos".

Para el doctor Abarca, el Ministerio "poco tiene que decir, más allá de lo que tiene que hacer, que es su labor de coordinación. Es lo que venimos pidiendo tantas veces: que el Consejo Interterritorial sea realmente un organismo coordinador y ejecutivo, que es realmente el papel que se le debería reservar. Y después, cada comunidad es autónoma en su gestión y en su gasto... pero hay una serie de cuestiones en las que todas deben ponerse de acuerdo, que esto es un SNS.

"De momento se puede hablar de una AP 'nacional' pero que ya empieza a tener sus matices en CC.AA.; y éste es el problema: debe haber una uniformidad, para respetar la equidad y que en todos los sitios se preste una asistencia semejante. En principio, la cartera de servicios común velaría por esto; nosotros creemos que la cartera de servicios debe ser un elemento vivo, en el cual introducir todas aquellas novedades que hayan demostrado evidencia científica y seguramente quitar aquellas otras que hayan perdido su evidencia o no tengan una justificación, y para eso hay que revisarla periódicamente", añade. Hay cuestiones importantes dentro de esa revisión de la cartera de servicios, como puede ser "la ecografía en Primaria", destaca el presidente de la SEMG, que enseguida se muestra cauto: "Aunque hablar de nuevas actividades sin tratar de corregir primero todos los déficits que tenemos resulta casi un poco irrisorio".

Para Abarca, "lo que hay que tratar de conseguir primero es una equidad en todo el país y que la AP sea de verdad el eje del sistema, pero no sólo decirlo sino que de verdad se lo crean los dirigentes: voluntad dicen que sí la hay, pero los hechos demuestran lo contrario: resulta que la AP se ha apretado el cinturón en la época de bonanza... y en la época de crisis es también la que más se lo vuelve a apretar". Aunque en los momentos de crisis, subraya, "se agudiza el ingenio y se buscan las soluciones más eficientes; y con la AP no hay duda de su eficiencia y de su bajísimo coste: con el 14 por ciento del presupuesto queda resuelto el 85 por ciento de los problemas de salud de las consultas de este país".

La cronicidad, la gran esperanza

El presidente de SEMG tampoco se rinde: "Ahora tenemos otra apuesta importante, la de muchos servicios de salud con la cronicidad... que es el campo de actuación por excelencia de la AP. Ésta podía ser otra oportunidad realmente muy importante. Veremos a ver si somos capaces, desde luego nosotros lo estamos peleando, de que la AP sea el eje regulador y modulador del paciente crónico", señala.

"Dentro de la cronicidad hay muchos entes involucrados; nuestro primer principio es la persona enferma, y en las consultas de AP la estamos viendo todos los días. Aunque lo más importante es que aquí no se le puede restar importancia a nadie, absolutamente a nadie: todo el mundo es fundamental; pero el hecho de que alguien tenga que coordinar y dirigir todo este proceso... yo creo que al profesional de Primaria es al que le corresponde, es evidente".

Josep Basora incide en esta misma idea: "Con una población envejecida y con un montón de enfermedades crónicas, tenemos que pensar que esto se tiene que transformar; porque si seguimos así es una inversión muy alta en el SNS, y no se entiende que vayamos a un sistema cada vez más fragmentado, con más especialidades, con más hospitales y requerimientos, cuando hay que apostar por un SNS que sea resolutivo y más generalista: la AP lleva a la sostenibilidad del sistema, y creo que nosotros lo veremos. Lo que no sirve de nada es quejarse: hay que impulsar esta transformación del SNS", insiste.

Día Nacional de la AP: Más diálogo

Bajo el lema 'En tiempos de crisis, más Atención Primaria', el pasado 12 de abril los profesionales del primer nivel asistencial, reunidos en el Foro de AP, celebraron el III Día Nacional de la Atención Primaria. En la jornada, los profesionales reconocieron, en primer lugar, los "pocos éxitos", en forma de avances, que se han logrado desde que se creó el Foro: lejos de mejorar, la situación ha empeorado. Y al mismo tiempo reivindicaron la necesidad de un mayor diálogo con las administraciones sanitarias, tanto con el Ministerio como con las Consejerías de Sanidad de las distintas comunidades autónomas. Es más difícil, explicaron, seguir reivindicando un mayor papel para la AP, para hacer sostenible el sistema, mientras Ministerio y CC.AA sigan tomando decisiones sin que exista el diálogo con estos agentes

Benjamín Abarca hacía una metáfora con la propia AP como paciente crónico. "Las autoridades siguen sin hacer caso del diagnóstico que hemos hecho los médicos, y menos aún del tratamiento". La idea era compartida por José Luis Llisterri, quien incidía en que los cambios no dependen de cuestiones económicas, sino que "es más un tema de voluntad política". El doctor Llisterri ve incomprensible que lo que resulta bueno para una comunidad, no lo sea para otra, perteneciendo a un mismo sistema. "Es necesario homogeneizar un mensaje categórico".

Aunque Begoña Domínguez, presidenta de la Asociación Española de Pediatría de AP, resaltaba que incluso cuando a veces existe diálogo, éste aporta poco. Así, ponía de ejemplo el calendario vacunal "casi único", que finalmente ha sido un acuerdo de "mínimos", y no cubre por tanto las necesidades reales de la población. En relación a la especialidad de Pediatría, las organizaciones del Foro censuraron el planteamiento del Gobierno, tratado ya en Consejo de Ministros, de aumentar la edad pediátrica hasta los 18 años de edad en algunas patologías; aunque "es un debate estéril", aclararon.

Salvador Galán, secretario de Atención Primaria de CESM, señalaba como uno de los problemas más acuciantes al 'factor tiempo'. "Se está dejando de hacer contrataciones a eventuales, y hay una ola de jubilaciones que no están siendo restituidas, por lo que el factor tiempo se agrava día a día", dijo, y explicó que el perjuicio era para todos: pacientes, profesionales y sistema sanitario.

Uno de los temas en los que el Foro mostró su rotundo malestar es en la privatización de la gestión de los centros sanitarios públicos. Así lo manifestaba Jerónimo Fernández, vicesecretario general de la OMC: "La solución debe de venir de la mano de la implicación de los profesionales, no de la privatización".

De hecho, una de las ideas del Foro es la contar con la población, ya que los profesionales "poco más podemos hacer". Así, se plantea la posibilidad de realizar una recogida de firmas de apoyo al primer nivel asistencial, llamando a la movilización.

Documentación y fuentes

1. EL MÉDICO INTERACTIVO.
2. Entrevista a Josep Basora, presidente de semFYC.
3. Entrevista a José Luis Llisterri, presidente de SEMERGEN.
4. Entrevista a Benjamín Abarca, presidente de la SEMG.

ESTRATEGIA AP21: UNA EVALUACIÓN INCOMPLETA

La II Conferencia de Presidentes, en septiembre de 2005 destacó la necesidad de impulsar la AP y se marcó el compromiso de mejorar su capacidad de resolución y sus recursos. La Estrategia AP21, documento de 44 líneas estratégicas y más de 200 acciones de mejora para las próximas dos décadas, con la participación y el consenso de los profesionales, los pacientes y los políticos, se finaliza en el otoño de 2006. A comienzos de este año se hizo público el informe de la Estrategia... que supuso una importante decepción para las tres grandes sociedades científicas de médicos de AP: en la mayoría de sus indicadores faltaban los datos de siete u ocho comunidades autónomas.

Para el doctor Basora "se trata de unos datos muy incompletos, y además en ocasiones no muy actualizados. Se puede decir que en general hay un avance de la Atención Primaria, pero que nos faltan, de las 44 estrategias, muchos indicadores que son difíciles de comprobar. Es un primer intento de evaluar la AP en toda España; y el Ministerio, por lo que yo sé, va a hacer un esfuerzo para hacer un sistema de evaluación de la AP mucho más potente que el que ha resultado de esto".

El doctor Llisterrí recuerda que en diversas reuniones del Foro de AP "sí hemos profundizado en algunos de los puntos clave de la Estrategia; hemos trabajado en documentos de posicionamiento que hacían referencia a la desburocratización de las consultas, a la necesidad de que la AP sea capaz de participar en la toma de decisiones, en la formación continuada, un documento sobre la incapacidad temporal... y se han producido además diferentes pronunciamientos (Madrid, privatizaciones, etc.)".

Y el doctor Abarca coincide en que "al no poderse comparar los datos de todas las comunidades, la evaluación se queda coja. De los datos que hay, más o menos lo que ya sabíamos: dentro de la caída del presupuesto global, la que más decrece. Después, unas comunidades están mejor en un aspecto y otras lo están en otro, pero otras no ofrecen los datos... entonces, no sería justo decir cuáles están mejor".

"Otro aspecto problemático es que hay datos que no son comparables; habría que hacer un registro exactamente igual en todas las CC.AA., porque la ciudadanía y las organizaciones profesionales tienen todo el derecho del mundo a conocer los datos y poder compararlos".

Si para algo ha servido la evaluación de la Estrategia ha sido para constatar un aspecto que ya se conocía: la alta valoración que los ciudadanos tienen de la AP y de sus profesionales; un notable alto en temas como la satisfacción por la atención recibida (el 86 por ciento la vio 'buena' o 'muy buena') o la confianza y seguridad que les inspira el médico de familia (777) o la atención domiciliaria (7). Por el contrario, se destaca en esta evaluación incompleta la excesiva medicalización de los pacientes, algo que no se está pudiendo frenar desde el primer nivel, y la llegada de las listas de espera a la AP: en 2011, la espera media era de 3,65 días; y que la AP recibe el 14 por ciento del presupuesto total sanitario.

NOTICIAS DE CANTABRIA

'IMPORTAN' A LA DOCTORA GRÁVALOS, VINCULADA A MUTUA MADRILEÑA, EN EL NEGOCIO DE LA PRIVATIZACIÓN DE LA SANIDAD PÚBLICA

Buruaga y Pascual ponen partas arriba el servicio de Oncología de Valdecilla

AQUÍ CONFIDENCIAL/AGENCIAS

Uno de los servicios de Valdecilla más reconocido y competente, el de Oncología, acaba de recibir un inesperado golpe. Integrado por reputados profesionales, aunque al parecer no gratos ideológica o personalmente a los políticos -Buruaga, Pascual ...,- que mandan en la sanidad de Cantabria, acaba de experimentar en cabeza propia como entiende el Gobierno del PP el "respeto" por la profesionalidad de los trabajadores del hospital. Para sustituir al jefe de servicio de Oncología, el doctor Jaime Sanz Ortiz, que se jubiló el pasado mes de diciembre, se ha reclutado en comisión de servicios a una oncóloga del montón, Cristina Grávalos, facultativa del Servicio de Oncología del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, que ni siquiera fue entrevistada para ser contratada por Cesar Pascual, director del hospital -alguien lo habrá hecho, pero no se sabe quien-. La doctora Grávalos llega a Valdecilla sin proyecto ni plan de acción, pero con un fuerte 'padrinazgo', el que le da ser discípula de Hernán Cortes-Funes, jefe del Servicio de Oncología del Hospital 12 de Octubre de Madrid y miembro del Consejo Rector de la Fundación Mutua Madrileña, empresa muy bien situada en el 'negocio' de la sanidad y dispuesta a aprovechar las privatizaciones de hospitales públicos. De como ha sido recibido el nombramiento trata el esclarecedor artículo que hoy publica en El Diario Montañés el oncólogo José Manuel López Vega y que reproducimos íntegramente a continuación, titulado "Encontrarás lagartijas".

"En la película que Roland Joffé dedica al fundador del Opus Dei se encontraban dragones, quizá por el relieve histórico del personaje, pero yo me encuentro con animalejos menos fogosos.

Agradezco a EL DIARIO la información de que mi nuevo Jefe será una oncóloga de Madrid. Allá por diciembre, mi Dirección me entrevistó como candidato al puesto, pero no debí de gustarles mucho, porque no volvieron a dirigirme la palabra. Durante casi seis meses, ninguna aclaración, consulta, explicación ni contacto. Seguramente trabajan mucho, los pobres, y en la agenda no les cabe la cortesía. El Gerente, D. César Pascual, tuvo el gesto de escucharme -primera y única conversación- cuando la decisión ya era vox populi. La conocían en Valencia, Burgos, La Coruña, Madrid por supuesto... Pero yo no.

El lector pensará: hala, aquí viene la pataleta del mal perdedor, la decepción del cornudo, el último clavo que agarra el fracasado. Admito el riesgo y afronto el reto de explicar que no defiendo mi vanidad, sino la proyección de la gente extraordinaria que trabaja conmigo, a la que han dispensado el trato infame de 'palo al amigo, que el enemigo no se deja'.

De niño, viviendo en el barrio de Cajo, pensaba que algún día sería médico, pero ¿de Valdecilla? Por entonces, no me sentía a semejanza altura, aunque luego la vida me deparó el privilegio de integrarme en el hospital Valdecilla en 1992. Algunos creen que en estos dos decenios no lo he (hemos) hecho del todo mal. Algunos que obviamente no están en la Dirección, pues ésta ha ido ofreciendo el puesto a oncólogos de toda España. Los más valiosos lo declinaban y telefoneaban, medio escandalizados, medio cachondeándose, sin entender a cuento de qué. La elegida, no tan valiosa, sí que ha sido sigilosa.

El Gerente reconoce que nunca la entrevistó personalmente y él sabrá. Yo sí he preguntado a la dama por sus ideas respecto a la plantilla. No sabe/no contesta. Y le he preguntado por sus criterios de prescripción y gasto farmacéutico. Tampoco suelta prenda. Oiga, señora, ¿con qué viene usted a mi casa? Pues con una mano delante y otra detrás. La dama sigilosa se dedica al cáncer digestivo, un área extremadamente bien cubierta en Valdecilla. ¿Trae algún proyecto específico? No por cierto: me dice que tranquilo y ya se verá.

Cuentan que la contratan porque "sabe de gestión" y le atribuyen el liderazgo del Plan de Cáncer de Madrid. Pues podría haberse esmerado en los programas de detección precoz del cáncer de mama y del cáncer de colon, en los que Cantabria va muy por delante en todos los índices de implantación y calidad. Los capitostes de la Sanidad cántabra deberían defender lo propio, cuando lo propio funciona, pero ni están ni se les espera. Viene a dirigir a gente que escribe en sitios como New England Journal of Medicine o Journal of Clinical Oncology una 'experta' que ignora hasta cuántos Residentes se forman aquí. Por mi parte, en mis cursos de Esade o el Instituto de Empresa nunca he coincidido con ella: quizá es tan espabilada que no necesita ir a clase.

La dama sigilosa me pide confianza. Lo siento, no me la inspira. No demuestra excesivo sentido del compañerismo y se ha hecho cómplice de un proceso absurdamente opaco, en el que se ha ninguneado a los oncólogos de Valdecilla y a los Jefes de Servicio del hospital más involucrados en el cáncer. Un proceso deleznable en lo técnico y en lo humano, que toda la plantilla de Oncología, unánimemente, ha rechazado en defensa de su autonomía intelectual y dignidad científica y profesional.

Dicen que la dama sigilosa creció junto a un grandísimo oncólogo. El primo de Zumosol. (El primo sale en una foto de El Diario, seguramente en un rato libre que le dejó su clínica marbellí.) Pues no me basta para tolerar que se trate deshonorosamente a los tontucos de Valdecilla.

Sí, es una deshonra. Yo seré una medianía, claro está, dependiendo de quién me juzgue. El Gerente habla de "derecho de sucesión". No sabe cuánto yerra el tiro. Traiga usted a un oncólogo colosal, con un proyecto original, rebosante de excelencia e impacto científico para enriquecer a mi gente y engrandecer mi casa, y aplaudo con las orejas. Yo hubiera firmado debajo de infinidad de nombres simplemente por lo del buen árbol y el buen cobijo, pero fueron a su bola y traen pura mediocridad para dirigir un Servicio muy bien encauzado y con excelente rendimiento (lo dice la propia Administración). Traen mediocridad arrastrando penosamente la imagen de Valdecilla... De ninguna manera. No me resigno a que la dama sigilosa venga en 'comisión de servicios': sus servicios son innecesarios y ella no es bienvenida.

La sanidad cántabra no me ha procurado amparo alguno. Se sienten a gusto, parece, con un equipo directivo que desdén a sus profesionales y los convierte en un hazmerreír. Aunque se les llena la boca con la importancia estratégica de la Oncología y otros bla-bla-blás, a la hora de la verdad, nada de nada. ¿Hubiera D. Segundo López Vélez encargado la Oncología a un personaje sin entrevistarle? Jamás.

Mis colegas no me tienen por un chandlas y mis pacientes, creo, tampoco. Fracasado y todo, a las mujeres de Amuccan les digo que seguiré por mi camino... si me dejan. Pero también les aviso que otros mendas van por el suyo: el de la arbitrariedad y el compadreo. A ver si la sociedad se planta y les echa pronto. Y allá donde vayan, que les vaya bonito."

eldiariomontanes.es

Los hospitales cántabros incrementarán este verano su actividad asistencial

Valdecilla, Sierrallana y Laredo aumentan el número de quirófanos programados y reducen menos las camas de hospitalización

Los hospitales del Servicio Cántabro de Salud (SCS), Valdecilla, Sierrallana-Tres Mares y Laredo, incrementarán este verano su actividad asistencial respecto a años anteriores dentro de la estrategia de la Consejería de Sanidad de reducir las listas de espera quirúrgicas.

Según ha informado el Gobierno de Cantabria en un comunicado, este incremento se traducirá en un mayor número de quirófanos programados y una menor reducción de las camas de hospitalización, así como en un aumento de la cobertura del personal sanitario en relación con el verano pasado.

Los mayores incrementos de sesiones quirúrgicas (una sesión quirúrgica es un quirófano abierto de 8 a 15 horas) se producirán en las especialidades con mayor lista de espera: urología y cirugía ortopédica (3 sesiones más por semana que en 2012), cirugía general (2 sesiones más) y otorrinolaringología y cirugía pediátrica (1 sesión semanal más).

De esta forma, el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla aumentará en comparación con el año pasado la actividad quirúrgica programada durante los meses de julio, agosto y septiembre, con la planificación de intervenciones en 20 quirófanos diariamente, de lunes a viernes, dos más que en 2012.

Esta cirugía programada abarcará el Área Quirúrgica de Valdecilla, la Residencia Cantabria y el Hospital de Liencres.

En Valdecilla, se realizarán intervenciones en 14 quirófanos; en la Residencia Cantabria funcionarán 2-3 quirófanos diarios, y en el Hospital de la Santa Cruz de Liencres se abrirán 3 quirófanos de cirugía ortopédica.

Además, tanto en Valdecilla como en la Residencia Cantabria permanecerán abiertos sendos quirófanos de Urgencias, de forma que, en total, los quirófanos de Valdecilla funcionarán al 82 por ciento.

Como consecuencia de la mayor actividad quirúrgica, también aumentará el número de camas de hospitalización respecto a veranos anteriores.

Así, de julio a octubre, se bloquearán 32 (20 menos que el año pasado) en Valdecilla, Residencia Cantabria y Liencres.

También en los hospitales comarcales de Sierrallana y Laredo se realizará una optimización de los recursos para atender la demanda asistencial y al mismo tiempo controlar las listas de espera, por lo que está previsto un aumento de la actividad quirúrgica programada respecto a 2012.

Durante el mes de julio, el Hospital Sierrallana abrirá, además del quirófano de Urgencias, cinco quirófanos diarios para cirugía de las distintas especialidades (uno más que el verano pasado).

Del 1 de agosto al 15 de septiembre, se abrirán cuatro quirófanos (uno más que en 2012) y hasta el 30 de septiembre permanecerán abiertos, como el año pasado, cinco quirófanos al día.

Esto supone que Sierrallana programará entre un 58 y un 71 por ciento de sus quirófanos diariamente.

En cuanto a la hospitalización, la unidad de corta estancia de Sierrallana permanecerá cerrada del 1 de julio al 30 de septiembre, mientras que en el resto del hospital el número de camas

disponibles se reducirá un 20 por ciento (de 74 a 60), excepto entre el 5 de agosto y el 15 de septiembre en que la disminución será del 38 por ciento (de 74 a 44-48).

En el Hospital Tres Mares, se reducirá el número de camas de 22-24 a 12-14, de julio a septiembre.

Laredo

Por su parte, en el Hospital Comarcal de Laredo, permanecerán activos, entre junio y septiembre, 18 quirófanos semanales (6 más que el año pasado), aunque con una capacidad potencial máxima de 20 (5 más que el año pasado), lo que supone una programación del 90 por ciento.

Como en años anteriores, el Hospital pejino mantiene abiertas todas sus camas de hospitalización, mientras que las consultas externas funcionarán al 80 por ciento de su capacidad.

Para mantener este nivel de actividad contratará a un cirujano general, un ginecólogo, un anestesiólogo, un oftalmólogo y a un farmacéutico, además de los facultativos necesarios para cubrir las reducciones de jornada pedidas por los profesionales con hijos menores de 12 años.

En la división de Enfermería, las coberturas para sustituir al personal de vacaciones superan en todos los casos el 75 por ciento y destacan las de los técnicos de laboratorio y de anatomía patológica y las de matronas, que serán del 100%.

También en el Hospital Valdecilla las tasas de cobertura de los profesionales de vacaciones serán superiores a las del año pasado para el personal de Enfermería (65,5% en enfermeras y 69,9% en auxiliares) y también alcanza el 100% en el caso de los técnicos de laboratorio y las matronas.

Mientras, en el Hospital Sierrallana, el personal que disfruta de vacaciones en cada periodo corresponde al número proporcional de camas de hospitalización que se cierran, por lo que la cobertura en el resto de la hospitalización será del 100%.

Además, con el fin de reforzar los equipos de Atención Primaria y los SUAP (Servicios de Urgencias de Atención Primaria), y garantizar una adecuada cobertura asistencial, el SCS contratará este verano a 81 médicos, 31 enfermeros, 16 celadores y 14 auxiliares administrativos.

INVESTIGACIÓN EN EL MARQUÉS DE VALDECILLA

Un estudio del IFIMAV relaciona la vitamina D con la protección de los huesos

Se ha llevado a cabo entre 820 pacientes con elevación de la parathormona del área de Camargo

Un estudio publicado por profesionales del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (IFIMAV) ha revelado la importancia de mantener un adecuado consumo de vitamina D como factor de protección para las fracturas de huesos en mujeres posmenopáusicas.

Entre las conclusiones del estudio se recoge que en esas mujeres los niveles elevados de parathormona se asocian con un aumento de la prevalencia de fracturas vertebrales, una baja masa ósea y una elevación de los marcadores de remodelado óseo solamente ante bajos niveles de vitamina D.

Por este motivo, se concluye que mantener un adecuado estado nutricional en esa vitamina parece proteger a los huesos de los efectos nocivos de una parathormona elevada.

El estudio, publicado recientemente, lo ha llevado a cabo el grupo de Metabolismo Mineral y Lipídico del IFIMAV, liderado por el jefe del Servicio de Medicina Interna, Jesús González Macías, entre 820 mujeres posmenopáusicas del área de Camargo, según ha informado el Gobierno de Cantabria en un comunicado.

Para analizar la posible asociación entre los niveles de parathormona, la prevalencia de fracturas vertebrales y su posible dependencia de determinados niveles de vitamina D, esta investigación también ha estudiado la influencia del nivel de esa vitamina en la relación entre la parathormona con la densidad mineral ósea y los marcadores de remodelado óseo.

La parathormona es una hormona que segrega la glándula paratiroides y que interviene en la regulación del metabolismo del calcio y el fósforo.

Su aumento o déficit pueden producir niveles altos o bajos de calcio en la sangre, mientras que su exceso mantenido puede ser perjudicial para el esqueleto, favoreciendo el desarrollo de osteoporosis.

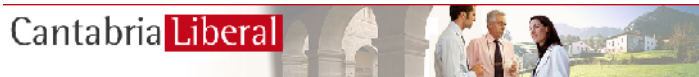
Por el contrario, su baja secreción causa trastornos nerviosos que, afortunadamente, pueden ser fácilmente corregidos con vitamina D y una dieta rica en calcio.

La vitamina D se usa sobre todo en el tratamiento de la osteoporosis, enfermedad en que los elementos que forman el hueso son más delgados de lo normal, lo que los hace menos resistentes.

Se utiliza también para tratar el raquitismo (enfermedad de los niños cuyo equivalente en los adultos se denomina osteomalacia), porque en general se debe precisamente a una falta intensa de la vitamina.

Además, se emplea para prevenir el desarrollo de bajo nivel de calcio y pérdida ósea en las personas con insuficiencia renal (osteodistrofia renal).

En los últimos años se ha observado que ayuda a prevenir las caídas en el anciano, y se está estudiando su posible utilidad en otras enfermedades.



Los hospitales del SCS incrementarán este verano su actividad asistencial respecto a años anteriores

Valdecilla, Sierrallana y Laredo aumentan el número de quirófanos programados y reducen menos las camas de hospitalización

Los hospitales del Servicio Cántabro de Salud (SCS), Valdecilla, Sierrallana-Tres Mares y Laredo, incrementarán este verano su actividad asistencial respecto a años anteriores, lo que se traducirá en un mayor número de quirófanos programados y una menor reducción de las camas de hospitalización. En consecuencia, aumentará también la cobertura del personal sanitario en relación con el verano pasado, según destaca el Gobierno regional en un comunicado de prensa.

El Hospital Universitario Marqués de Valdecilla aumentará en comparación con el año pasado la actividad quirúrgica programada durante los meses de julio, agosto y septiembre, con la planificación de intervenciones en 20 quirófanos diariamente, de lunes a viernes, dos más que en 2012.

Esta cirugía programada durante el periodo estival se refiere al Área Quirúrgica de Valdecilla, la Residencia Cantabria y el Hospital de Liencres. En Valdecilla, se realizarán intervenciones en 14 quirófanos; en la Residencia Cantabria funcionarán 2-3 quirófanos diarios, y en el Hospital de la Santa Cruz de Liencres se abrirán tres quirófanos de cirugía ortopédica. Además, tanto en Valdecilla como en la Residencia Cantabria permanecerán abiertos sendos quirófanos de Urgencias. En total, los quirófanos de Valdecilla funcionarán al 82%.

Desde el Gobierno se destaca que esta programación estival forma parte de la estrategia de la Consejería de Sanidad de continuar reduciendo las listas de espera quirúrgicas. De ahí que los mayores incrementos de sesiones quirúrgicas (una sesión quirúrgica es un quirófano abierto de 8 a 15 horas) se produzcan en las especialidades con mayor lista de espera: urología y cirugía ortopédica (tres sesiones más por semana que en 2012), cirugía general (dos sesiones más) y otorrinolaringología y cirugía pediátrica (una sesión semanal más).

Como consecuencia de la mayor actividad quirúrgica, también aumentará el número de camas de hospitalización respecto a veranos anteriores. De julio a octubre, se bloquearán 32 (20 menos que el año pasado) en Valdecilla, Residencia Cantabria y Liencres. Sanidad puntualiza que este bloqueo se hará con la suficiente flexibilidad para poder reabrir estas camas de inmediato en caso de que sea necesario.

SIERRALLANA Y LAREDO

También en los hospitales comarcales de Sierrallana y Laredo se realizará una optimización de los recursos para atender la demanda asistencial y al mismo tiempo controlar las listas de espera, por lo que está previsto un aumento de la actividad quirúrgica programada respecto a 2012.

Durante el mes de julio, el Hospital Sierrallana abrirá, además del quirófano de Urgencias, cinco quirófanos diarios para cirugía de las distintas especialidades (uno más que el verano pasado); del 1 de agosto al 15 de septiembre, cuatro quirófanos (uno más que en 2012), y hasta el 30 de septiembre permanecerán abiertos, como el año pasado, cinco quirófanos al día. Esto supone que Sierrallana programará entre un 58 y un 71% de sus quirófanos diariamente.

En cuanto a la hospitalización, la unidad de corta estancia de Sierrallana permanecerá cerrada del 1 de julio al 30 de septiembre, mientras que en el resto del hospital el número de camas disponibles se reducirá un 20% (de 74 a 60), excepto entre el 5 de agosto y el 15 de septiembre en que la disminución será del 38% (de 74 a 44-48), en todo caso dejando siempre abierta la posibilidad de habilitarlas en cuanto sea preciso.

En el Hospital Tres Mares, se reducirá el número de camas de 22-24 a 12-14, de julio a septiembre.

En el Hospital Comarcal de Laredo, permanecerán activos, entre junio y septiembre, 18 quirófanos semanales (seis más que el año pasado), aunque con una capacidad potencial máxima de 20 (cinco más que el año pasado), lo que supone una programación del 90%

Como en años anteriores, el Hospital de Laredo mantiene abiertas todas sus camas de hospitalización, para dar respuesta a la demanda creciente que se produce cada verano por el aumento de la población en las localidades costeras de la zona oriental. Las consultas externas funcionarán al 80% de su capacidad.

COBERTURA DEL PERSONAL

Para mantener este nivel de actividad, el Hospital de Laredo contratará a un cirujano general, un ginecólogo, un anestesista, un oftalmólogo y a un farmacéutico, además de los facultativos necesarios para cubrir las reducciones de jornada pedidas por los profesionales con hijos menores de 12 años.

En la división de Enfermería, las coberturas para sustituir al personal de vacaciones superan en todos los casos el 75% y destacan las de los técnicos de laboratorio y de anatomía patológica y las de matronas, que serán del 100%

También en el Hospital Valdecilla las tasas de cobertura de los profesionales de vacaciones son superiores a las del año pasado para el personal de Enfermería (65,5% en enfermeras y 69,9% en auxiliares) y también alcanza el 100% en el caso de los técnicos de laboratorio y las matronas.

Mientras, en el Hospital Sierrallana, el personal que disfruta de vacaciones en cada periodo corresponde al número proporcional de camas de hospitalización que se cierran, por lo que la cobertura en el resto de la hospitalización será del 100%. Al mismo tiempo, se efectuarán las contrataciones necesarias para mantener una cobertura total en la Unidad de Reanimación y

Cuidados Especiales, Urgencias y los servicios donde no disminuye la actividad asistencial.

ATENCIÓN PRIMARIA

Con el fin de reforzar los equipos de Atención Primaria y los SUAP (Servicios de Urgencias de Atención Primaria), y garantizar una adecuada cobertura asistencial, el SCS contratará este verano a 81 médicos, 31 enfermeros, 16 celadores y 14 auxiliares administrativos.

De estas contrataciones, 17 médicos, 11 enfermeros, dos auxiliares y dos celadores servirán para reforzar, por distintos periodos de tiempo, los SUAP de Santander, Torrelavega, Meruelo, San Vicente, Suances, Cudeyo y Cabezón de la Sal, y los equipos de Atención Primaria de los centros de salud de las zonas costeras, además de Liébana y Los Valles.

NOTICIAS GENERALES

ACTA  SANITARIA

La Red de Investigación Cardiovascular presenta avances para el aneurisma de la aorta abdominal

Investigadores de la Red de Investigación Cardiovascular (RIC), perteneciente al Instituto de Salud Carlos III, han presentado varios avances para el aneurisma de la aorta abdominal (AAA).

Madrid 17/06/2013



Durante la "Reunión Conjunta de los Grupos de Trabajo de Patología de la Aorta" que se celebró en el Hospital Marqués de Valdecilla de Santander, el Dr. Juan Francisco Nistal señaló que obtener tejido aórtico de pacientes en las fases iniciales de la enfermedad no es una opción viable en investigación por causas éticas y que los tejidos procedentes de muestras obtenidas durante la cirugía para el tratamiento del aneurisma presentan cambios muy avanzados, por lo que proporcionan una información demasiado limitada sobre las alteraciones precoces que preceden al deterioro final de la pared aórtica.

Por todo esto, para Nistal juegan un papel fundamental en la investigación los modelos experimentales, como los modelos basados en el ratón que cuentan con la ventaja de la relativa homología genética de estos animales y la posibilidad de silenciar o sobre-expresar genes concretos. Esto facilita entender el proceso de desarrollo de los aneurismas siguiendo un modelo mecánico, es decir, basándose en que un sistema complejo puede comprenderse examinando el funcionamiento de sus partes y la manera en que estas interaccionan. Además permite la reproducción de mutaciones que en humanos se asocian a la aparición de aneurismas, facilitando así el análisis de posibles causas de las fases iniciales de la enfermedad.

La Dra. Cristina Rodríguez Sinovas, del Centro de Investigación Cardiovascular (CSIC-ICCC, Barcelona) comentó cómo el AAA es una patología caracterizada por un intenso remodelado de la matriz extracelular (entramado de moléculas, proteínas y carbohidratos que ocupan el espacio existente entre las células), la presencia de un importante infiltrado inflamatorio (células blancas que migran a un tejido para combatir algo en específico) y una elevada tasa de suicidio o muerte programada de células vasculares (apoptosis vascular). Estos factores contribuyen a la dilatación progresiva de la aorta y a la degeneración de la pared vascular propia de esta patología.

Diferentes proteínas de la matriz llamadas metaloproteinasas (MMPs) están implicadas en la destrucción tisular que acompaña al desarrollo de esta enfermedad. Por eso la inhibición de la actividad metaloproteinasas mediante un inhibidor general como la doxiciclina, ha sido una de las estrategias evaluadas por los investigadores de la RIC para limitar la expansión del aneurisma.

Frenar el remodelado de la matriz extracelular hasta lograr su estabilización, requiere además la acción coordinada de múltiples proteínas, entre las que destacan enzimas de la familia de la lisil oxidasa (LOX y LOX-likes) y la Fibulina-5 (FBLN5). Existen evidencias experimentales que muestran que deficiencias en estas proteínas podrían contribuir al desarrollo del AAA. Esto las convierte en muy interesantes como posibles nuevas dianas terapéuticas. Asimismo, receptores nucleares pertenecientes a la familia NR4A pueden jugar un papel relevante en el desarrollo de esta enfermedad, a través de su capacidad para regular la síntesis de componentes de matriz, la supervivencia de las células vasculares y la respuesta inflamatoria, según Rodríguez Sinovas.

También el equipo del Dr. Martín-Ventura de la Fundación Jiménez Díaz-UAM ha centrado su trabajo en la búsqueda de biomarcadores. Los niveles de proteína antioxidante catalasa están disminuidos tanto en neutrófilos (glóbulos blancos) como en plasma de pacientes con AAA. Estos investigadores de la RIC demostraron que la administración de catalasa es capaz de prevenir la formación de AAA.

Estudios de proteómica realizados por el mismo equipo de la RIC, revelan un incremento de los niveles de distintas proteínas del sistema del complemento, sugiriendo su posible activación. También demostraron que los niveles del complemento C3 y su activación están disminuidos en pacientes con AAA y que la activación de C3 en el trombo favorece el reclutamiento y activación de neutrófilos, sugiriendo que la modulación de C3 podría tener un efecto beneficioso en el tratamiento de AAA. Los científicos de la RIC han observado además, mediante estudios proteómicos, la disminución de la proteína ApoA1 en pacientes con estadios avanzados de AAA. Esta ApoA1 es la principal proteína presente en las HDL (lipoproteínas de alta densidad que transportan el colesterol desde los tejidos del cuerpo hasta el hígado).

El Dr. Juan Miguel Redondo, investigador de la RIC que desarrolla su trabajo en el Centro Nacional de Investigación Cardiovascular (CNIC), explicó la influencia de la ruta de señalización de Calcineurina en el remodelado vascular patológico. Su equipo identificó, por primera vez, que un componente de esta ruta, la proteína RCAN1, media enfermedades como el AAA. La identificación de RCAN1 como proteína mediadora del daño vascular abre la vía para el desarrollo de nuevos fármacos contra esta patología.

La investigación presentada se desarrolló en ratones modificados genéticamente deficientes en Rcan1, donde se demuestra la resistencia al desarrollo de aneurismas que la ausencia de este gen confiere. También se han utilizado abordajes basados en terapia génica mediante vectores lentivirales que codifican para péptidos inhibidores de la ruta de Calcineurina y cuya inyección en animales de experimentación les protege del desarrollo de aneurisma aórtico abdominal. Una

línea de trabajo de investigación de este grupo del Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares consiste en la búsqueda de inhibidores farmacológicos de RCAN1. Redondo además indicó la gran potencialidad de estos inhibidores para la revascularización de las arterias coronarias y periféricas en la cardiopatía isquémica y la arteriopatía periférica.

DIARIO MEDICO.COM

PRIMER PLANO

Una ley para el médico que reconozca su especificidad

- *CESM y la OMC reclaman un estatuto jurídico propio que consagre la peculiaridad formativa y laboral del colectivo*
- *El Estatuto Marco, en 2003, y el EBEP, 4 años después, articularon la negociación médica en mesas sectoriales*
- *Los sindicatos de clase dudan del encaje jurídico en la normativa actual y cuestionan la peculiaridad del médico*

MADRID FRANCISCO GOIRI fgoiri@diariomedico.com

El diálogo que Ministerio de Sanidad y Foro de la Profesión mantienen en torno a tres grupos de trabajo (Pacto por la Sanidad, Recursos Humanos y Gestión Clínica) ha encallado en un punto de difícil solución: el estatuto jurídico propio que los médicos reclaman al margen del resto de colectivos sanitarios. Para el Ministerio de Ana Mato, satisfacer la reclamación médica implicaría cambiar las normas que regulan la relación laboral en el SNS y las reglas de negociación en el ámbito de la Función Pública -Estatuto Marco y Estatuto Básico del Empleado Público (EBEP)-, regular la constitución y funcionamiento de mesas autonómicas de negociación bilateral (Administración/facultativos), y lidiar con el descontento de los sindicatos de clase, que verían la medida como un agravio comparativo. Casi nada con la que está cayendo hoy en el SNS. Para CESM y los colegios de médicos significa, ni más ni menos, que volver a la situación jurídica existente antes del Estatuto Marco; tener una norma que reconozca las especificidades formativas, laborales y salariales del médico, y acabar con un mecanismo de representación en mesas sectoriales que, aritméticamente, perjudica al facultativo.

En 2003, el Estatuto Marco refundió en una sola norma tres leyes preconstitucionales (el Estatuto del Médico de 1966, el Estatuto del Personal Sanitario no Facultativo de 1973 y el Estatuto del Personal no Sanitario de 1971), y estableció en su artículo 14 que la representación, participación y negociación laboral en el SNS sería colectiva. Adiós pues a la especificidad que la ley le reconocía al médico hasta entonces.

En 2003, el Estatuto Marco refundió 3 leyes preconstitucionales y dictaminó que la negociación laboral, la representación y la participación en el SNS sería colectiva

Jerónimo Fernández Torrente, vicesecretario general de la OMC, recuerda una "asamblea multitudinaria" previa a la aprobación del Estatuto Marco, donde "el Consejo General en pleno, todas las vocalías nacionales, y el 90 por ciento de los colegios votaron en contra de una norma que era, y es, una experiencia disparatada, porque distorsiona y entorpece la búsqueda de soluciones para el médico". Posteriormente, en 2007, el EBEP regulaba la negociación en el

ámbito de la Función Pública, pero excluía a determinados colectivos (*ver apoyo*): por mucho que el médico pidiera una vuelta al *statu quo* previo a 2003, el Gobierno no veía que el colectivo tuviera una especificidad propia.

DIFERENTES, ¿POR QUÉ?

Pero, ¿en qué consiste esa especificidad? O, dicho de otra forma, ¿qué puntos debería incluir ese estatuto jurídico propio? Mercedes Ortín, secretaria de Acción Sindical de CESM y abogada, lo enumera con la vehemencia que da el convencimiento: "Hay que contemplar como elementos diferenciales la formación, mucho más larga y complicada para el médico que para el resto de colectivos; la especial responsabilidad que se le exige al facultativo desde su primer día de trabajo; la situación del MIR, que, como *personal laboral especial* que es, está en tierra de nadie, excluido de la negociación sectorial y ninguneado en las mesas generales; la peculiar jornada **Retribuciones, jornada, carrera profesional, guardias, productividad variable y formación son los seis puntos que el médico quiere negociar por separado con la Administración**

del médico, porque es el único que, por ley, está obligado a hacer horas complementarias, y la necesidad de arbitrar mecanismos alternativos de acceso al sistema sanitario (al margen de las bolsas generales de trabajo) que puntúen las peculiaridades de cada especialidad". Y todo ello se traduce, según Albert Tomàs, presidente nacional de CESM, "en un marco negociador en el que hay 6 puntos propios, irrenunciables, y que no podemos permitir que otros grupos profesionales decidan por nosotros: retribuciones, jornada, carrera profesional, atención continuada (guardias), productividad variable y formación". Al margen de esos puntos, que los médicos insisten en negociar bis a bis con la Administración, tanto Ortín como Tomàs admiten que hay otra parte común con el resto de los colectivos y, por tanto, susceptible de negociarse conjuntamente: régimen de permisos, licencias y vacaciones, excedencias, beneficios sociales... ¿Y cómo se articularía legalmente ese estatuto propio? Tomàs admite que "el encaje jurídico es complicado, pero no imposible, y exige básicamente voluntad política". Ortín aboga por "redactar una norma nueva, al margen del Estatuto Marco, similar a la que reconoce la especificidad de los jueces, por ejemplo, y negociar en cada autonomía fuera de la mesa sectorial". Ángel Colmeiro, presidente de Atención Especializada del Sindicato Médico de Asturias, cree, en cambio, que la solución está "dentro de los límites que fija el propio Estatuto, que en su artículo 3 insta a las autonomías a desarrollar una normativa que aún está en mantillas".

En medio, Tomàs cree que "las fórmulas pueden ser múltiples" y plantea dos posibilidades: "Constituir mesas técnicas exclusivamente de médicos que negocien esos puntos irrenunciables al margen de la mesa sectorial, como hemos ensayado en Cataluña; o hacer del Foro de la Profesión un órgano vinculante que negocie directamente con el Ministerio". Sanidad, que tiene la última palabra, se ha descolgado, de momento, con una fórmula deslavazada que no satisface al médico: una fórmula jurídica nueva -que no concreta-, pero sólo para las futuras unidades de gestión clínica.

Patricio Martínez, presidente de honor de CESM y artífice de una expresión (*la mesa del conocimiento médico*) que está en la génesis del estatuto jurídico propio, cree que las reticencias de Sanidad tienen más que ver con la situación actual que con dificultades jurídicas: "El generalizado descontento, la fuerte contestación en Madrid, y este sarampión de gente protestando en las calles no ayuda a acercar posturas sobre algo que ya parecía muy hilvanado".

PREGUNTA

¿ES VIABLE EN EL CONTEXTO ACTUAL QUE EL GOBIERNO DÉ AL MÉDICO LA LEGISLACIÓN PROPIA QUE RECLAMA?

PATRICIO MARTÍNEZ PRESIDENTE DE HONOR DE CESM

"Es necesario. La única amenaza para el Gobierno serían los celos que la medida suscitaría en otros sindicatos, sobre todo en CCOO y UGT"

JERÓNIMO FERNÁNDEZ TORRENTE VICESECRETARIO GENERAL DE LA OMC

"Es clave, porque el Estatuto Marco unificó contra natura a colectivos muy dispares. No hablamos de privilegios, sino de necesidades"

ANTONIO CABRERA, SECRETARIO GENERAL DE LA FEDERACIÓN DE SANIDAD DE CCOO

"Veo muy difícil el encaje jurídico en la legislación actual, y creo que el contexto obliga a situar en primera línea otras cuestiones más importantes"

El mismo trato que a jueces y al personal del Banco de España

El Estatuto Marco estableció las reglas generales del juego (muchas aún por desarrollar) para los estatutarios, pero fue el Estatuto Básico del Empleado Público (EBEP) el que 4 años después sentó las premisas negociadoras para toda la Función Pública (funcionarios y laborales, pero también estatutarios de los servicios de salud). La misma ley que incluye a los médicos establece en su artículo 4 una serie de exclusiones, es decir, menciona a los colectivos que tienen "legislación específica propia" y, por tanto, quedan al margen del EBEP: funcionarios de las Cortes y Asambleas regionales; funcionarios de los órganos constitucionales del Estado y de los órganos estatutarios de las comunidades; jueces, magistrados, fiscales y personal funcionario al servicio de la Justicia; militares y Fuerzas y Cuerpos de Seguridad; personal retribuido por arancel, personal del CNI, y personal del Banco de España y de los Fondos de Garantía de Depósitos en Entidades de Crédito. CESM y la OMC quieren que los médicos estén incluidos en esta lista.

CCOO y UGT no ven necesaria la diferenciación

Los sindicatos de clase argumentan que el EBEP es una ley incluyente

MADRID F. GOIRI fjgoiri@diariomedico.com

La tradicional oposición de los sindicatos de clase, fundamentalmente CCOO y UGT, a que los médicos tengan un estatuto jurídico propio, se ha revitalizado al hilo de las conversaciones que Ministerio y Foro de la Profesión mantienen sobre el tema. Pilar Navarro, secretaria general de Sanidad de UGT, argumenta que "establecer especificidades por colectivos nos retrotraería a legislaciones preconstitucionales que quedaron superadas por una norma [el EBEP] que es vinculante y en la que cabemos todos". Su homólogo en CCOO, Antonio Cabrera, coincide con ella en la amplitud del marco vigente: "Especificidades en el sector sanitario las tenemos todos, y no podemos hacer 20 mesas sectoriales diferenciadas, porque sería inabordable. En una fábrica, por ejemplo, tienen poco que ver los ingenieros y los operarios, y a ambos les acoge el mismo convenio, precisamente porque un convenio no es una situación legislativa rígida y permite contemplar muchas situaciones distintas". Sobre el mecanismo de negociación, Cabrera puntualiza que "una mesa sectorial se puede convocar, y, de hecho, se hace, para tratar problemas exclusivos del médico".

Cabrera niega que el Ministerio les haya consultado estos días para sondear su opinión, "pero la saben de sobra, y es que el Foro sólo es consultivo, nunca negociador"

Cabrera niega que el Ministerio les haya consultado estos días para sondear su opinión sobre las conversaciones que tiene con el Foro, pero matiza que "saben de sobra nuestra opinión, y es

que el Foro tiene que jugar exclusivamente el papel que le confiere la LOPS, es decir, ser un órgano consultivo sin capacidad negociadora".

REPRESENTACIÓN

El malestar de CESM con la mesa sectorial como órgano de negociación tiene que ver con un problema de representación. Lo resume Patricio Martínez: "El médico representa en torno al 17 ó 18 por ciento del total de las plantillas sanitarias, y la ley sindical determina que para obtener representación en un órgano nacional hay que obtener un 10 por ciento de los votos (15 por ciento a nivel regional), lo que prácticamente obliga a que nos voten el cien por cien de los facultativos, y nos sitúa en desventaja con respecto a la situación de CCOO y UGT".

Por el bien del SNS y su sostenibilidad

*Mercedes Ortín Ferrer**

La autora cree que recuperar una legislación propia para el médico es clave en el contexto actual, donde se buscan fórmulas que ahondarán la diferencia entre los facultativos y otros colectivos.

Desde CESM siempre hemos defendido un estatuto jurídico propio del personal facultativo, y así lo manifestamos cuando se estaba elaborando el Estatuto Marco. Diez años después de su entrada en vigor, nos ratificamos en la necesidad de un marco regulador específico para todos los médicos del SNS que se adapte a nuestras peculiaridades: somos personal estatutario, pero la ley no debería asimilarlos al resto de categorías.

Esta nueva regulación debería tener previsiones para el personal en formación y contemplar una serie de aspectos, para actuar en consecuencia. El primero de ellos es que los médicos necesitamos 10 o más años de preparación para acceder, en el mejor de los casos, a un contrato temporal en condiciones de precariedad económica y laboral, pero con un nivel de responsabilidad extremo desde el primer día, porque nuestra labor incide sobre la salud de las personas, y eso está estrechamente vinculado al derecho fundamental a la vida y a la integridad física. Este elevado nivel de responsabilidad nos obliga a una actualización permanente de los conocimientos que ponemos al servicio de los ciudadanos, y nuestras decisiones suponen iniciativas de gasto, lo que añade otra responsabilidad como gestores de los cada vez más escasos recursos. Por otro lado, nuestro marco de negociación se define a través de las mesas sectoriales, donde los problemas de la gestión y del conocimiento científico, asociados intrínsecamente al ámbito laboral de los médicos, quedan diluidos, cuando no desvirtuados, al tener que repartirse igualitariamente con todas las demás categorías de trabajadores. Si éste es el panorama actual, ya desalentador, peor se plantea el futuro, que pasa por vincular trabajo y salarios a objetivos y resultados, y ahí la diferencia entre médicos y otras categorías es una brecha abismal. Ni el concepto de unidades de gestión, ni otros que se puedan perfilar, tienen cabida en el modelo actual de representación. Urge recuperar el estatuto del médico por el bien de profesionales y pacientes, pero también por la sostenibilidad del SNS.

*** Secretaria de Acción Sindical de CESM**



RESPECTO A AÑOS ANTERIORES

Los hospitales del SCS incrementarán este verano su actividad asistencial



Valdecilla, Sierrallana y Laredo aumentan el número de quirófanos programados

Redacción. Santander

Los hospitales del Servicio Cántabro de Salud (SCS), Valdecilla, Sierrallana-Tres Mares y Laredo, incrementarán este verano su actividad asistencial respecto a años anteriores, lo que se traducirá en un mayor número de quirófanos programados y una menor reducción de las camas de hospitalización. En consecuencia, aumentará también la cobertura del personal sanitario en relación con el verano pasado, según destaca el Gobierno regional en un comunicado de prensa.

El Hospital Universitario Marqués de Valdecilla aumentará en comparación con el año pasado la actividad quirúrgica programada durante los meses de julio, agosto y septiembre, con la planificación de intervenciones en 20 quirófanos diariamente, de lunes a viernes, dos más que en 2012.

Esta cirugía programada durante el periodo estival se refiere al Área Quirúrgica de Valdecilla, la Residencia Cantabria y el Hospital de Liencres. En Valdecilla, se realizarán intervenciones en 14 quirófanos; en la Residencia Cantabria funcionarán 2-3 quirófanos diarios, y en el Hospital de la Santa Cruz de Liencres se abrirán tres quirófanos de cirugía ortopédica.

Además, tanto en Valdecilla como en la Residencia Cantabria permanecerán abiertos sendos quirófanos de Urgencias. En total, los quirófanos de Valdecilla funcionarán al 82 por ciento.

Desde el Gobierno se destaca que esta programación estival forma parte de la estrategia de la Consejería de Sanidad de continuar reduciendo las listas de espera quirúrgicas. De ahí que los mayores incrementos de sesiones quirúrgicas (una sesión quirúrgica es un quirófano abierto de 8 a 15 horas) se produzcan en las especialidades con mayor lista de espera: urología y cirugía ortopédica (tres sesiones más por semana que en 2012), cirugía general (dos sesiones más) y otorrinolaringología y cirugía pediátrica (una sesión semanal más).

Como consecuencia de la mayor actividad quirúrgica, también aumentará el número de camas de hospitalización respecto a veranos anteriores. De julio a octubre, se bloquearán 32 (20 menos que el año pasado) en Valdecilla, Residencia Cantabria y Liencres. Sanidad puntualiza que este bloqueo se hará con la suficiente flexibilidad para poder reabrir estas camas de inmediato en caso de que sea necesario.

Sierrallana y Laredo

También en los hospitales comarcales de Sierrallana y Laredo se realizará una optimización de los recursos para atender la demanda asistencial y al mismo tiempo controlar las listas de espera, por lo que está previsto un aumento de la actividad quirúrgica programada respecto a 2012.

Durante el mes de julio, el Hospital Sierrallana abrirá, además del quirófano de Urgencias, cinco quirófanos diarios para cirugía de las distintas especialidades (uno más que el verano pasado);

del 1 de agosto al 15 de septiembre, cuatro quirófanos (uno más que en 2012), y hasta el 30 de septiembre permanecerán abiertos, como el año pasado, cinco quirófanos al día.

En cuanto a la hospitalización, la unidad de corta estancia de Sierrallana permanecerá cerrada del 1 de julio al 30 de septiembre, mientras que en el resto del hospital el número de camas disponibles se reducirá un 20 por ciento (de 74 a 60), excepto entre el 5 de agosto y el 15 de septiembre en que la disminución será del 38 por ciento (de 74 a 44-48), en todo caso dejando siempre abierta la posibilidad de habilitarlas en cuanto sea preciso.

En el Hospital Tres Mares, se reducirá el número de camas de 22-24 a 12-14, de julio a septiembre.

En el Hospital Comarcal de Laredo, permanecerán activos, entre junio y septiembre, 18 quirófanos semanales (seis más que el año pasado), aunque con una capacidad potencial máxima de 20 (cinco más que el año pasado), lo que supone una programación del 90 por ciento.

Como en años anteriores, el Hospital de Laredo mantiene abiertas todas sus camas de hospitalización, para dar respuesta a la demanda creciente que se produce cada verano por el aumento de la población en las localidades costeras de la zona oriental. Las consultas externas funcionarán al 80 por ciento de su capacidad.

CON UN PRESUPUESTO DE 1,2 MILLONES

El Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital

Sierrallana empezará a funcionar en 2014



Actualmente, el Hospital Sierrallana atiende a una población de referencia de 161.550 personas, de las que 21.396 se encuentran en edad pediátrica

Redacción. Santander

La vicepresidenta y consejera de Sanidad y Servicios Sociales, María José Sáenz de Buruaga, ha anunciado que el segundo trimestre de 2014 entrará en funcionamiento el Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Sierrallana. Ha señalado que se trata de un proyecto inspirado en los principios básicos de sostenibilidad, flexibilidad para adaptarse a desarrollos futuros, confort de los usuarios, accesibilidad universal y eficiencia energética. "Se trata de una urgencia pediátrica moderna, segura, avanzada y excepcionalmente bien dotada", ha querido resaltar.

La inversión estimada del nuevo Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Sierrallana asciende a 1.250.000 euros, incluyendo obra y equipamiento, estando consignados actualmente 600.000 euros con cargo al presupuesto de este año.

Actualmente, el Hospital Sierrallana atiende a una población de referencia de 161.550 personas, de las que 21.396 se encuentran en edad pediátrica (entre 0 y 14 años).

En el acto de presentación del proyecto ha estado acompañada por el alcalde de Torrelavega, Ildefonso Calderón; el director gerente del Servicio Cántabro de Salud, Carlos León; la directora gerente del Hospital Sierrallana, Isabel Priede; y el arquitecto del proyecto, Luis Castillo.

Sáenz de Buruaga ha indicado que el plan funcional del nuevo Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Sierrallana incluye tres boxes de atención inmediata, dos boxes de observación y un box de triaje. También dispondrá de tres puestos de aerosoles, box de estabilización y puesto de control.

Sala de espera dotada de sala de lactancia, sala de espera de aislamiento, sala de equipos, dormitorio de profesionales y aseos (tanto pediátrico como para profesionales y familias), son otras dependencias del nuevo Servicio de Urgencias Pediátricas.

Este nuevo Servicio estará atendido por 15 profesionales, cuatro de ellos pediatras, que de acuerdo con las previsiones atenderán más de 20.000 urgencias al año desde las tres de la tarde hasta las diez de la noche los días laborables, y de diez de la mañana a diez de la noche los fines de semana y festivos. La consejera de Sanidad y Servicios Sociales ha explicado que en este horario se concentran la mayor parte de las visitas y consultas de atención urgente.

Según el cronograma previsto, las obras se estructuran en tres actuaciones que dan comienzo hoy y que finalizarán en la primavera del próximo año. Además de la implantación de la urgencia pediátrica, el proyecto diseñado recoge una mejora de las áreas anexas a la nueva construcción y que engloban la zona de la urgencia general y la zona de rehabilitación.

La vicepresidenta y consejera de Sanidad y Servicios Sociales ha destacado que el nuevo Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Sierrallana representa un compromiso sin precedentes del Gobierno de Cantabria con el área de Torrelavega-Reinosa y un esfuerzo muy significativo en el momento más crítico atravesado por Cantabria desde su constitución en comunidad autónoma, subrayando que desde la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales se ha sabido priorizar en función de las necesidades asistenciales de los ciudadanos.

VICEPRESIDENTE DEL CONSEJO ASESOR DE SANIDAD

Sánchez Fierro: “No basta con una ordenación jurídica, tiene que haber un plus para el profesional”

Se refiere al desarrollo de aspectos contenidos en la LOPS y el Estatuto Marco

María Márquez. Madrid

Una vez entregado el informe sobre ‘Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS)’ a la ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Ana Mato, el presidente de la Comisión Permanente y vicepresidente del Consejo Asesor de Sanidad, Julio Sánchez Fierro, valora para *Redacción Médica* sus aportaciones clave.

En el ámbito profesional, los incentivos son una cuestión de especial importancia para los expertos que han elaborado el mencionado informe. “Hay que redefinir las normas, porque tras la LOPS y el Estatuto Marco, los profesionales se han sentido decepcionados ante su falta de desarrollo en los ocho años siguientes”, explica el vicepresidente del Consejo Asesor de Sanidad. Un nuevo modelo retributivo sería, por tanto, un elemento indispensable junto al impulso de la investigación y la formación continua, entre otros aspectos.

El intenso trabajo de los últimos cinco meses ha culminado en una “visión estratégica” del SNS

que persigue "mantener su nivel de calidad", ya que pese a que admite que reorientar el sistema sanitario "es una tarea impresionante y requiere de diálogo y acuerdo", en el discurso de Sánchez Fierro no hay ni un ápice de derrotismo en cuanto a la situación del SNS ya que este sigue teniendo, en su opinión, "un lugar destacado en la sanidad mundial".

La primera clave sería, tal y como explica, "superar el paradigma centrado en el proceso agudo" para reorientar el SNS hacia la atención crónica. Y es aquí donde el protagonismo de la Atención Primaria es primordial, así como la colaboración entre los distintos niveles asistenciales. Medidas que deben tener en cuenta la descentralización de los servicios sanitarios y su necesaria compatibilidad "con la plena accesibilidad de los ciudadanos" a la asistencia, con independencia de su lugar de residencia.

El pacto sanitario también aparece en las 60 páginas del informe para reivindicar el esfuerzo de grupos políticos y comunidades autónomas ya que de lograrse provocaría, como explica Sánchez Fierro, "un marco de funcionamiento estable a medio y largo plazo, contribuyendo a la seguridad de todos los ciudadanos".

La Federación Nacional de Clínicas Privadas, satisfecha con el informe

La Federación Nacional de Clínicas Privadas (FNCP) ha manifestado en un comunicado su "satisfacción" ante el informe elaborado por el Consejo Asesor de Sanidad. En especial, resalta la positiva valoración recibida por el modelo Muface, del que se benefician casi dos millones de personas y del que los expertos recomiendan su extensión "con carácter voluntario". Por otra parte, el informe recoge las aportaciones de los diferentes modelos de colaboración público-privada al SNS para que siga siendo un sistema "con altos niveles de equidad, accesibilidad y calidad", en la línea de la reivindicación histórica de la FNCP como mecanismo para "descongestionar el sistema público" y lograr "un importante ahorro para las arcas del Estado".

EL MEDICO interactivo
DIARIO ELECTRÓNICO DE LA SANIDAD

CES

Nuevos avances españoles para evitar la alta mortalidad del aneurisma de aorta



Madrid (15-17/06/2013) - Redacción

Desarrollados por investigadores de la Red de Investigación Cardiovascular (RIC) perteneciente al Instituto de Salud Carlos III

Investigadores de la Red de Investigación Cardiovascular (RIC) perteneciente al Instituto de Salud Carlos III, han presentado varios avances pioneros para el aneurisma de la aorta abdominal (AAA), patología en la que la pared aórtica sufre una alteración de su estructura que provoca la progresiva y permanente dilatación de este vaso hasta superar en más del 50 por ciento su diámetro original.

El AAA es una patología indolente por la escasez de síntomas y virulenta por la elevada mortandad de los cuadros catastróficos que aparecen en su fase final. Afecta al 5- 9 por ciento de la población mayor de 65 años y ocasiona hasta el 2 por ciento de la mortalidad en los países desarrollados.

El diagnóstico precoz y el tratamiento de los pacientes durante la fase inicial es de tal importancia, que el riesgo vital de un paciente puede llegar a multiplicarse por más de 15 cuando se opera en la fase final en comparación con el riesgo que tendría intervenido en la fase inicial.

Durante la "Reunión Conjunta de los Grupos de Trabajo de Patología de la Aorta", que se celebra en el Hospital Marqués de Valdecilla de Santander, el Dr. Juan Francisco Nistal ha señalado que obtener tejido aórtico de pacientes en las fases iniciales de la enfermedad no es una opción viable en investigación por causas éticas y que los tejidos procedentes de muestras obtenidas durante la cirugía para el tratamiento del aneurisma presentan cambios muy avanzados, por lo que proporcionan una información demasiado limitada sobre las alteraciones precoces que preceden al deterioro final de la pared aórtica.

Por todo esto, para Nistal juegan un papel fundamental en la investigación los modelos experimentales, como los modelos basados en el ratón que cuentan con la ventaja de la relativa homología genética de estos animales y la posibilidad de silenciar o sobre-expresar genes concretos. Esto facilita entender el proceso de desarrollo de los aneurismas siguiendo un modelo mecanístico, es decir, basándose en que un sistema complejo puede comprenderse examinando el funcionamiento de sus partes y la manera en que estas interactúan. Además permite la reproducción de mutaciones que en humanos se asocian a la aparición de aneurismas, facilitando así el análisis de posibles causas de las fases iniciales de la enfermedad.

La Dra. Cristina Rodríguez Sinovas, del Centro de Investigación Cardiovascular (CSIC-ICCC, Barcelona) ha comentado cómo el AAA es una patología caracterizada por un intenso remodelado de la matriz extracelular (entramado de moléculas, proteínas y carbohidratos que ocupan el espacio existente entre las células), la presencia de un importante infiltrado inflamatorio (células blancas que migran a un tejido para combatir algo en específico) y una elevada tasa de suicidio o muerte programada de células vasculares (apoptosis vascular). Estos factores contribuyen a la dilatación progresiva de la aorta y a la degeneración de la pared vascular propia de esta patología.

Diferentes proteínas de la matriz llamadas metaloproteinasas (MMPs) están implicadas en la destrucción tisular que acompaña al desarrollo de esta enfermedad. Por eso la inhibición de la actividad metaloproteinasas mediante un inhibidor general como la doxiciclina, ha sido una de las estrategias evaluadas por los investigadores de la RIC para limitar la expansión del aneurisma.

Frenar el remodelado de la matriz extracelular hasta lograr su estabilización, requiere además la acción coordinada de múltiples proteínas, entre las que destacan enzimas de la familia de la lisil oxidasa (LOX y LOX-likes) y la Fibulina-5 (FBLN5). Existen evidencias experimentales que muestran que deficiencias en estas proteínas podrían contribuir al desarrollo del AAA. Esto las convierte en muy interesantes como posibles nuevas dianas terapéuticas. Asimismo, receptores nucleares pertenecientes a la familia NR4A pueden jugar un papel relevante en el desarrollo de esta enfermedad, a través de su capacidad para regular la síntesis de componentes de matriz, la supervivencia de las células vasculares y la respuesta inflamatoria, según Rodríguez Sinovas.

También el equipo del Dr. Martín-Ventura de la Fundación Jiménez Díaz-UAM ha centrado su trabajo en la búsqueda de biomarcadores. Los niveles de proteína antioxidante catalasa están disminuidos tanto en neutrófilos (glóbulos blancos) como en plasma de pacientes con AAA. Estos investigadores de la RIC han demostrado que la administración de catalasa es capaz de prevenir la formación de AAA.

Estudios de proteómica realizados por el mismo equipo de la RIC, revelan un incremento de los niveles de distintas proteínas del sistema del complemento, sugiriendo su posible activación. También han demostrado que los niveles del complemento C3 y su activación están disminuidos en pacientes con AAA y que la activación de C3 en el trombo favorece el reclutamiento y activación de neutrófilos, sugiriendo que la modulación de C3 podría tener un efecto beneficioso en el tratamiento de AAA. Los científicos de la RIC han observado además, mediante estudios proteómicos, la disminución de la proteína ApoA1 en pacientes con estadios avanzados de AAA. Esta ApoA1 es la principal proteína presente en las HDL (lipoproteínas de alta densidad que transportan el colesterol desde los tejidos del cuerpo hasta el hígado).

El Dr. Juan Miguel Redondo, investigador de la RIC que desarrolla su trabajo en el Centro Nacional de Investigación Cardiovascular (CNIC), ha explicado la influencia de la ruta de señalización de Calcineurina en el remodelado vascular patológico. Su equipo ha identificado por primera vez que un componente de esta ruta, la proteína RCAN1, media enfermedades como el AAA. La identificación de RCAN1 como proteína mediadora del daño vascular abre la vía para el desarrollo de nuevos fármacos contra esta patología.

La investigación presentada se desarrolló en ratones modificados genéticamente deficientes en Rcan1, donde se demuestra la resistencia al desarrollo de aneurismas que la ausencia de este gen confiere. También se han utilizado abordajes basados en terapia génica mediante vectores lentivirales que codifican para péptidos inhibidores de la ruta de Calcineurina y cuya inyección en animales de experimentación les protege del desarrollo de aneurisma aórtico abdominal. Una línea de trabajo de investigación de este grupo del Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares consiste en la búsqueda de inhibidores farmacológicos de RCAN1. Redondo además indicó la gran potencialidad de estos inhibidores para la revascularización de las arterias coronarias y periféricas en la cardiopatía isquémica y la arteriopatía periférica.

OCIO Y ENTRETENIMIENTO



ESO SE LLAMA LEGISLAR PARA LOS DEMÁS.....QUE A MI NO ME TOCA.

Casi la mitad de los diputados que negociarán la reforma de las pensiones cuentan con un plan privado

Casi la mitad de los diputados adscritos a la Comisión de Seguimiento del Pacto de Toledo del Congreso, encargados de negociar los cambios en el sistema de pensiones para introducir el factor de sostenibilidad, tienen contratado algún plan privado de jubilación.

Así se concluye de las declaraciones de bienes y rentas que todos los parlamentarios están obligados a presentar al inicio de la legislatura y que, en este caso, recogen datos del año 2010, último ejercicio completo cuando tomaron posesión de sus actas. Las cantidades declaradas por este concepto van desde los apenas 3.000 euros hasta los más de 100.000 euros acumulados en el fondo.

En concreto, 23 de los 51 diputados que componen esta comisión parlamentaria han declarado derechos consolidados en planes de pensiones privados, según ha comprobado Europa Press. La mayoría de ellos (once) son del Grupo Popular, a los que siguen los siete del PSOE y uno de cada uno de los grupos parlamentarios restantes (Izquierda Plural, UPyD, CiU, PNV y el Mixto).

EL 45% DE LA COMISIÓN

Entre los 'populares' con pensión privada se cuentan el portavoz adjunto del PP, Rafael Merino; el secretario Ejecutivo del PP en el Exterior, Alfredo Prada; o Concepción Bravo, que cuenta con tres planes. Un caso especial es el de la portavoz 'popular' de Empleo, Carmen Álvarez-Arenas, que en su declaración reconoce un cobro como beneficiaria del plan de pensiones de su marido fallecido.

Entre los socialistas destaca Manuel Chaves, que preside la Comisión del Pacto de Toledo; la portavoz socialista en el mismo órgano, Isabel López i Chamosa; o la secretaria adjunta del Grupo Socialista, María Luisa Carcedo.

Del resto de grupos parlamentarios tienen suscrito un plan privado de pensiones, Gaspar Llamazares (IU), Rosa Díez (UPyD), Toni Pico (CiU), Emilio Obarria (PNV) y Sabino Cuadra (Amaiur). En total, los diputados con pensión privada suman los 45% de los parlamentarios adscritos a la Comisión.

LA ESQUIZOFRÉNICA ECUACIÓN DE CANTABRIA

Cantabria: Líder en presión fiscal, y a la vez líderes en creación de deuda

Rafael Sebrango, afirmó que “el sacrificio humano del ciudadano de Cantabria es inútil”, pues pese a la “austeridad y el recorte la deuda no para de crecer, y ello a pesar de crujir a impuestos al ciudadano

Sebrango denuncia que “el PP y el Gobierno Regional incurren en publicidad engañosa” en relación con los datos hechos públicos por el Banco de España sobre la evolución de la deuda pública de nuestra Autonomía, “que no ha dejado de crecer por encima de la media nacional desde el cambio de Gobierno”, lo que demuestra “la inviabilidad regional”.

Rafael Sebrango, afirmó que “el sacrificio humano del ciudadano de Cantabria es inútil”, pues pese a la “austeridad y el recorte la deuda no para de crecer, y ello a pesar de crujir a impuestos al ciudadano”.

“Somos la región de España con mayor presión fiscal”, denunció, lo que “nos debería convertir en la región que más deuda reduce”.

Pese a esta presión fiscal “la deuda de Cantabria es imparable”, y aclaran, “desde que el PP gobierna en Cantabria, la deuda se ha incrementado en 811 millones de euros, esto es un 63,71% más”.

Sin embargo, recalcó, en el mismo período “el conjunto de las Comunidades Autónomas, sólo ha incrementado su deuda un 39,75%”.

“Somos líderes en creación de deuda”, por lo que “o hacemos una reforma integral de Cantabria, o nos arrastrará a la ruina personal a los ciudadanos”.

“La esquizofrénica ecuación de Cantabria es ésta”, incidió “líderes en presión fiscal y a la vez líderes en incremento de deuda”.

Esta ecuación, prosiguió “es la mayor demostración de que mantener abierta Cantabria requiere una profunda transformación, o nos arruinamos”.

Para LA UNION (LU) la solución está clara “o devolvemos Educación, Sanidad, y Justicia al Estado, o habrá que duplicar los impuestos para seguir abriendo Cantabria todas las mañanas”.

Sebrango invitó al Presidente Ignacio Diego a “que consulte al ciudadano”, y concretó “le pregunte si prefiere mantener las tres competencias y duplicar los impuestos, o devolverlas al Estado”.

“En LA UNION lo tenemos claro”, finalizó, “hay que devolverlas ya, o nos arrastrarán a los ciudadanos a la ruina”.

“Es mucho más útil y sostenible la Educación, la Sanidad, y la Justicia en manos del Estado, que hundir a nuestras empresas y a nuestras familias”.

SALA DE ESPERA

Un hospital sin nombre

Un hospital sin nombre. Así abre su edición del lunes **La Opinión de Málaga**, y es que la Junta eliminará la denominación **Carlos Haya** y lo deja en **Hospital Provincial de Málaga**, una decisión anunciada por la consejera de Fomento y Vivienda de la Junta, **Elena Cortés** en la asamblea regional de IU.

Según el rotativo local, la polémica con el nombre de Carlos Haya no es nueva. Tras una propuesta de 2005 presentada en el Parlamento andaluz por el diputado de IU, **Antonio Romero**, el Consejo Provincial de Salud pidió el cambio de nombre en octubre de ese año. Unos meses después, en mayo de 2006, y con opiniones encontradas en la opinión pública, la Junta de Andalucía adoptaba una solución salomónica por el que se mantenía el nombre del hospital pero afirmaba que el conjunto del complejo hospitalario pasaba a llamarse **Blas Infante**, con idea de que en 2007 la denominación Carlos Haya fuera suprimida. Lo cierto, sin embargo, es que el centro hospitalario ha seguido conociéndose todo este tiempo como **Carlos Haya**.

En **Baleares**, 5.606 personas están a la espera de recibir la prestación, económica o de servicio, a la que tienen derecho en virtud de la **Ley de Dependencia**. El **Última Hora** titula en su primera página: *Unas 6.000 personas de Balears con dependencia no reciben la prestación*. Y explica que casi el 70 por ciento de los demandantes solicita una ayuda económica.

Según la cabecera, en los últimos datos facilitados por la **Direcció General de Serveis Socials del Govern**, en las Islas se han presentado hasta ahora **20.416 solicitudes de prestación**, de las que 19.777 ya han sido valoradas, 15.426 de ellas de forma positiva. También de ese total, 12.054 ya han sido visitados por el técnico y tienen el **Programa Individual de Atención (PIA)** acordado. Por último, 9.820 personas ya tienen su prestación económica o de recurso en marcha y **5.606 están a la espera de recibirla**.

Finalmente, el **Diario del Alto Aragón** reserva un espacio en su portada para titular: *La Junta de los Médicos "apoyará y dará caña"*, y es que la nueva Junta del **Colegio de Médicos de Huesca**, presidida por **José María Borrel**, tomó ayer posesión oficial. Los quince miembros que la integran juraron o prometieron sus cargos ante el consejero **Ricardo Oliván**.

