

**INFORMACION DEL SMC**



*Recobremos el placer de ser médicos*



# Boletín Informativo SMC-CESM

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



**MEDICOS**

que defienden a los

**MEDICOS**

## OPINIONES

**Salud, dinero y gestión**

### **Recorte versus racionalización**

*Por Carlos Alberto Arenas, gestor sanitario y vocal de Sedisa*

**Hay una diferencia sustancial entre recortar y racionalizar.** Lo que ahora conocemos vulgarmente por **recortes**, suponen en muchos casos disminuciones lineales de presupuesto, eliminación de algunas partidas presupuestarias, recortes de salarios y aumento de impuestos y

---

tasas, que detraen dinero directamente de nuestros bolsillos. Sin embargo, **racionalizar** supone indagar donde estamos despilfarrando o gastando inútilmente, saber que hacemos y no aporta valor al ciudadano, que duplicamos, cuales son los costes de los errores, la mala organización o la falta de calidad.

Pero claro, **recortar es más fácil y rápido**. Racionalizar requiere estudiar, comprender, y en última instancia lucidez para explicar y valentía para ejecutar. Racionalizar es un ejercicio más complicado, supone vencer la inercia y esforzarse, además de ver las cosas bajo un nuevo ángulo y estar abierto al cambio. En nuestras administraciones públicas tenemos ejemplos de falta de racionalización sangrante: duplicidades administrativas, instituciones públicas decorativas que no aportan valor al ciudadano o están sobredimensionadas, despilfarro por mala organización y por baja productividad. . .

Las instituciones sanitarias no nos libramos del despilfarro. Casos de hospitales cercanos que realizan procedimientos de alta complejidad como trasplantes o cirugía cardiaca sin tener ambos por separado la masa crítica suficiente de pacientes para ser eficientes. Incremento de camas de hospital allí donde no se necesitaban, servicios sobredimensionados, pruebas duplicadas, cuando no innecesarias, y tratamientos ya sea con fármacos o técnicas que se podrían haber resuelto con igual resultado a un coste mucho menor. Además el que en algunos lados exista exceso casi siempre supone que en otros falten. **Las diferencias sangrantes de financiación autonómica no ayudan por supuesto al equilibrio, cuando unas comunidades autónomas reciben del estado más del 50 por ciento que otras**. Las penalizadas se ven obligadas a racionalizar. Otras se permiten los lujos de tener cuatro Da Vincis para dos millones de habitantes.

Esto unido a una de las tasas de frecuentación al médico más alta de **Europa**, un consumo de medicamentos también entre los más altos de Europa, y una nefasta o inexistente educación para la salud, con mala capacitación para los autocuidados, configuran una sociedad excesivamente dependiente del sistema sanitario e hipermedicalizada. **El problema es que eso no aporta más calidad de vida, más bien al revés**. Según las últimas series estadísticas la frecuentación media por persona y año en **España** es de 7,5 veces mientras que en Suecia es del sólo 2,3. Sin embargo los suecos son los que tienen mayor calidad de vida en mayores, en concreto los que más años de vida tienen libres de enfermedad importante en mayores de 65 años (ellos 14 años y nosotros 9) y los que menos porcentaje de personas con dependencia para la vida cotidiana en mayores por enfermedad, mientras nosotros estamos por encima de la media europea. ¿Cómo interpretar este dato? A falta de estudios más profundos, lo que pasa en **Suecia** con frecuentación al médico muy baja y salud en mayores muy alta me suena a mucha mejor educación sanitaria, salud pública, promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Mientras nosotros hasta hace poco seguíamos insistiendo en que por cualquier chorrada: por favor consulte con su médico, y nuestros chavales siguen con una de las mayores tasas de fracaso escolar de Europa, sin conocer su cuerpo, sin saber que hacer para mejorar su salud y como controlar y tratar los problemas leves de salud, ni como detectar los verdaderos signos de alarma.

No obstante, recortamos en salud pública donde sólo gastamos en 1,4 por ciento de nuestro presupuesto sanitario, ya que de aquí no se nota el recorte. **Pero se notará a futuro**. Racionalizar es también marcar prioridades y analizar cuales son las inversiones que aportan más salud globalmente a la población y nos ayudarán no sólo a alargar la vida sino también a añadir calidad de vida a esos años, donde ya no estamos tan bien y nos queda un margen importante de mejora.

Si nos atenemos a estudios científicos sobre las organizaciones sanitarias y sus procesos, se detectan variaciones en la práctica médica impresionantes, tanto por ejemplo en el número de intervenciones en poblaciones similares, como puede ser la tasa de amigdalectomías y adenoidectomías en población infantil, de desviaciones del tabique, o prótesis de cadera en poblaciones de edades similares, de el doble o más por regiones. **Igualmente en las tasas de solicitudes de resonancias nucleares magnéticas, colonoscopias o densitometrías óseas.**

Si hacemos un análisis global de lo que podríamos mejorar o ahorrar eliminando todas esas ineficiencias, duplicidades y prácticas ineficaces sería entre el **20-30 por ciento de margen de reducción en algunos casos**, con el ahorro en dinero que supone. Probablemente en otros países donde se paga por acto médico y que por ello se tiende a la hiperinflación de actos como Estados Unidos u Holanda esa cifra sería aún mayor.

**Esa cantidad supone casi justamente lo que la sanidad aporta al déficit de las administraciones públicas.** Es decir siendo absolutamente racionales y excelentes en sanidad es probable que tuviéramos superávit y nos ahorraríamos un 20 por ciento del déficit de las administraciones públicas como explicaré en otro artículo.

**Pero si la racionalidad hubiera imperado en todo nuestro país, no estaríamos como estamos.** La sanidad también es un reflejo de lo que somos aunque con mejores resultados que en otros sectores, pero susceptible de mejorar, pues no mejorar es decadencia.

**ACTA SANITARIA**

## **Debate sobre la eutanasia: respuesta y punto final**

*Después de la contrarréplica a su comentario, Fernando Grande Soler expone cuáles son las razones que justifican su planteamiento y con las que pone fin al debate abierto sobre la eutanasia en nuestra publicación pues, a veces, no se puede discutir sobre datos cuando no se utiliza la misma terminología.*

**18/06/2013, Fernando Grande Soler**

Con la misma sinceridad con que agradezco a Acta Sanitaria la oportunidad que brinda a la mayor información de sus lectores sobre un tema controvertido como el de las conductas eutanásicas, expreso mi desconcierto por el significado de la frase "a los ataques personales sufridos en quienes la contrarreplicaron" que figura en la entrada del artículo de la doctora Alonso. Sólo yo contrarreplicué, y de forma estrictamente personal, por lo que me confunden tanto el plural como la preposición en. Por si algún lector interpretase que esas palabras se refieren a mí como sujeto pasivo, aclararé que no me siento atacado por nadie en lo personal y que, en todo caso, me interesa mucho más el debate sobre las ideas que sobre las personas. Otra cosa es que las personas -como las instituciones- nos definamos por nuestras ideas y, más aún, por nuestros actos. Si, según manifiesta la doctora Alonso en su escrito, se ha sentido atacada en su persona por mi crítica a sus ideas o a las instituciones y grupos con los que sus ideas se identifican, está en su derecho. No tanto un derecho como una argucia dialéctica muy conocida, es mostrarse atacada en lo personal para sugerir que al oponente le "faltan argumentos". Como digo, es el debate sobre las ideas el que me interesa y en ellas me centraré

---

nuevamente. También dejo constancia de que, tras completar mis puntos de vista en este escrito, no pienso continuar el debate con la doctora Alonso. Creo que ambos hemos dicho lo que hemos querido y los debates eternos, una vez mostrados todos los argumentos, terminan aburriendo al espectador. Voy pues a los argumentos.

Un debate racional, sobre la eutanasia o sobre cualquier otro problema de índole moral, exige centrarse en primer lugar en la cuestión ética fundamental subyacente; en este caso, si la vida - la propia vida- es o no disponible para uno mismo. Esta es la cuestión fundamental y, según sea afirmativa o no la respuesta a esta pregunta, podremos plantearnos o no otras cuestiones importantes y relacionadas. Me explicaré: si la respuesta fuera que la vida es un bien indisponible porque no nos pertenece, -además de suscitarse la pregunta de a quién pertenece pues, ¿a dios, al estado, a nuestra familia, al médico que toma decisiones...?- quedaría automáticamente descartado debatir sobre circunstancias que pudieran hacer lícita la decisión de ponerle fin, ya fuera por decisión del enfermo o del médico. Cuando, por las razones tácticas que sean, se obvia la cuestión fundamental, podemos vernos debatiendo qué cantidad o calidad de sufrimiento haría lícito poner fin a una vida, con el consentimiento y a petición del interesado, por supuesto. Y, aun sin darnos cuenta, habríamos entrado en la cuestión de si la vida, mi vida, debería tener una cierta exigencia de calidad para ser un bien. Que toda vida sea digna no significa que toda vida sea necesariamente deseable. A menos que la valoración de calidad sea algo improcedente, como ocurriría si la vida, en lugar de un derecho fuese una obligación.

Sin que esto suponga prejuzgar su intencionalidad, la doctora Alonso elude nuevamente entrar en la cuestión ética fundamental de la disponibilidad o no de la propia vida. Y el caso es que sustituirlo por el de los presuntos peligros o graves consecuencias que acarrearía responder que la vida es propiedad de cada uno y, por consiguiente, disponible, es bastante claramente, un recurso al miedo, que tal vez pretenda proteger a los más débiles, pero que también pudiera perseguir el objetivo de conseguir una masa crítica de personas atemorizadas que rechacen la aprobación de las conductas eutanásicas. En seguida me referiré a esas graves consecuencias, pero antes y para ilustrar el argumento que acabo de expresar, rescataré el ejemplo apuntado por los doctores Montes y Barra en su artículo inicial.

Si, evitando la cuestión fundamental de si es lícita o no la enseñanza impartida por religiosos, nos fijáramos en las consecuencias indeseables que tal enseñanza ha supuesto para muchos de los niños que la recibieron, consecuencias nada imaginarias a juzgar por el número de sentencias condenatorias por pederastia y el monto de las indemnizaciones que ha supuesto, podríamos llegar a defender la ilegalización de la enseñanza a cargo de religiosos. Es lo que tienen los procesos lógicos mal llevados, que terminan en absurdos.

Cuando, sin pronunciarse respecto al derecho a decidir sobre toda la propia vida, incluido el final, las leyes aceptan que determinada cantidad o clase de sufrimiento permiten la despenalización de la ayuda institucional para dar la muerte a solicitud, se está propiciando la ampliación ulterior de supuestos permitidos -la aducida "pendiente deslizante"-, porque quienes padecen otros sufrimientos no previstos en la ley preguntan al legislador por qué su sufrimiento es menos justificante.

Según yo lo veo, la cuestión radica en que no es la evitación del sufrimiento la justificación ética de la eutanasia, sino el respeto a la libre y autónoma decisión respecto a la propia vida y a la valoración de si constituye o no un bien. Por cierto, dice la doctora Alonso que la eutanasia en Holanda ha llegado a deslizarse hasta "la indicación por malestar psicológico", afirmación que, en alguien sensible a los tonos despectivos, resulta ciertamente banalizadora, despectiva y poco

---

empática. Las personas con simples malestares psicológicos toman tisanas, no piden la eutanasia. No se puede tratar el sufrimiento psicológico con tal frivolidad.

Se nos presenta nuevamente una serie de "datos" y opiniones de personas que para ella deben tener peso moral suficiente para esgrimirlos como "razones". Se queja de que no los acepto. Lo que no parece entender ella es que considero inútil debatir sobre datos o sobre cualquier otra cosa, sin estar de acuerdo en la terminología; porque las palabras no son inocentes y si uno lee los informes oficiales y considera y contabiliza las sedaciones terminales bajo un concepto inexistente, el de eutanasias involuntarias (contradictio in terminis) o insiste en denominar eutanasia encubierta la muerte de Ramona Estévez, sobre la que luego volveré, se hace imposible el diálogo. No hablamos de las mismas cosas.

Haré sin embargo unas breves objeciones para los posibles lectores menos avezados en el tema: no puede esgrimirse como prueba de que se ha producido en Holanda, Bélgica o Suiza ese deslizamiento hacia el asesinato de pacientes (ese término y no el de eutanasia involuntaria es el que corresponde a muertes infringidas sin consentimiento) la opinión del Comité de Derechos Humanos de la ONU -que no la ONU, como dice- ni la de su relator, Eckhart Klein, sobre la ley holandesa que cita. Simplemente, porque son opiniones expresadas a primeros de 2001 y dicha ley no entró en vigor hasta enero de 2002. Lo que no se dice es que el Comité de Derechos Humanos, que en ningún momento negó el derecho de Holanda a legislar sobre la eutanasia, se limitaba a pedir garantías para quienes no la solicitasen; como es su obligación. Tampoco se nos explica por qué, a pesar de las publicaciones que esgrime la doctora Alonso, la ONU no ha excluido a Holanda del Tratado de Derechos Civiles y Políticos, del que es signataria desde 1966. También es un hecho que, a pesar de esa opinión -que no otra cosa es- de Herbert Hendin, de que "al menos unas mil eutanasias al año se realizan en ese país sin que el paciente las haya pedido nunca", no nos consta que los juzgados de Holanda estén saturados de denuncias, a pesar del celo de tantos guardianes de los derechos de los presuntos asesinados. A lo mejor es que cuando se cree en algo ciegamente, ni se repara en la calidad de los argumentos. Así se explica que se nos cuente el caso de ese médico que presuntamente mató a una enferma porque necesitaba la cama, como una prueba de los excesos que la ley holandesa ha promovido. La publicación de JAMA en la que se relata es de 1997; la ley holandesa, de 2002. O admitimos un efecto pernicioso retroactivo o habrá que achacar ese crimen a la no existencia entonces de una ley reguladora en todo caso.

Opiniones hay en la literatura para sostener casi todo. La doctora Alonso cita el cambio de opinión sobre la eutanasia de Herbert Hendin y yo podría nombrarle el cambio en sentido contrario de Didier Sicard, pero ninguno demostraríamos otra cosa que el hecho conocido de que la gente cambia de opinión. Incluso sin razón aparente.

No entraré en discutir cuál sea la razón de ser de la medicina,. Para mí no es otra que la ayuda técnica -humanamente aplicada- a la persona enferma, desde el respeto a su dignidad personal que, naturalmente, se concreta como el propio enfermo decide libre y autónomamente. Hay otras visiones; pero no creo que puedan mostrarse como mejores, más éticas ni, desde luego, más acordes con los valores que consagran nuestras leyes.

Terminaré con un comentario que a mi juicio ilustra bien esa medicina enrocada en la deontología, que se cree con el derecho a determinar el interés de su paciente. En sus dos artículos, la doctora Alonso se refiere al caso de Ramona Estévez. En el último, da un paso más y ofrece -como si de un hecho incontrovertible se tratase- la opinión del forense que certificó su muerte en el sentido de que "su situación era difícil, pero no irreversible". Añade, aparentemente

---

escandalizada, que la consejera de sanidad de Andalucía ordenó al centro sanitario la retirada de la alimentación e hidratación -conforme al deseo expresado por Ramona cuando tenía capacidad para hacerlo- en contra de la opinión del equipo médico que "en bloque" se había negado a cumplir dicha voluntad, poniendo su deontología por encima de las leyes que a todos, también a los médicos, obligan. No me preguntaré por qué ese equipo médico en bloque se plegó a esa orden que, tan manifiestamente al parecer, contravenía la deontología. Hace tiempo que aprendí la diferencia entre predicar y asegurarse el trigo. Lo que no deja de sorprenderme es por qué no hay, en ninguno de los dos artículos de la doctora Alonso, ni la más mínima referencia a la voluntad de Ramona.

**Fernando Soler es médico especialista en Aparato Digestivo y miembro de la Asociación Derecho a Morir Dignamente**

---

**Nota de la Redacción:** En la introducción de su artículo, F. Soler se refiere a una frase de la entradilla al trabajo de María Alonso, que no fue escrita por ella, sino que fue redactada por el equipo de 'Acta Sanitaria' en una consideración global del debate abierto y que lamentamos haber inducido a error.

## NOTICIAS C E S M

**CASTILLA-LA MANCHA. El nuevo Comité Ejecutivo del CESM C-LM, presidido por José Luis Grau, tomará posesión este lunes**

El nuevo [Comité Ejecutivo del Sindicato Médico de Castilla-La Mancha-CESM](#), mayoritario entre los facultativos de la Comunidad Autónoma, y presidido por el anterior secretario general, José Luis Grau, tomará posesión este lunes, 17 de junio.

Según ha informado el CESM en un comunicado, transcurridos los plazos preceptivos se ha presentado una sola candidatura que ha sido proclamada por la Mesa Electoral, compuesta, junto a Grau, por Carlos José Fernández como vicepresidente; Rodrigo Bernaldo de Quiros como secretario general y como tesorero a Fabio Morales Arroyo.

La formación seguirá con el espíritu de diálogo que requiere la actual situación, pero defendiendo con firmeza los intereses de los facultativos a quienes representa, ha señalado.

**Fuentes:** EUROPA PRESS, 16-06-2013; con ecos en [EL DIGITAL CLM](#); [LA CERCA](#))

**CASTILLA Y LEÓN. Las listas de espera crecen en Valladolid hasta demorar más de nueve meses los diagnósticos**

Aunque hay especialidades en las que diagnóstico y, por lo tanto, el tratamiento se resuelven en entre uno y dos meses e incluso en días, hay no pocas patologías importantes en las que el sistema sanitario tarda más de nueve meses de media en llegar a prescribir un tratamiento. En algunos casos más de un año y, según las pruebas necesarias para poner nombre y apellidos a

---

una patología, y más si se suma el tiempo en resolverla, un paciente puede llegar a hacer un recorrido para tener resuelto un problema no crónico ni incurable de más de dos años.

Son algunas de las conclusiones -destacadas por EL NORTE DE CASTILLA- del paciente recorrido que el **Sindicato Médico** ha realizado por especialidades y pruebas de diagnóstico para conocer el secreto mejor guardado por la Sanidad pública, el de las demoras asistenciales en las pruebas de diagnóstico y consultas. Las listas de espera quirúrgicas se dan a conocer trimestralmente por la Consejería de Sanidad; pero no así las de los pasos previos hasta llegar, o no, a un quirófano. El estudio del Sindicato Médico encuentra que la demora se ha doblado y hasta triplicado en algunos casos. Los dos hospitales de la capital vallisoletana sufren importantes retrasos «que han crecido sin duda con los recortes», explica el secretario general del Sindicato Médico en Valladolid, **José María Soto**. El problema no se centra tanto en la primera consulta como en las sucesivas, las que realmente van a suponer un diagnóstico y un tratamiento y resolución del problema. Estas dependen de las pruebas y las listas de espera en técnicas han crecido en ambos hospitales fundamentalmente por «el recorte en las horas extras y especialmente en las derivaciones a la privada».

**Fuentes:** EL NORTE DE CASTILLA, 16-06-2013

<http://www.elnortedecastilla.es/20130616/local/valladolid/listas-espera-crecen-valladolid-201306161841.html>

### **COMUNIDAD VALENCIANA. Sanidad cambia la medicación a cientos de crónicos para lograr un ahorro de... 0 euros**

En la Comunidad Valenciana cientos de personas con algún tipo de tratamiento farmacológico crónico, han recibido en sus domicilios una carta firmada por el consejero de Sanidad valenciano, Manuel Llobart, donde se les anuncia que su medicación ha sido cambiada por cuestiones de ajustes económicos en la Administración. El argumento que utiliza la Agencia Valenciana de Salud para realizar este cambio es la implantación “de una política activa de selección de medicamentos con alta calidad y menor precio que facilita la sostenibilidad del sistema sanitario público”. Por ello, se hace un aviso en el que se esgrime que el sistema de información “ha detectado que en alguno de sus tratamientos se puede utilizar medicamentos recientemente comercializados y con la misma cantidad farmacológica, procediéndose a su sustitución”.

Sin embargo, según apunta EL MUNDO, la justificación por la cual se reemplazan unos medicamentos por otros se desvanece cuando se comprueba la cantidad de ahorro que muestran las misivas. La mayoría de mensajes ahorran cantidades irrisorias como 0,01 euros; 0,10 euros; e incluso en muchos casos, la cantidad que se reduce en las cartas es de 0,00 euros. Es decir nada. 0 que se cambia la medicación para no lograr ningún beneficio para las arcas de la Generalitat Valenciana. (...) Desde Sanidad se explicó que las cartas con un ahorro de 0,00 euros habían sido producto de un error del sistema informático. Al parecer se habían cruzado con las que también cambiaban la medicación por problemas de desabastecimientos de determinados medicamentos. Las mismas fuentes indicaron que el director de Farmacia, José Luis Trillo, lo iba a resolver.

**Fuentes:** EL MUNDO-VALENCIA, 16-06-2013 (pág. 14 de la edición impresa)

---

**VARIAS CC.AA. El Ministerio también excluye a pacientes “con papeles” del sistema sanitario público, aunque no lo refleje en sus reformas**

A través del testimonio de un cubano residente español con cáncer terminal que a pesar de tener papeles, ha sido desatendido por su enfermedad durante más de tres meses, el diario EL MUNDO descubre que a partir de la entrada en vigor de la nueva legislación aprobada por el ministerio de Ana Mato, aquellas personas que, aun siendo residentes, adquirieron esta condición después del 24 de abril de 2012, quedan fuera del Sistema Nacional de Salud, haciendo de la sanidad privada la única alternativa.

Esta exclusión no aparece reflejada en ninguna de las reformas: ni en el real decreto ley de abril de 2012, ni en el que se alumbra en agosto. Después de acudir por quinta vez al Instituto Nacional de la Seguridad Social (el órgano estatal que ahora debe decidir quién recibe atención y quién no), la hija del paciente fue informada por primera vez por rescrito de que a su padre se le deniega la cobertura médica, a través de una circular administrativa -a la que ha tenido acceso EL MUNDO- con el siguiente enunciado:

*“A partir del 24 de abril de 2012 nacionales de un país distinto de España no tienen derecho a la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud por este tipo de aseguramiento por cuanto que la concesión de la residencia en España por más de tres meses sin actividad requiere, entre otras condiciones, que el extranjero disponga, para sí y los miembros de su familia, de recursos suficientes para no convertirse en una carga para la asistencia social en España durante su periodo de residencia, así como de un seguro de enfermedad que cubra todos los riesgos en España”.*

**Fuentes:** EL MUNDO, 17-06-2013 (pág. 18 de la edición impresa)

[http://elmundo.orbyt.es/2013/06/16/elmundo\\_en\\_orbyt/1371407047.html](http://elmundo.orbyt.es/2013/06/16/elmundo_en_orbyt/1371407047.html)

**VARIAS CC.AA. Juan González Armengol, nuevo presidente de SEMES, reitera su defensa “sin fisuras” de la especialidad de Urgencias**

La candidatura encabezada por el doctor Juan González Armengol, actual presidente de SEMES-Madrid, ha sido la vencedora en las elecciones a la presidencia de la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias (SEMES), tras las elecciones celebradas en el marco del XXV Congreso de la Sociedad, que se ha celebrado hasta este viernes en Santiago de Compostela. La candidatura del doctor González Armengol se impuso a la otra que se presentó a los comicios, la encabezada por el presidente de SEMES-Galicia, José Manuel Vázquez Lima, por 1813 votos contra 1048. González Armengol sustituye, de esta forma, al doctor Tomás Toranzo, quien ya comunicó nada más convocarse el proceso electoral que no presentaría a la reelección.

En sus primeras declaraciones, realizadas nada más conocerse su elección, a EL MÉDICO INTERACTIVO, el doctor González Armengol ha reiterado algo "que nadie en el ámbito de la Medicina de Urgencias y Emergencias puede poner en duda, porque es algo lógico", que es una defensa "sin fisuras" de la especialidad de Urgencias, algo por lo que SEMES lleva luchando desde su constitución. (...)

**Fuentes:** EL MÉDICO INTERACTIVO, 17-06-2013

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



<http://www.elmedicointeractivo.com/noticias/sociedades/120307/juan-gonzalez-armengol-nuevo-presidente-de-semes-reitera-su-defensa-sin-fisuras-de-la-especialidad-de-urgencias>

## NOTICIAS GENERALES

**DIARIO MEDICO**COM

### La Sociedad de Reumatología se suma al manifiesto de la OMC sobre las alternativas terapéuticas equivalentes

MADRID **REDACCIÓN** [dmredaccion@diariomedico.com](mailto:dmredaccion@diariomedico.com)

El uso de equivalentes terapéuticos sigue causando dudas entre los profesionales. La Sociedad Española de Reumatología (SER) se alineó ayer con la postura de la Organización Médico Colegial (OMC) y abogó por primar siempre la libertad absoluta de prescripción del médico: "Es el único que tiene la responsabilidad para prescribir el mejor tratamiento posible, a partir de la mejor evidencia científica y teniendo en cuenta las características de cada paciente y las alternativas terapéuticas disponibles".

Igual que señaló hace días a este periódico la OMC (ver *DM del 31-V-2013*), la SER afirma que "el hecho de que un determinado número de medicamentos se clasifiquen en un mismo grupo terapéutico o compartan una misma indicación terapéutica no supone que se puedan considerar alternativas terapéuticas equivalentes ni de eficacia o seguridad similares en el paciente individual". Cabe recordar que las sociedades de primaria también han criticado este modelo (ver *DM del 11-II-2013*), al igual que hizo Facme (ver *DM del 29-IV-2013*).

#### EL SANITARIO SE OFRECE

Frente al uso de equivalentes que varias autonomías han puesto sobre la mesa (Andalucía, Castilla-La Mancha y Comunidad Valenciana, entre ellas), la SER tiende la mano a los responsables políticos, según dijo ayer su presidente, Santiago Muñoz Fernández: "Los profesionales nos ponemos a disposición de las administraciones públicas para promover un uso más racional de medicamentos y la mejor optimización terapéutica". La sustitución de medicamentos y el hecho de que el médico puede ver dirigida su prescripción centran el debate: "No es posible hablar de supuesta equivalencia terapéutica entre fármacos que tienen diferente estructura química, forma de administración, farmacocinética, y resultados diferentes de eficacia y seguridad". Finalmente, el presidente de la SER advirtió de posibles consecuencias negativas para el SNS y el paciente: "Tener que prescribir el fármaco más barato, sin considerar la mejor opción individualizada para cada paciente, repercutirá con seguridad a la larga en un peor resultado en términos de salud del paciente y en un aumento del gasto farmacéutico y hospitalario, ya que este tratamiento puede no ser el más eficiente".

### Cantabria aumentará su actividad quirúrgica

en verano 

SANTANDER **SANTIAGO REGO**

Cantabria pondrá en práctica este verano una nueva forma de gestionar su lista de espera quirúrgica, que aumentó un 16,4 por ciento en 2012: aumentará por primera vez la actividad quirúrgica en estos meses -de 18 a 20 quirófanos- del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Además, el centro cerrará 32 camas, 20 menos que en años anteriores, según ha confirmado a DM su gerente, César Pascual.

Todos los hospitales del Servicio Cántabro de Salud (SCS) Valdecilla, Sierrallana-Tres Mares y Laredo- aumentarán este verano su actividad frente a años anteriores, lo que se traducirá en un mayor número de quirófanos programados y una menor reducción de camas de hospitalización. Crecerá también la cobertura de personal sanitario en relación con el verano pasado: se contratarán 20 médicos para especializada y 81 para primaria.

### **MÁS ACTIVIDAD**

Valdecilla ha definido la organización de la plantilla y el número de sustituciones para cubrir las vacaciones, y aumentar la actividad quirúrgica. "Vamos a contratar a 12 ó 13 profesionales". Con el ajuste el centro tiene, salvo las citadas incorporaciones, cirujanos disponibles de plantilla todo el verano". El aumento forma parte de un Plan Estratégico para el año al que Sanidad ha destinado 8 millones de euros, renunciando a su intención inicial de no recurrir al pago de peonadas.

## **La especialidad da más valor al informe pericial**

***La Audiencia Nacional desestima una reclamación de 185.220 euros por mala praxis que avalaba un perito con un máster en daño corporal***

MADRID **NURIA MONSÓ** dmredaccion@diariomedico.com

No todos los informes periciales médicos tienen el mismo valor a ojos del juez. Además de un posible conflicto de intereses cuando se trata de defender a una parte u otra del proceso, otro factor a tener en cuenta es el nivel de conocimientos sobre la materia.

Así, se supone que lo idóneo sería que los peritos tuvieran acreditada la especialidad médica correspondiente al tipo de asistencia que tienen que evaluar. Éste es el argumento utilizado por la Audiencia Nacional para desestimar una reclamación de 185.220,60 euros por una presunta mala praxis al operar una hernia inguinal en un hospital militar.

### **RECLAMO IMPROCEDENTE**

El paciente de este caso fue operado mediante hemioplastia inguinal según la técnica de Rutkow Robbins, a causa de una hemorragia inguinal derecha. No obstante, tras la cirugía de la hernia empezó a sufrir dolores en la zona de la sínfisis del pubis y tuvo que ser intervenido dos veces más, sin éxito.

Tras estas cirugías, el afectado reclamó al Ministerio de Defensa una indemnización de 185.220,60 euros por mala praxis médica, pero la demanda fue desestimada primero por la Administración y más tarde por el Tribunal Superior de Justicia de Galicia.

### **RIESGO TÍPICO**

Según el informe de la aseguradora, el paciente sufrió "el atrapamiento de una de las ramas de los nervios que atraviesan la región inguinal por el tejido cicatricial". Esa lesión es un riesgo "típico del procedimiento, descrito en todos los documentos de consentimiento informado" y, según los peritos, "imprevisible y, por lo tanto, difícilmente evitable", por lo que la actuación de los médicos habría sido ajustada a la *lex artis*. En cambio, el perito del demandante, con un Máster en Valoración del Daño Corporal, declaró en su informe que el nexo entre la intervención de hernia inguinal y la lesión posterior era cierto, total y directo.

## PERITOS CALIFICADOS

La Audiencia señala en el auto que se inclina por el informe de los peritos de la aseguradora porque éstos "ostentan las especialidades idóneas -concretamente Cirugía General y Digestiva- para la calificación de la asistencia prestada". Por estas razones, el tribunal consideró que los expertos de la defensa tenían más conocimientos respecto a los hechos juzgados que el perito del demandante. Dicho médico es especialista en Urología y Andrología y tiene un Máster en Valoración del Daño Corporal, formación que, según la Audiencia Nacional, "objetivamente presupone conocimientos en la valoración de lesiones y secuelas, mas no para calificar materias fuera de su especialidad médica, como las discutidas en el pleito".

**Los peritos de la aseguradora tienen las especialidades idóneas para la calificación de la asistencia prestada, según la Audiencia Nacional**



CAMPAÑA 2013-2014

## Cantabria se adhiere al acuerdo marco del Ministerio para la compra de vacunas de la gripe



Sanidad asume la tramitación de procedimiento

Martes, 18 de junio de 2013,

Redacción. Santander

[El Boletín Oficial de Cantabria \(BOC\) ha publicado el acuerdo](#) por el que se formaliza la vinculación voluntaria de la Comunidad Autónoma de Cantabria al Acuerdo Marco del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para fijar las condiciones de la adquisición de vacunas de la gripe estacional para la campaña 2013-2014.

A partir de este convenio, Cantabria acuerda con el Ministerio de Sanidad que éste asuma la tramitación del procedimiento para fijar las condiciones a que habrán de ajustarse los contratos de suministro de las vacunas de gripe.

## Buruaga recibe por primera vez al Foro Sanitario de Cantabria



Buruaga.

Está previsto que **este martes** se celebre la **primera reunión** entre la **consejera de Sanidad y Servicios Sociales** y el **Foro Sanitario de Cantabria**. **María José Sáenz de Buruaga** recibirá a representantes de farmacéuticos, médicos, odontólogos, veterinarios, psicólogos, podólogos, fisioterapeutas y ópticos-optometristas a las **12 horas** en la sede de la Consejería. Será una primera toma de contacto en la que Administración y profesionales se pondrán al día sobre la situación de la sanidad regional y avanzarán en líneas de trabajo de cara al futuro. Los únicos que faltarán a la cita son los enfermeros que al parecer aún tienen dudas sobre su adhesión a este foro...

**Estamos todos muy ilusionados con los resultados de estas reuniones que, seguro, seguro, serán muy interesantes para los profesionales... ¡Madre del Amor Hermoso, tantas cosas importantes / perentorias y perdiendo el tiempo en reuniones sociales!!!**

## OCIO Y ENTRETENIMIENTO

...“El corrupto cultivará hasta la exquisitez sus buenos modales”  
“El corrupto tiene cara de yo no fui”  
“Ante cualquier crítica el corrupto descalifica a la persona”  
“El corrupto se transforma en perseguidor”  
“La corrupción más que perdonada debe ser curada”  
“El corrupto se erige en juez de los demás”  
“El corrupto se siente un ganador”  
“El corrupto no conoce la amistad, sino la complicidad”  
“En la cultura de la corrupción hay mucha desvergüenza”  
“El pecado se perdona; la corrupción, sin embargo, no puede ser perdonada”

### Corrupción y Pecado

Jorge M. Bergoglio  
Papa Francisco

#### SALA DE ESPERA

## Las estancias hospitalarias y el parking de pago

El **Hospital Universitario de Burgos (HUBU)** está siendo un ejemplo de una buena gestión que arroja un ahorro palpable en un indicador tan importante como la estancia media hospitalaria. **El Diario de Burgos** abre su edición de hoy martes con el siguiente titular: *El HUBU baja en 50.000 los días de estancia hospitalaria*. Asimismo, explica que la estancia media del paciente es de 6,25 días, frente a los más de 8 a los que se llegaba antes. **Hay 37 días de espera para una consulta y 168 para entrar en quirófano.**

Según el rotativo local, la estancia media hospitalaria, en datos del primer trimestre de 2013, se sitúa en **0,27 días menos que hace un año**, alejado de los 8 o incluso 9 días que se han llegado a registrar en **el General Yagüe y en el Divino Vallés** hace tan solo dos años. La mejora en este índice, referencia para definir la necesidad de camas en un centro que recibe una media de **30.000 ingresos anuales**, ha permitido reducir el número de estancias a 210.000, lo que supone una caída en más de 8.000 en el último año y en alrededor de 50.000 si se compara respecto a hace dos años, en los que un paciente permanecía ingresado en el Yagüe o el Vallés hasta 9 días. El ahorro alcanzado supone entre **100 y 150 camas menos** y un importante ajuste presupuestario, dado que cada cama tiene un coste medio diario en torno a los 500 euros.

---

En la misma comunidad autónoma, **El Adelantado de Segovia** destaca en su primera página: *El aparcamiento del Hospital dejará de ser gratuito antes de un mes. A continuación subtítulo doblemente: La apertura del parking de pago se producirá tras la próxima concesión de licencia del primer uso al Hospital y La Junta garantiza al Ayuntamiento que completará las obras de urbanización pendientes desde 2007.*

Con el acuerdo alcanzado entre ambas administraciones, la Junta espera que "de forma inmediata", antes de un mes, **comience a funcionar la nueva regulación del aparcamiento** en las instalaciones del Hospital, con cobro de tarifas en función del tiempo de estacionamiento para todos los usuarios. No obstante, **el personal sanitario y el resto de trabajadores** del complejo hospitalario disfrutarán de las correspondientes tarjetas para que, en sus turnos de trabajo, **puedan estacionar, de forma gratuita**, en un número determinado de plazas reservadas al efecto. Solo en el turno de mañana, de lunes a viernes, trabajan en el Hospital 636 personas.

*Recobremos el placer de ser médicos*

