

**INFORMACION DEL SMC**



*Recobremos el placer de ser médicos*



# Boletín Informativo SMC-CESM

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



**MEDICOS**

que defienden a los

**MEDICOS**

**Mañana a las 19.30 horas en el Colegio de Médicos  
jornada debate *“La figura del médico perito testigo  
y el consentimiento informado”***

**Participará el Juez decano de los Juzgados de  
Santander, José Arzuaga Cortázar, quien hablará  
sobre *“La prueba pericial médica”* y el decano del**

---

**Colegio de Abogados y Asesor jurídico del Colegio de Médicos, Jesús Pellón, quién expondrá las “Recomendaciones prácticas en materia de consentimiento informado”**

**OPINIONES**

**En 5 palabras: 'La mamografía no salva vidas'. (También en 5 palabras: 'Dejad las tetas en paz')**

*De nuevo, el autor pone en tela de juicio la mamografía de cribado que, de haber sido un medicamento ya estaría retirado, pues sus consecuencias son más negativas que los beneficios que se asegura que reportan.*

*24/06/2013, Juan Gérvas*

Los seres vivos son hermosos en sí mismos, incluso cuando pueden ser vistos por algunos como lo opuesto a la belleza. Hay tanta belleza en una pareja de "gordos sebosos" homosexuales en una sauna como en una peña de jóvenes adolescentes heterosexuales que se bañan desnudos en una poza del río. El desnudo de una pareja de "viejos añosos", cogidos de la mano y paseando por una playa nudista equivale al de unos niños examinándose con rigor "jugando a los médicos". La belleza no se ajusta a unas normas y medidas, sino a la visión que da el equilibrio interno y el bienestar personal de aceptación del propio yo y del cuerpo que lo aloja.

Sin embargo, se pretende un canon que escoge al "David" de Miguel Ángel, en lo varonil, y a la "Venus de Milo" en lo femenino. Está bien contar con esos ideales, pero se convierten en trampa cuando se pretende que en la vida diaria sólo sea bien visto y aceptado quien se aproxime a los mismos. Sobre todo, es trampa dolorosa por lo que lleva de desprecio del propio cuerpo. Si estamos lejos del ideal, no merecemos ni la consideración ajena ni la propia, y por ello hay que someterse a cualquier terapéutica que nos acerque al canon. Dicho y hecho: cirugías varias, inyecciones múltiples, medicamentos diversos, ejercicios gimnásticos que pretenden "castigar" el cuerpo y todo tipo de dietas y de complementos dietéticos.

Hay quien se rebela contra esta tiranía, especialmente cruel con las mujeres. Por ejemplo, "The nu project", en el que se destaca la belleza de los cuerpos de mujeres "normales", del montón, bellas y poderosas sin precisar poses eróticas ni retoques fotográficos, encantadas de su propio cuerpo, hermoso en su singularidad, capaz de dar amor y cariño sin tener que someterse a los rigores de una moda cruel

<http://www.kickstarter.com/projects/917772751/the-nu-project-fine-art-book-beauty-in-every-body>

El pecho de la mujer recibe especial tratamiento, comprensible cuando se piensa en el valor de la lactancia natural en los dos primeros millones de años de la evolución. Unas tetas dotadas y

---

unas caderas amplias eran promesas de ubérrima descendencia. Hay quien dice que hoy en día el atractivo del pecho femenino se basa en el corto periodo de lactancia natural.

### La "Venus de Willendorf" y el poder de las tetas

La "Venus de Willendorf" es una mujer desnuda. Desnuda y exuberante. Con más de 20.000 años de antigüedad es una pequeña estatuilla pétreo, de apenas 12 cm de alto. Está teñida de ocre. Se encontró a principios del siglo XX cerca de Willendorf (Austria), a orillas del Danubio. Es del estilo de otras esculturas de mujeres desnudas del periodo paleolítico encontradas en distintos lugares, como Grecia, Mesopotamia y Egipto. Tiene mamas, abdomen, vulva, nalgas y piernas rotundas y voluminosas. Es una obra maestra deslumbrante por lograr el equilibrio entre el naturalismo y el simbolismo, por representar el papel de la mujer en una época en que probablemente era poderosa por su fertilidad y por su papel religioso (y quizá político y económico).

Ha habido interpretaciones múltiples del uso de la "Venus de Willendorf", desde amuleto personal a fetiche en ceremonias de iniciación sexual femenina. En cualquier caso no se puede negar la importancia de sus pechos, centrales en la figura.

El pecho femenino es versátil donde lo haya. Lo mismo ayuda a afirmar la auto-estima que añade placer en las relaciones sexuales, además de producir leche de excepcional calidad. También sirve para combatir el dolor en el recién nacido. Es lo que llamamos "tetanalgesia". Por ejemplo, si se trata de un procedimiento que provoca dolor, como la toma de muestra de sangre en "la prueba del talón", una extracción venosa o una vacuna inyectable, nada como tener al bebé mamando para que no sufra

<http://www.asociacionsina.org/2009/04/02/tetanalgesia/>

El efecto lo logra el amamantamiento, pues la administración de la misma leche con una jeringa carece de impacto sobre el dolor

<http://www.nichd.nih.gov/cochrane/data/shahp01/shahp01.html>

Lastimosamente, los abusos de la prevención están logrando que la mujer vea sus propios pechos como algo peligroso, amenazante para su vida.

### **"Apreciada señora:**

*Todas las mujeres a partir de los 50 años deberían hacerse mamografías regularmente. Se trata de una radiografía de las mamas. Es una revisión sencilla e inofensiva de gran ayuda para descubrir a tiempo el cáncer de mama y poder ponerle tratamiento de inmediato. ¿Usted ya lo sabía, verdad?*

**No hace mucho le enviamos un folleto informativo y una carta con el mes, día y hora que le habíamos reservado en el Hospital de la Caridad, para hacerle su mamografía gratuita.**

*A pesar de haberla esperado, usted no acudió. Suponemos que causas de fuerza mayor se lo impidieron. No se preocupe, le enviamos una nueva cita para que pueda hacerse esta revisión gratuita.*

---

*Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama*

*Hospital de la Caridad*

*San Pedro de la Montaña, 22*

*Servicio de Radiología*

*Le recomendamos que cuando acuda a esta revisión:*

***Venga tranquila***, porque la radiografía de las mamas es totalmente inofensiva. En la mayoría de los casos el resultado de la revisión es normal. Y si se descubriese alguna anomalía, recibiría tratamiento inmediato y así estaríamos ganando un tiempo decisivo para su salud.

***Sea puntual***, por favor. Tenemos que atender a otras personas ese mismo día.

***Vista ropa fácil de quitar***. La exploración se hace de cintura para arriba. Cuando venga al Hospital de la Caridad ***traiga esta carta***, con la ***Tarjeta Sanitaria y el DNI*** o algún otro documento que la identifique.

Pasados algunos días le enviaremos a su casa una copia del resultado de la mamografía. En caso de duda, llame por favor de 8 a 20 h al ***teléfono 93 428 36 51***. Si ya se ha hecho una mamografía durante los últimos 6 meses o se controla en otro centro, es importante que nos haga lo haga saber. ***Nos lo puede comunicar por teléfono, fax o correo electrónico.***

***Acuda a esta cita. ¡Se trata de su salud!***

*Dr. Federico García Maciá*

*Coordinador del Programa"*

Este es un texto real, de 2013, donde no se dice ni siquiera que la "señora" no será vista por ningún médico (irá directamente al técnico y a la máquina, sin más). Tampoco se le comenta nada acerca del daño de la radiología (al revés), ni siquiera se le pregunta si tiene alguna mutación (la radiología puede hacer más daño). Nada se comenta sobre los falsos negativos y falsos positivos, y muchísimo menos nada acerca del "sobrediagnóstico" (errores en el pronóstico, no en el diagnóstico). Nada se aclara acerca de que la mamografía no es una técnica diagnóstica propiamente dicha.

Este ejemplo real es buen reflejo de lo que se "vende" a las mujeres, y un insulto a su inteligencia.

**Lo que deberían decirle, señora:**

a causa más frecuente de muerte en la mujer en España son las enfermedades cardiovasculares (fundamentalmente, ictus cerebral, infarto de miocardio e insuficiencia cardíaca), responsables del 30% de las defunciones,

- el cáncer de mama es frecuente como cáncer, pero sólo provoca el 3% de las defunciones de mujeres,
- la mortalidad por cáncer de mama ha disminuido ligeramente en los últimos años, pero no por la mamografía sino por los avances en el tratamiento y seguimiento de las mujeres con cáncer "clínico" (con síntomas),
- una mujer de cada diez morirá de cáncer de mama, pero sólo entre las que llegan a vivir 85 años,
- el cáncer de mama es mortalidad de mujeres ancianas, de forma que tienen 65 y más años la mitad de las mujeres muertas por cáncer de mama,
- el cáncer de mama es la causa más frecuente de muerte por cáncer entre las mujeres menores de 50 años pero, con todo, en este grupo la probabilidad de morir por cáncer de mama es muy baja, de una mujer por cada 15.000 (la mitad de la probabilidad que en el conjunto de mujeres); de hecho, en este grupo la muerte por accidente doméstico tiene el doble de frecuencia que la muerte por cáncer de mama,
- la mamografía se aconseja cada dos años, pero no se aconseja la mamografía ni por debajo de los 50 años (los pechos son muy densos y los errores muy frecuentes) ni en las mayores de 65 años (no vale la pena, es mejor el diagnóstico clínico),
- la mamografía irradia las mamas y, aunque la dosis es pequeña, su realización incrementa la posibilidad de cáncer de mama, especialmente en casos de mutación de genes BRCA y Rb,
- el cribado con mamografía no es una prueba diagnóstica, y sus resultados de sospecha pueden ser erróneos en doble sentido, de falso positivo (parece que hay algo malo, pero se demuestra al final que todo está bien) y de falso negativo (parece que no hay nada malo, pero al cabo del tiempo se demuestra que crece un cáncer),
- si se hacen cinco mamografías consecutivas, en un programa de cribado cada dos años, hasta la mitad de las mujeres pueden tener un falso positivo, y tener que someterse al proceso diagnóstico (consultas, ecografías, biopsia y demás) para aclarar el error con la consecuente disminución de la calidad de vida,
- al hacer 1.000 mamografías de cribado se suelen encontrar 60 sospechosas, de las que sólo ocho tendrán verdaderamente cáncer (verdaderos positivos), y de estos ocho cánceres en cinco no se mejora en nada el proceso de atención, pues hubieran desaparecido solos, hubieran estado silentes, o hubieran producido signos y síntomas que llevarían a su tratamiento correcto en todo caso,
- al hacer 1.000 mamografías de cribado suelen escaparse dos mujeres que tienen cáncer de mama y no se diagnostican (falsos negativos),
- entre los cánceres diagnosticados por las mamografías de cribado, aproximadamente el 30% son cánceres inocuos, benignos, "histológicos", que nunca crecerían ni matarían a la mujer; algunos de ellos desaparecerían solos si no se diagnosticasen; dicho de otra forma, se extirpan innecesariamente el 30% de las mamas (total o parcialmente) por sobre-diagnóstico sensu stricto,
- entre los cánceres diagnosticados por consecuencia del programa de cribado, la mayoría nunca hubiera producido la muerte de la mujer por lo que es esperable "sobrevivir más" si se hace el diagnóstico con la mamografía de cribado (se viven los mismos años que se iban a vivir, pero con la amenazante espada de Damocles de la "posible recidiva"),
- el cribado con la mamografía está aumentando increíblemente el número de mujeres con cáncer de mama (incidencia), pero sin impacto en la mortalidad por cáncer de mama, lo que provoca una legión de "sobrevivientes" en falso al cáncer (hasta 1.300.000 mujeres en Estados Unidos),

- el cribado con mamografía no disminuye la mortalidad global; es decir, el cribado no modifica la expectativa de vida,
- salvar una vida, evitar una muerte por cáncer de mama, es un objetivo inalcanzable con la mamografía de cribado, y al intentarlo se producen daños sustanciales a miles de mujeres,
- se dice que la mamografía disminuye un 21% la mortalidad por cáncer de mama al cabo de diez años de cribados, pero en sentido absoluto se disminuye la mortalidad por cáncer de mama un 0,1%, del 0,5% al 0,4%,
- en síntesis, si el cribado con mamografía redujese la mortalidad en algo (15%) y si aumentase el sobre-diagnóstico (el 30%, hasta el 47% en Cataluña entre las nacidas en los 50 del siglo pasado), como sucede, por cada 2.000 mujeres cribadas a lo largo de 10 años se evitaría una muerte a costa de tratar innecesariamente a diez mujeres y de crear ansiedad a 200 por falso diagnóstico,
- en la práctica diaria, además, los resultados pueden ser peores de lo esperado; por ejemplo, en el cribado del cáncer de mama se producen cánceres de intervalo, y en Jaén (España) los falsos negativos constituyeron el 50% de estos cánceres; en Castilla-León el programa de cribado del cáncer de mama retrasó el diagnóstico de 1 de cada 9 cánceres agresivos
- disfrute de sus pechos respecto a la estética, autoestima, lactancia y sexualidad; si puede, tenga hijos pronto y muchos, dejes de mamar al menos seis meses (incluso hasta 24), mantenga un peso razonable, no emplee la terapia hormonal en la menopausia y busque un médico que utilice con prudencia la radiología (sobre todo evite los TAC, especialmente en la infancia y adolescencia).

<http://www.rayos.medicina.uma.es/Rmf/Tesis/TesisDoctoralJosePRubio.pdf>

<http://equipocesca.org/sano-y-salvo-y-libre-de-intervenciones-medicas-innecesarias-2/>

<http://breast-cancer-research.com/content/12/4/R58>

<http://equipocesca.org/los-programas-de-prevencion-secundaria-del-cancer-de-mama-mediante-mamografia-el-punto-de-vista-del-medico-general/>

<http://equipocesca.org/comentario-estudios-cancer-de-mama-y-cribado-mamografico/>

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMba1206809>

<http://www.guardian.co.uk/society/2013/jun/11/breast-cancer-screening-no-evidence>

<http://summaries.cochrane.org/CD001877/screening-for-breast-cancer-with-mammography>

No se pretende engañar sólo a las pobres mujeres; el mismo sesgo se ve en los textos científicos donde se tratan las Revisiones Cochrane (críticas con la mamografía) pues no se comenta acerca del "sobrediagnóstico" en el 87% de los casos, ni sobre el nulo-escaso efecto sobre la mortalidad en el 53%

<http://ebm.bmj.com/content/early/2013/04/30/eb-2012-101216.full>

La mamografía de cribado se habría eliminado si fuera un medicamento.

---

Su persistencia sólo se explica por la especial crueldad médica con la mujer, que ha logrado transformar el disfrute de los pechos en un tormento (el miedo al cáncer). La poderosa imagen femenina se ve así humillada por la prevención sin límites. ¡Pobres mujeres!

Juan Gérvas ([jgervasc@meditex.es](mailto:jgervasc@meditex.es)) es médico general y promotor del Equipo CESCA ([www.equipocesca.org](http://www.equipocesca.org)) [mpf1945@gmail.com](mailto:mpf1945@gmail.com) [@JuanGrvas](https://www.instagram.com/JuanGrvas)

## NOTICIAS C E S M

### Madrid: El sindicato lleva al juzgado al presidente de la Comunidad por "calumnias e injurias"

La Asociación de Médicos y Titulados Superiores de Madrid (AMYTS-CESM) ha presentado hoy en los Juzgados de Primera Instancia de Madrid, la solicitud de acto de conciliación previo a la querrela criminal contra el presidente de la Comunidad de Madrid, Ignacio González, por haber acusado a esta asociación de "matonismo y extorsión", mostrando su clara intención de calumniar y hacer daño.

El presidente de la Comunidad de Madrid hizo estas declaraciones a los medios de comunicación el pasado 12 de junio, y fueron fielmente grabadas por Televisión Española (TVE) que las reprodujo en el Informativo de Madrid emitido a partir de las 16 horas de dicho día. AMYTS había anunciado durante la mañana que presentaría un recurso contencioso administrativo contra la totalidad de los pliegos para la privatización de la gestión de seis hospitales públicos de la Comunidad de Madrid, y que además solicitaría la suspensión cautelar de los concursos para evitar daños irreparables a los 5.200 profesionales sanitarios afectados. El Sr. González señaló textualmente a los medios de comunicación presentes: "Estamos en una Comunidad que todo el mundo sabe que es una Comunidad seria, con un sistema de gestión riguroso, donde existe la seguridad jurídica, y donde pese a todos los **intentos de matonismo y extorsión de estos señores de AMYTS** y del Partido Socialista, pues las empresas que han querido se han presentado a este concurso como a muchos otros". (*Pueden verse y escucharse estas declaraciones en el vídeo correspondiente al Nº 37 de la e-revista de AMYTS, a partir del minuto 5,30, en la dirección de Internet: <http://videosamyts.blogspot.com.es/2013/06/e-revista-de-amyts-n-37-avance-semanal.html>*)

AMYTS, sindicato mayoritario entre los facultativos de los centros sanitarios públicos de la Comunidad de Madrid, está plenamente legitimado para la defensa de sus afiliados, de los

médicos y titulados superiores sanitarios en general y del sistema sanitario público que dichos profesionales han colaborado a construir. Para ello utiliza las herramientas habilitadas en derecho para las organizaciones sindicales como son el diálogo en la Mesa Sectorial de Sanidad y las medidas contempladas en la Ley Orgánica de Libertad Sindical. Acusar, como ha hecho el presidente de la Comunidad de Madrid, de que AMYTS ha intentado “extorsionar” a las empresas que se presentaban al concurso para la privatización de 6 hospitales, lo cual según el Código Penal constituye un delito, es lisa y llanamente una calumnia, con la que en sus declaraciones el Sr. Gonzalez ha tratado de atentar contra el honor de los miembros de AMYTS.

Precisamente el artículo 205 del Código Penal define “calumnia” como la imputación de un delito hecho con conocimiento de su falsedad y temerario desprecio hacia la verdad.

AMYTS solicitará al Sr. Ignacio González una indemnización de 48.000 euros, un euro por cada uno de los médicos de la Comunidad de Madrid, por las lesiones a su honor. El importe de esta indemnización será destinado, en su integridad, a sufragar los gastos de procedimiento contencioso administrativo abierto por dicha Asociación contra el plan de privatización de la gestión de seis hospitales públicos de la Comunidad de Madrid.

**\* En los siguientes enlaces se puede acceder a:**

- ***Demanda de acto de conciliación previa a la vía jurisdiccional penal para la interposición de la querrela:***
- [https://docs.google.com/file/d/0B7s\\_E1H1NwaCV0hWZzJzR2ptWU0/edit?usp=sharing](https://docs.google.com/file/d/0B7s_E1H1NwaCV0hWZzJzR2ptWU0/edit?usp=sharing)
- ***Registro de entrada en el Juzgado de la Demanda citada en el punto anterior:***
- [https://docs.google.com/file/d/0B7s\\_E1H1NwaCLWpFT3M1SFE3NMM/edit?usp=sharing](https://docs.google.com/file/d/0B7s_E1H1NwaCLWpFT3M1SFE3NMM/edit?usp=sharing)

## NOTICIAS GENERALES

ACTA  SANITARIA

### **El Hospital Virtual Valdecilla celebra un curso de formación en ecoendoscopia**

***El Hospital Virtual Valdecilla ha celebrado un curso de formación en ecoendoscopia que ha reunido a un importante número de gastroenterólogos de toda España.***



Santander 24/06/2013



El Hospital Universitario Marqués de Valdecilla realiza todas las técnicas endoscópicas terapéuticas consolidadas en la práctica asistencial. Cada año, la Unidad de Endoscopia Digestiva de Valdecilla lleva a cabo cerca de 12.000 endoscopias, de las cuales unas 400 son ecoendoscopia.

El curso, organizado por los Drs. Álvaro Terán y Joaquín de la Peña, de la Unidad de Endoscopia Digestiva de Valdecilla, estuvo dirigido por el Dr. Pérez Miranda, jefe del Servicio de Digestivo del Hospital Río Hortega de Valladolid y uno de los referentes a nivel mundial en el uso de la endoscopia. También contó con la participación de los Drs. Joan Gornals y Juan Vila, describieron a los asistentes nuevas vías de acceso al aparato digestivo con el ecoendoscopio como es el caso del tubo de endoscopia con un ecógrafo incorporado en el extremo.

De esta forma, este curso sirvió para formar a los asistentes tanto en técnicas de exploración como en las de punción y en todos los aspectos del intervencionismo.

## DIARIO MEDICO.COM

### ENTREVISTA

**ANTONI ANDREU** El director del Instituto de Salud Carlos III aboga por un cambio de mentalidad en investigación sanitaria; dice que lo único viable es ir juntos: "Todos a una"

### "Me niego a separar asistencia e investigación; no admito divorcio"

- *Cree que ambas, junto a la docencia, son consustanciales a la profesión médica*
- *Ve un futuro sostenible porque España tiene "mucho fondo de armario" en I+D+i sanitaria*

MADRID **JOSÉ A. PLAZA** [japlaza@unidadeditorial.es](mailto:japlaza@unidadeditorial.es)

Después de varios años en el Instituto de Salud Carlos III, ligado al Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS), Antoni Andreu lleva menos de 4 meses como director. El pasado diciembre habló con este periódico, quizá consciente de que iba a pasar de un segundo a un primerísimo plano, sobre el Plan Estratégico de I+D+i y su punta de lanza, la Acción Estratégica en Salud (AES), que aún se estaba cociendo (ver *DM del 10-XII-2012*).

Apenas ha tenido tiempo de aterrizar con calma en la dirección, ya que llegó "en un momento difícil", sólo un mes después de la aprobación del citado plan, "que ha sido muy dura". En su primera entrevista como director, se enorgullece de haber conseguido, con la AES ya en la calle, "mantener la investigación sanitaria como uno de los grandes bienes del sistema".

**REGUNTA.** ¿Cuál es su principal reto?

**RESPUESTA.** Represento la continuidad del proyecto del anterior director, Joaquín Arenas [ver la entrevista en *DM del 8-III-2013*]. El Ministerio de Sanidad y la Secretaría de Estado de I+D+i

están convencidos de que la investigación en salud debe articularse en torno al SNS. Esto aguanta nuclearmente todo el sistema. Debemos fomentarlo creando más sinergias, investigando a la vez que innovando, con un cambio de mentalidad y trabajando juntos.

### **“El Instituto Carlos III es el NIH de Estados Unidos a la española, un punto focal de atracción de investigadores: la casa de todos ellos”**

**P. ¿Qué papel juega el Instituto Carlos III?**

**R.** Uno vital, como agencia financiadora en actividades sanitarias de la I+D+i, en la articulación del sistema. Tiene algo parecido al NIH de Estados Unidos, de hecho queremos ser el NIH español. Proveemos de centros de referencia al SNS. Somos un punto focal de atracción de los investigadores: la casa de todos.

**En época de supervivencia, ¿cómo sobrevivir?**

**R.** Es una época tremendamente complicada, pero tenemos varias ventajas: hacemos un uso muy eficiente de los recursos; hemos creado una gran base estructural de talento y gestión, lo que nos da un gran fondo de armario en la I+D+i sanitaria. Esto nos va a permitir afrontar los años que esperan por delante de situación económica restrictiva. Los Institutos de Investigación Sanitaria (IIS) son el mejor ejemplo: auténticos pilares, muy bien estructurados, que permiten una política de sostenibilidad hasta que podamos dar otro paso adelante.

**P. Además de ilusión y esperanza, ¿qué más hace falta?**

**R.** Un auténtico cambio de paradigma y mentalidad, del que debemos estar todos convencidos. La actividad asistencial y la investigación son parte del mismo proceso: me niego a dividir entre ambas, porque un profesional de la Medicina tiene actividad asistencial, investigadora y docente. Es algo consustancial a su profesión: no puede haber divorcios entre las tres; lo que nos permite dar saltos de calidad es su integración. Los grandes centros de España lo han comprendido y ya generan un conocimiento que se traslada al paciente. En entornos competitivos, sobrevive el que investiga, porque es quien mejor atiende al paciente: España ha iniciado este camino y no puede abandonarlo ni un milímetro.

### **“Vamos a apoyar a muerte a los Institutos de Investigación Sanitaria, pero a cambio deben tirar del sistema de investigación sanitaria”**

**P. Se va a poner casi toda la responsabilidad en los IIS. ¿Están preparados para la nueva mentalidad?**

**R.** La clave está en los gestores de los centros. Deben primar estructuras investigadoras integradas con la asistencia. El modelo de los IIS es el que lanzamos para todo el SNS. ¿Es más importante prestar un servicio asistencial o investigar? Es una discusión falsa en su esencia: hay que acabar con ella. Si caemos en esa trampa, no investigaremos, y no mejorará la asistencia.

**P. ¿Son suficientes los recursos disponibles?**

**R.** La Acción Estratégica en Salud cuenta con 110 millones. Bastan, pero hay que cambiar el uso de recursos. El mensaje debe llegar: hay estructuras muy potentes, vamos a apoyar a muerte a los IIS, pero a cambio les pedimos que tiren del sistema de investigación sanitaria y del SNS. Les hemos dado los recursos para optimizar al máximo el sistema.

**P. ¿Y los profesionales? ¿Comprenden esta filosofía, y pueden asumirla?**

**R.** Les genera ilusión porque ven un proyecto de futuro. La Acción Estratégica en Salud (AES) tiene una diferencia fundamental con las anteriores: la investigación debe estar dirigida específicamente a mejorar la salud de los ciudadanos. Es la AES de la investigación traslacional. Mi principal preocupación ahora es cómo explicar a médicos, gestores, investigadores, etc., que tenemos una oportunidad para lograr que la calidad del SNS siga como merece.

## **A gusto 'entre' Sanidad y Economía**

*Andreu no duda de que el Ministerio de Sanidad "es absolutamente convergente con el Carlos III", y viceversa. Matiza que el Instituto siempre ha recibido su apoyo, pero que éste "es ahora*

---

*mayor que nunca, porque somos un polo de proyecto de futuro para el SNS, una parte intrínseca: somos absolutamente cómplices". Sobre la posibilidad de que dependiera sólo de Sanidad, dice que "pertener a dos ministerios es una ventaja, algo positivo en una situación compleja: "El modelo, con el apoyo de dos personas clave, Carmen Vela y Pilar Farjas, funciona perfectamente".*

## **"La meritocracia no choca en absoluto con el funcionariado"**

- **Cree que el Carlos III "es lo que es" por dar más a quien más merece**
- **Las 4 plataformas tecnológicas de recursos biomoleculares serán una**

Con la flexibilidad laboral y gestora como reto, no son pocos los sectores, Sanidad entre ellos, en los que se discute si el sector privado facilita más que el público un reparto más justo de méritos, sueldos y beneficios. Antoni Andreu cree que el Instituto Carlos III lleva en la sangre "basarse en la meritocracia, no en la burocracia". En su opinión, es posible, y se hace, usar los recursos públicos basándose en la meritocracia: "Está en la esencia del sector público; no tiene por qué ser más difícil que en el privado".

Andreu alardea de que en el Carlos III las decisiones se basan en este principio, y lo defiende a capa y espada: "No consentiremos que nadie cambie esta forma de trabajar. Hay que dar recursos a quien más lo merece, porque es lo que nos ha permitido crecer. Meritocracia y funcionariado no chocan en absoluto, sólo se trata de basarse en criterios transparentes mediante la concurrencia competitiva".

### **EL CAIBER Y SU EVOLUCIÓN**

Tras la disolución del consorcio Caiber, Plataforma Española de Ensayos Clínicos (ver DM del 8-V-2012), proceso que finalizará este año, ya ha salido una convocatoria para su evolución, con la Plataforma de Unidades de Investigación Clínica. Sobre ella, Andreu ha dicho: "Estamos a la espera de que los investigadores que eran del Caiber nos propongan el régimen de concurrencia competitiva. Me consta que hay clínicos que llevan meses trabajando para presentar propuestas".

Del viejo Caiber "se va a mantener lo que hay que mantener, que no es todo". Los tres programas que surgen de sus cenizas son tres: Regulación y monitorización, Farmacovigilancia y Metodología, estadística y gestión de datos. Con esta evolución "se sale ganando", entre otras cosas porque "se incluirá más formación, algo que en el Caiber no tenía tanta importancia".

Otra de las novedades de la Acción Estratégica en Salud está relacionada con este punto: las plataformas tecnológicas que antes de su desaparición gestionaba Genoma España (Genotipado, Proteómica, Bioinformática y Banco Nacional de ADN) se fusionarán: "Estaban desconectadas, por lo que se creará una única plataforma de recursos biomoleculares, unión de las cuatro citadas, más el Banco Nacional de Líneas Celulares". Era necesario porque "el sistema se tensionaba con diversas plataformas. Agregamos capacidades y creamos sinergias".

### **ESPERANDO A LA AGENCIA**

No podía faltar uno de los temas pendientes en el sistema de ciencia. La Agencia Estatal de Investigación es una promesa desde hace dos años y, ante otras prioridades (el Plan y la **"La Agencia Estatal de Investigación no es ahora mismo imprescindible, ni la prioridad, pero se trabaja en ella; antes de diciembre daremos muchos pasos"**

estrategia de I+D+i, más la Acción Estratégica en Salud), se ha ido retrasando. Parece que su momento llegará tras el verano, antes de final de año, y que estará operativa a principios de 2014, pero Andreu pide calma y no concreta demasiado las fechas: "La Agencia no es

---

imprescindible ahora mismo, ni es la primera prioridad, pero claro que se sigue trabajando en ello". Augura que antes de diciembre "se habrán dado muchos pasos" y aboga por esperar: "Las decisiones consensuadas son las mejores".

## Varias cuestiones en pocas palabras

- "No vamos a tener fuerza suficiente para mantener, sin la ayuda de lo privado, un sistema tan competitivo".
- ! "Hay que trabajar en el SNS en grandes proyectos colectivos. Las agendas individuales y el yo valgo más que el otro ya no sirven".
- ! "El Instituto debe dar un mensaje alejado de la política y sólo gestionar las capacidades del sistema".
- ! "La investigación clínica no comercial no tiene convocatoria este año, pero es vital y queremos recuperarla lo antes posible".

## El IDIS se une a CSIF en el temor ante el nuevo concierto de Muface

MADRID J.A.P. [japlaza@unidadeditorial.es](mailto:japlaza@unidadeditorial.es)

La semana pasada quedó roto el concierto de Muface con sus aseguradoras, y abierto el proceso para la redacción de uno nuevo, tal y como contó DM puntualmente. El jueves se celebró el Consejo General de la mutualidad, pero el día anterior fuentes cercanas a Muface ya habían dicho a este periódico que la mutualidad había iniciado las gestiones "para la aprobación un nuevo concierto de asistencia en 2014, que contará con la misma dotación económica que el actual". La respuesta del sindicato CSIF, que lleva años avisando de que el modelo "está bajo la espada de Damocles" por culpa de la infrafinanciación (ver DM del 29-XII-2010), fue inmediata. Eliseo Moreno, representante del sindicato, dijo tras la conclusión del Consejo (ver DM del jueves) que el convenio se había roto "de forma unilateral". Se refirió al concierto en vigor, ahora roto, cuya prórroga estaba pactada y se estaba tramitando: "Todo saltó por los aires de manera sorpresiva", denunció el sindicato.

### EL PROBLEMA: PRIMAS

Al temor de CSIF de que el nuevo convenio venga acompañado de recortes se unió sólo un día después (ver DM del viernes) el Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS). El organismo que tiene a Juan Abarca como secretario general se refirió al mismo problema que CSIF: las primas. Ambos creen que, con el nuevo concierto, quedarán congeladas o disminuirán; llovería sobre mojado, porque, en su opinión, estas primas "son más insuficientes cada año". Si el convenio se hubiera prorrogado, las primas habrían subido, como señaló Moreno, un 1,5 por ciento, incremento que "daba seguridad al mantenimiento del modelo". Un modelo que ambos ven, quizá más que nunca, en entredicho. El IDIS, aun reconociendo los

### El problema que ambos destacan son las primas: con la prórroga del concierto ahora roto, iban a subir un 1,5 por ciento; ahora quedarían congeladas

esfuerzos del Gobierno para garantizar la continuidad del sistema Muface, ha pedido a la mutualidad que aproveche "la experiencia de los operadores que colaboran con ella para identificar planteamientos que equilibren la relación entre las primas del nuevo concierto y el coste de la cobertura sanitaria que quede definida".

### EXTENDERLO Y AHORRAR

Pese a su preocupación por el modelo, el IDIS sigue recordando su idea, compartida por CSIF, de extenderlo a otros colectivos. Incluir a funcionarios autonómicos que aún no están integrados y a interinos de colectivos sí incluidos, como sanitarios, podría ahorrar a la Sanidad según sus cálculos, unos 950 millones (ver *DM del 15-II-2013*).

## Transparencia para un sistema más

eficiente



Se seguirá hablando de eficiencia, pero se hará a ciegas si no se mide

SANTANDER **SANTIAGO REGO** dmredaccion@diariomedico.com

Todos los sistemas tienen margen para la eficiencia, y, si bien la fórmula de gestión de los hospitales no determina los resultados finales, lo cierto es que todavía queda espacio para la colaboración público-privada. El futuro pasa por mejorar la transparencia de los datos en lo público y en lo privado, y por apuestas como el modelo multihospital, como se mostró en las XXXIII Jornadas de Economía de la Salud, organizadas por la Asociación de Economistas de la Salud (AES) y celebradas en Santander la semana pasada (ver *DM del 20 y del 21-VI-2013*). Salvador Peiró, coordinador del Área de Investigación en Servicios de Salud del Centro Superior de Investigación en Salud Pública, de Valencia, se mostró crítico con la entrada de un fondo de capital riesgo en alguna concesión, donde, a su juicio, es clave que los médicos participen voluntariamente. Refiriéndose al *modelo Alcira*, comentó que en algunos procedimientos el hospital, que da nombre al modelo, tiene mejores resultados que otros centros públicos, y en otros, peores. Tras recordar que Alcira remite los casos complicados a La Fe, en Valencia, señaló que otro tanto hace el hospital público de Játiva, "de gran calidad". Peiró se quejó de la falta de datos de la Agencia Valenciana de Salud: "En general, se necesita más transparencia y buena gobernanza, aunque el problema no es tanto la eficiencia, sino que el sistema de contratación está pervertido, ya que el concesionario privado sabe que, si las cosas van mal, el sistema público acudirá en su ayuda".

### INNOVACIONES

Carlos Arenas, gerente del Departamento de Salud de Orihuela (Alicante), se mostró convencido de que la innovación en gestión debe avanzar en la línea de agrupar servicios clínicos y explorar sinergias interhospitalares. "Algunos cambios ya se están realizando, y otros tardarán más, debido a la inercia del sistema".

Arenas coincidió con Carlos León, gerente del Servicio Cántabro de Salud, en que el sistema debe girar hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como las mejores armas para reducir la morbimortalidad y mejorar la calidad de vida de la población.

Según José Soto, gerente del Hospital Clínico San Carlos, de Madrid, es necesario desarrollar esquemas de análisis de mercado, e incluso de *marketing*, sin olvidar la adaptación de los servicios a las necesidades del mercado sanitario: "Hay que conocer cuáles son las patologías prevalentes en nuestra población, de dónde proceden los usuarios más frecuentadores y si llegan a través de primaria o por Urgencias". Soto cree que la efectividad se logra cuando la organización se legitima a sí misma con planes y programas realizados desde una planificación seria: "Hay que medir con rigor el grado de eficiencia y efectividad para saber qué hacer para mejorar, además de la producción, porque no es lógico que hospitales de parecido tamaño tengan resultados distintos con herramientas similares".

### CAMBIO DE MODELO

César Pascual, gerente del Hospital Marqués de Valdecilla, de Santander, se centró en los servicios compartidos y el sistema multihospital. Esto obliga a cambios en el modelo tradicional de gestión: "Se basa en modelos multicéntricos, gracias a las sinergias y las economías de

escala, que aportarán mayor calidad clínica y de gestión, formación y proyección profesional". Tras subrayar que el modelo multihospital está consolidado en Estados Unidos, Pascual se mostró convencido de que aumenta la creación de valor; mejora las carteras de servicios conjuntas de los centros; proporciona un mayor poder de negociación para alcanzar alianzas estratégicas con otros centros y proveedores; fomenta la colaboración de servicios básicos; posibilita las guardias localizadas compartidas; unifica procesos; centraliza procesos y favorece la puesta en marcha de un servicio de prevención de riesgos laborales mancomunado.

## "Hay que identificar los despilfarros del sistema"



SANTANDER S.R. [dmredaccion@diariomedico.com](mailto:dmredaccion@diariomedico.com)

David Cantarero, profesor titular de Economía Aplicada de la Universidad de Cantabria (UC) y presidente del comité organizador de la cita congresual de la AES, en Santander, tiene claro que es necesario clarificar qué sistema sanitario conviene a partir de ahora en un contexto descentralizado, además de "identificar los despilfarros para destinar los gastos excedentarios a otros más necesarios".

**PREGUNTA. ¿Cómo es la crisis del sistema sanitario?**

**RESPUESTA.** Encaramos la tormenta sin saber hacia qué tipo de sistema caminamos. Sabemos que el copago está dando buenos resultados en lo económico, pero quedan por evaluar sus efectos sobre la salud. Con todo, el gran debate es si queremos un Sistema Nacional de Salud universalista, en el que no se podrán pagar todas las prestaciones o un *buffet* libre de prestaciones con tasas cada vez más elevadas.

**P. ¿Un sistema de colaboración público-privado es malo por naturaleza?**

**R.** No tiene por qué. El servicio lo proporciona el privado, pero la financiación puede seguir siendo pública. Lo que me preocupa es que no haya transparencia y evaluación de resultados antes y después. Se han tomado decisiones con cálculos demográficos o de renta, en hojas de Excel... Pongamos los datos sobre la mesa, aunque sean los políticos quienes luego deciden.

**P. ¿Un ejemplo concreto?**

**R.** ¿Tiene algún efecto sobre la salud el cierre de servicios de Urgencias rurales o la puesta en marcha de las centrales de compras? Me preocupa más la eficiencia social que la económica.

**P. ¿Más gasto sanitario no es siempre mejor?**

**R.** En otra situación económica no se discutiría. En España, en las dos últimas décadas, se observa que al aumentar el gasto sanitario público bajan la mortalidad infantil y los años potenciales de vida perdidos, subiendo la esperanza de vida.

**P. Pero existen ciertos niveles de gasto a partir de los cuales los resultados en salud no mejoran significativamente a nivel macro.**

**R.** En Estados Unidos esa correlación no se produce, debido probablemente a sus altos costes administrativos, su fundamento básico privado y a que los precios sanitarios y farmacéuticos son entre un 30 y un 50 por ciento mayores que en el resto de la OCDE.

**P. Da la impresión de que la política sanitaria pasa sólo por recortes y reducciones de salarios de los profesionales sanitarios.**

**R.** Reducir el capítulo de personal es el ajuste fácil, aunque había que tocarlo de algún modo, al ser la mitad del gasto sanitario. Pero resulta contradictorio pensar que si en un servicio de Urgencias reduces de tres médicos a uno, digas que la calidad y la eficiencia es la misma. En

---

esta situación de crisis es importante no desincentivar al profesional, porque cualquier reforma requiere diálogo con él.

## Imputados nueve cargos por la primera externalización en Madrid

MADRID REDACCIÓN dmredaccion@diariomedico.com

El juez de Instrucción número 4 de Madrid, Marcelino Sexmero, ha admitido a trámite una querrela presentada por la Asociación de Facultativos Especialistas de Madrid (AFEM) (ver DM del 6-VI-2013) contra nueve personas, entre ellas los ex consejeros de Sanidad Manuel Lamela y Juan José Güemes, por presuntas irregularidades cometidas en la adjudicación para la gestión sanitaria externalizada de los primeros hospitales de la Comunidad de Madrid (Infanta Elena, en Valdemoro; el Rey Juan Carlos, en Móstoles; y el Hospital de Torrejón de Ardoz).

La querrela también se dirige contra la actual viceconsejera de Asistencia Sanitaria y directora del Servicio Madrileño de Salud (Sermas), Patricia Flores, entonces directora general de Atención Primaria; el director general de Hospitales, Antonio Burgueño; el representante de la Fundación Jiménez Díaz, Juan Antonio Álvaro de la Parra; el presidente o consejero delegado del Grupo Ribera Salud; el presidente o consejero de Capiro Sanidad; el presidente o consejero de Unilabs; y el presidente o consejero de Asisa.

### CITACIONES

El juez cita en su auto a los querrelados a partir del próximo 13 de septiembre. Las declaraciones en calidad de imputados concluirán el próximo 2 de octubre con las compareencias de Lamela y Güemes. El juez indica en el auto que todos ellos deberán ir acompañados de un abogado, ya que declararán como imputados. Tras ello, citará a varios testigos, entre ellos el director de Continuidad Asistencial del Hospital de La Paz, Miguel Amengual.

## Anulada orden de traslado por violar derechos fundamentales

*Un juzgado de Sevilla ha admitido la demanda de un médico contra la decisión de su jefe de servicio del SAS por ser "una sanción encubierta"*

MADRID SOLEDAD VALLE soledad.valle@unidadeditorial.es

La potestad de autoorganización de la Administración admite que los jefes de servicio hospitalarios puedan trasladar de lugar de trabajo al personal en beneficio de la actividad sanitaria, pero sin que esta prerrogativa encubra la toma de represalias contra un colega. El Juzgado de lo Contencioso número 14 de Sevilla ha sentenciado que un jefe de servicio de Traumatología de un hospital de la red pública andaluza dictó una orden de traslado para uno de sus médicos como "sanción encubierta".

El facultativo afectado fue apartado de la actividad quirúrgica del hospital y destinado a realizar funciones de consulta en un centro periférico ambulatorio.

Sin embargo, el juez ha anulado la orden por atentar contra los derechos fundamentales del médico, pues se demuestra que en los motivos que el jefe de servicio esgrimió para trasladar al especialista se cuestionaba su profesionalidad, sin dar al afectado la oportunidad de defensa y violando así su presunción de inocencia. La sentencia obliga a la Administración a restituirle en las funciones que ejercía antes de que se decidiera su traslado.

**CONFLICTIVIDAD CLARA** En la demanda, interpuesta por la abogada Carmen Romero, el médico alegó que la decisión de su superior estaba motivada por la denuncia que había formulado contra éste ante la gerencia del hospital, cuestionando su actuación profesional en la elección de material quirúrgico y en el tratamiento de los datos de los paciente. La denuncia sustentó la apertura de un expediente sancionador por parte de la Administración contra este jefe de servicio, y que, en la actualidad se encuentra recurrida en vía judicial.

**El juez admite que el hecho de enviar a un cirujano, contra su voluntad, a pasar consulta a un ambulatorio tiene un claro contenido sancionador**

El juez considera probada la situación de conflicto que existía entre los dos facultativos y admite que la orden cuestionada se dictó como represalia del jefe de servicio hacia su subordinado, por la denuncia que presentó éste en la gerencia. "La orden de trabajo impugnada fue consecutiva en el tiempo a [la denuncia del especialista]", sin que por parte de la Administración se haya demostrado "la mejoría del servicio a la que supuestamente se dirigía". Además, el juez reconoce que, "sin duda, el hecho de enviar a un cirujano, contra su voluntad, a pasar consulta a un ambulatorio, tiene un claro contenido sancionador".

**NO HUBO 'MOBBING'**

De este modo, queda demostrado que el jefe de servicio habría utilizado su potestad de organización con un fin sancionador; sin embargo, el juez rechaza que el demandante sea víctima de acoso o *mobbing*. Para desestimar esta parte del recurso, el juez acude a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, y aclara que para considerar que existe *mobbing*, el demandante debe sufrir "incidentes continuos que se traduzcan en una situación de ninguneo y de acoso a la persona del trabajador, dándose varias y repetidas conductas como cuando se falta al respeto y consideración profesional, se le descalifica en público... ". En el caso juzgado "ha quedado demostrado como acto único, consecutivo a una situación de conflicto laboral [...] que sin duda pudo ser vivida subjetivamente como acoso laboral por el actor, pero que objetivamente no lo es". El médico demandante se ha incorporado a su actividad quirúrgica en el hospital dando cumplimiento a la sentencia.

## El jefe de servicio, expedientado por el SAS por beneficiarse de su cargo

MADRID S.V. soledad.valle@unidadeditorial.es

El jefe de servicio de Traumatología, autor de la orden de traslado anulada, tiene un expediente disciplinario abierto por el que se le considera autor de una falta de carácter muy grave por sacar beneficios de su jefatura hospitalaria, y afronta una suspensión de dos años.

La conducta sancionada viene tipificada en el artículo 72.2 m) del Estatuto Marco: "Servirse de su condición de personal estatutario para obtener un beneficio indebido para sí o para terceros y especialmente la exigencia o aceptación de compensación por quienes provean de servicios o materiales a los centros o instituciones".

El jefe de servicio recurrió en alzada la decisión del Servicio Andaluz de Salud (SAS), pero éste no admitió las alegaciones del médico. Así que la decisión administrativa, pronunciada en mayo de 2013, ha sido recurrida por el afectado en vía judicial.

**ORIGEN DE LA SANCIÓN**

Los actos que han motivado esta sanción fueron denunciados por el médico de su servicio al que luego decidió retirar del quirófano. El jefe expedientado habría promovido la suscripción de un acuerdo de colaboración entre una asociación del hospital público en el que trabaja y una mercantil, en la que figuran como únicos socios su mujer y sus hijos.



En virtud de dicho acuerdo, personal de la mercantil se habría trasladado al hospital para trabajar, "en el desarrollo de proyectos de investigación, cuya base se centra en el registro y explotación de los datos vinculados a la actividad sanitaria desarrollada por una unidad del hospital".

El facultativo alega que estos hechos eran conocidos y no constituyen delito alguno. Sin embargo, la Administración recuerda que, entre los principios éticos del empleado público, está "el abstenerse de aquellos asuntos en los que tengan un interés personal, así como de toda actividad privada o interés que pueda suponer un riesgo de plantear conflicto de intereses con un puesto público" (artículo 53.5 del Estatuto Marco).

En estos momentos, según fuentes consultadas por D IARIO MÉDICO, se mantiene en su puesto de jefe de servicio.



LA SANIDAD NUNCA PUEDE SER UN NEGOCIO”

## Rubalcaba afirma que el PSOE “desprivatizará lo que ahora se está privatizando”

El secretario general del PSOE critica que con la medida del Gobierno de “quitar el derecho a la Sanidad a los inmigrantes sin papeles”, lo que se está consiguiendo es “clandestinizar el sistema público”

### Redacción. Albacete

El secretario general del PSOE, Alfredo Pérez Rubalcaba, asegura que lo que ahora "se está privatizando" en Sanidad por el Ejecutivo de Mariano Rajoy "se desprivatizará" cuando los socialistas lleguen al Gobierno.

En su intervención en el sexto diálogo del PSOE celebrado en Albacete bajo el nombre 'Ganarse el Bienestar en Europa' este domingo, Rubalcaba subraya que "la sanidad nunca puede ser un negocio", por lo que los socialistas "tendrán que quitar ese negocio" cuando lleguen al poder.

Rubalcaba recuerda que ya avisó de que "la Sanidad se estaba convirtiendo en un negocio", advertencia ante la que el PP "ha acusado al PSOE en todos los Parlamentos" de que solo eran "paranoias y mentiras", ha dicho.

"El otro día escuché en la radio a un empresario que dijo que venía a los concursos de privatización de la Sanidad en Madrid porque venía a hacer negocio", indica, por lo que quiere "agradecer su sinceridad. Oe. Pero, sinceridad por sinceridad, desde el PSOE te decimos: Ten cuidado, lo que se privatiza se desprivatiza y cuando lleguemos los socialistas te quitaremos el negocio".

### Clandestinización

En este sentido, el líder socialista critica que con la medida del Gobierno de "quitar el derecho a

---

la sanidad a los inmigrantes sin papeles", lo que se está consiguiendo es "clandestinizar el sistema público", ya que según dice "los médicos siguen atendiendo a los inmigrantes, pero tienen que hacerlo por la puerta de atrás".

"Esta ley es miserable y una obscenidad, le reclamo al Gobierno otra vez que la retire, porque nos convierte en un país indecente que no somos", afirma, al tiempo que incide en que "donde gobierna el PSOE, nunca se permitirá que una persona muera a la puerta de un ambulatorio por no tener papeles".

El dirigente socialista aboga por "volver a un sistema universal, gratuito y público", lo que califica como "lo más importante", y recalca que el PSOE "no solo sabe recoger derechos, si no que sabe gestionarlos bien".

Para Rubalcaba, "el problema es que el PP se está cargando el sistema". "Parece mentira que a una derecha a la que le gusta exhibir la bandera esté haciendo 17 sistemas sanitarios distintos", indica. El líder del PSOE considera que las políticas que está poniendo en marcha "la derecha" son finalmente un pretexto que atenta contra la igualdad.

Por otro lado, la secretaria de Política Social del PSOE, Trinidad Jiménez culpa al Gobierno de dañar el futuro de España con el cambio del modelo sanitario público a uno "progresivamente privatizado".

Para los socialistas, dice, en este momento el gran reto es ver "cómo retener ese modelo que habíamos construido de sanidad pública durante los últimos 30 años" que ahora el PP está desmontando, "para evitar su deterioro". "Un modelo más barato que el resto de modelos europeos, por mucho que se empeñe el PP en decir lo contrario", señala.

#### ANTE LA ASAMBLEA MONOGRÁFICA DEL JUEVES

## Malestar entre algunos colegios al no recibir de la OMC la propuesta del Ministerio al Foro

Lamentan no haber podido hacer un análisis detallado antes de una posible votación

### Redacción. Madrid

El presidente de la Organización Médica Colegial (OMC), Juan José Rodríguez Sendín, ha convocado para el jueves 27 una asamblea en la que se abrodrarán, de forma monográfica, las negociaciones entre el Foro de la Profesión Médica y el Ministerio de Sanidad. Un encuentro que, según ha podido saber Redacción Médica, viene marcado por el descontento de algunos colegios, que conocerán in situ la última propuesta realizada por Sanidad, dado que la OMC no les ha remitido el documento.

Según han apuntado fuentes colegiales, no se descarta que además de tratarse de una reunión informativa se realice un posicionamiento sobre el documento remitido al Foro. Y precisamente en ese punto reside su descontento, ya que de esta forma no se podrá realizar una valoración dentro de cada colegio para posteriormente presentar alegaciones, nuevas propuestas, etc... a la asamblea.

Desde los colegios se ha indicado la voluntad de poder tomar partido en torno a este tema, pero consideran que al no poder evaluar detenidamente el proyecto del Ministerio dicho

posicionamiento no se realizaría con todas las garantías necesarias.

### **CESM considera la propuesta “insuficiente”**

En estos momentos parece improbable que las negociaciones entre profesionales y Administración salgan adelante. Así lo ha hecho saber la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), que ha calificado de “insuficiente” el proyecto planteado desde el Ministerio al no tratarse dos aspectos que consideran fundamentales: la creación de una mesa de negociación exclusiva y el establecimiento de un nuevo régimen jurídico para el profesional médico. “Sin esos dos elementos, no nos dan garantías laborales ni salariales”, aseguró a Redacción Médica su secretario general, Francisco Miralles.

Cabe destacar que para que las negociaciones fructifiquen resulta necesaria la unanimidad de todas las entidades componentes del Foro para la Profesión. El resultado de las negociaciones se podrá saber, según ha adelantado *Redacción Médica*, durante los primeros días del mes de julio.

### PRIMERA CONVOCATORIA

## **La Fundación Valdecilla establecerá los grupos de investigación del Observatorio de la Salud**

**Pública**



**El plazo de presentación de solicitudes acaba el 15 de julio**

### **Redacción. Santander**

La Fundación Marqués de Valdecilla (FMV), a través del Observatorio de Salud Pública de Cantabria (OSPC), ha lanzado la primera convocatoria para la constitución de grupos estables de investigación en áreas de salud pública; es decir, que se dediquen a estudiar la influencia de determinantes sociales de la salud y tengan en cuenta factores no biomédicos que condicionan el estado de salud de la población de Cantabria.

Esta convocatoria da cumplimiento a la Ley General de Salud Pública, que encomienda al Observatorio de Salud Pública de Cantabria, como centro de investigación integrado en la Fundación Valdecilla, la realización de estudios, encuestas, informes y acciones formativas en materia de salud pública, así como el soporte y la gestión de la investigación en salud pública desde una perspectiva interdisciplinar que comprenda factores epidemiológicos, alimentarios, preventivos, educacionales, sociológicos, legales, económicos...

El objeto de la convocatoria es la formación de grupos estables de investigación, en régimen de publicidad, objetividad y concurrencia competitiva, para que desarrollen su actividad investigadora que permita la transferencia del conocimiento al desarrollo de políticas sanitarias, todo ello con la regulación del OSPC.



**María José Sáenz de Buruaga** preside el patronato de la Fundación Valdecilla.

Las áreas prioritarias de investigación, que pueden consultarse en la citada publicación, serán: Medicina y Pediatría Comunitarias, Enfermería Comunitaria, Economía de la Salud, Gestión Sanitaria, Educación para la Salud, Drogodependencias, Sociología de la Salud y Salud Ambiental, entre otras, informa el Gobierno en un comunicado de prensa.

Esta primera convocatoria, cuyo plazo de presentación de solicitudes concluye el 15 de julio de 2013, tiene como fin poner en marcha actividades orientadas a la captación de recursos económicos, la redacción de proyectos, y la búsqueda de apoyos y oportunidades que permitan a los grupos constituir una plataforma para fomentar las relaciones entre los investigadores y los profesionales de salud pública.

Entre los requisitos que deberán cumplir los grupos aspirantes, figuran que sus miembros deben estar vinculados como personal funcional, estatutario o laboral al sistema sanitario público de Cantabria; que el investigador principal debe contar con al menos 10 publicaciones con ISBN o ISSN en el ámbito sanitario, y que el grupo esté constituido por al menos cuatro investigadores que en conjunto sumen 20 publicaciones con ISBN o ISSN.

**Esperamos que un día nos expliquen lo que pinta el tal "Observatorio" y lo entendamos**

## El Grupo HIMA se cubre las espaldas... por si los recursos

El grupo portorriqueño **HIMA**, que salvo sorpresa mayúscula gestionará tres de los seis hospitales madrileños externalizados a partir de septiembre, parece que se está tomando en serio el asunto y ante los posibles contratiempos jurídicos que puedan surgir en este proceso ha decidido contratar los servicios del despacho estadounidense de abogados **Jones Day**, que cuenta con oficinas en los países más relevantes. En **Madrid**, opera desde el año **2000** y cuenta en la actualidad con un equipo de 30 profesionales, de los más de 2.500 abogados con que trabaja en todo el mundo. ¿Habrán leído ya los juristas madrileños el famoso **buofax** que **Tomás Gómez** ha enviado a las empresas interesadas en la externalización de los hospitales?...

## Un domingo sanitario tormentoso, "¿verdad, señor Rubalcaba?"

El **clima político-sanitario** sigue **enrarecido**, no se puede calificar de guante blanco, precisamente. Y una prueba de ello ha estado en las declaraciones realizadas este domingo por el líder del **PSOE** y el secretario nacional de Sanidad y Asuntos Sociales del **PP**. Mientras que **Alfredo Pérez Rubalcaba** ha vuelto a señalar que cuando su partido vuelva al **Gobierno** de la nación va a "desprivatizar" todo lo que el PP "ha privatizado", **José Ignacio Echániz** ha censurado que desde el **PSOE** se "demonice" a la sanidad privada y a quienes la critican por la mañana y acuden a ella por la tarde, "¿verdad, señor Rubalcaba?", en lo que en el argot se conoce como una '**indirecta**'. ¿La habrá cogido Rubalcaba?...

## Expectación ante (casi todos) los nuevos ponentes de la subcomisión del pacto de Estado

Este miércoles vuelve a la actividad la **subcomisión del pacto de Estado del Congreso de los Diputados**. Los miembros de la **Comisión de Sanidad** podrán escuchar las aportaciones de dos expertos en gestión sanitaria del nivel de **Joaquín Estévez**, presidente de la **Sociedad**

**Española de Directivos de la Salud** (Sedisa), y **Juan Antonio Álvarez de la Parra**, director gerente del **Hospital Infanta Elena de Valdemoro** y un 'peso pesado' de **IDC Sanidad** (Capiro), de actualidad estos días por el recurso puesto por **AFEM** contra la externalización de tres hospitales, uno de ellos precisamente el de **Valdemoro**. Ambos han despertado expectación ante sus amplios conocimientos del sistema sanitario, no así tanto el tercero de los comparecientes, presidente de una **pseudofundación pseudosanitaria**, cuyos **méritos** para ser escuchado en esa tribuna son, cuanto menos, **cuestionables...**

PIONERO EN DOCENCIA

## El Hospital Virtual Valdecilla celebra un curso de formación en ecoendoscopia



La Unidad de Endoscopia Digestiva realiza cada año cerca de 12.000 de estas técnicas, de las cuales alrededor de 400 son ecoendoscopia

### Redacción. Santander

El Hospital Virtual Valdecilla ha celebrado un pionero curso de formación en ecoendoscopia que ha reunido a un importante número de gastroenterólogos de toda España.

La ecoendoscopia, también llamada ultrasonografía endoscópica (USE), es un sistema que combina la visión directa a través de la cámara del endoscopio con la información que proporciona una sonda de ultrasonidos, igualmente incorporada al tubo de endoscopia, según ha informado el Gobierno de Cantabria en nota de prensa.

Los avances que ha experimentado en los últimos años esta técnica están permitiendo realizar cada vez más intervenciones de patologías del aparato digestivo sin necesidad de recurrir a la cirugía convencional con ingreso hospitalario. Entre las ventajas de la ecoendoscopia se incluyen una menor agresividad para el paciente y una reducción de la estancia hospitalaria.

Actualmente, el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla realiza todas las técnicas endoscópicas terapéuticas consolidadas en la práctica asistencial. Cada año, la Unidad de Endoscopia Digestiva de Valdecilla lleva a cabo cerca de 12.000 endoscopias, de las cuales unas 400 son ecoendoscopia.

El curso, organizado por los doctores Álvaro Terán y Joaquín de la Peña, de la Unidad de Endoscopia Digestiva de Valdecilla, ha estado dirigido por el doctor Pérez Miranda, jefe del Servicio de Digestivo del Hospital Río Hortega de Valladolid y uno de los referentes a nivel mundial en el uso de la endoscopia.

También ha contado con la participación de los doctores Joan Gornals y Juan Vila, médicos de referencia nacional, que han descrito a los asistentes nuevas vías de acceso al aparato digestivo con el ecoendoscopio como es el caso del tubo de endoscopia con un ecógrafo incorporado en el extremo.

De esta forma, este curso ha servido para formar a los asistentes tanto en técnicas de exploración como en las de punción y en todos los aspectos de el intervencionismo.

### Futuro de la ecoendoscopia

El futuro de la ecoendoscopia apunta a la posibilidad de realizar tratamientos con una mínima molestia para los enfermos. Esta práctica resulta menos invasiva que las técnicas quirúrgicas convencionales ya que se realiza introduciendo un tubo con una cámara a través de la boca.

Los tratamientos de este tipo están ganando cierto terreno en la cirugía debido a la reducción de las complicaciones obtenida con el perfeccionamiento de los procedimientos.

Hasta hace pocos años, este sistema se utilizaba esencialmente con fines diagnósticos, aunque en la última década ha tenido un gran desarrollo, gracias a nuevos conocimientos y a un equipamiento más sofisticado.

Actualmente, un endoscopista puede extraer muestras y realizar acciones terapéuticas como el drenaje de colecciones (bolsas de líquido parecidas a quistes) sin necesidad de recurrir a la cirugía convencional.

### **Drenaje endoscópico**

Una de las técnicas que más han revolucionado la especialidad en los últimos años y que se han tratado en el curso celebrado en el Hospital Virtual Valdecilla es el drenaje endoscópico de colecciones.

Esta técnica se aplica sobre todo a colecciones pancreáticas pero también del hígado, el bazo, la vesícula biliar, pélvicas y torácicas. Además, se puede realizar desde cualquier órgano al que pueda llegar el endoscopio, como pueden ser el esófago, el estómago, los intestinos o incluso el recto, es decir, mediante orificios naturales. Estas técnicas obtienen un 90% de éxito en casos bien identificados.

El drenaje endoscópico de colecciones ha consolidado un gran avance gracias a la evolución de las prótesis utilizadas y otros aparatos específicos para llevar a cabo drenajes transmural.

En este sentido, la sustitución de la prótesis de tipo cilíndrica por una en forma de diábolo ha facilitado el proceso de drenaje. Una vez drenado el quiste, al cabo de un mes y medio, se puede extraer la prótesis. Las recurrencias debido a este procedimiento son excepcionales.

## **OCIO Y ENTRETENIMIENTO**

**DIARIO MEDICO**com

### **Último grito dietético: cinco días de banquetes y dos de ayuno**

En los últimos tiempos, y a diferencia de otras épocas que admiraban los rasgos orondos, como la de Rubens, la obesidad creciente y un modelo fisonómico más estilizado han ido generando un apetitoso mercado. No hay cifras fiables, pero se estima que en Estados Unidos el negocio dietético estaría entre los 50.000 y los 300.000 millones de dólares al año, según los aspectos que se incluyan. El catálogo de Amazon ofrece 60.000 libros (en inglés) con la palabra *diet* (dieta) en el título, y algunas fuentes estiman que habría unos 25.000 métodos distintos para adelgazar. El último, promovido con cierto éxito por el médico británico Michael Mosley, se conoce como *Fast Diet* o 5:2. En síntesis, permite comer lo que se quiera durante cinco días de

---

la semana y sólo 600 calorías en los dos restantes, distribuidos a gusto del consumidor. Mosley dice que esa intermitencia ayuda a perder grasa, incrementa la sensibilidad a la insulina y disminuye el colesterol. "Yo mismo perdí ocho kilos en tres meses y mis valores sanguíneos volvieron a la normalidad", ha confesado en la **BBC**. A su juicio, esta dieta es muy atractiva psicológicamente. "El problema con las dietas estándar son las constantes restricciones a las que nos someten, lo que nos obliga a pensar todo el tiempo en la comida, algo que resulta muy frustrante. Con este sistema, sólo se piensa en la dieta dos días a la semana; es simple y flexible". El argumento sin embargo se puede invertir: angustiarse pensando en esos ayunos; todo depende del autocontrol de cada uno. El Servicio británico de Salud (NHS) expresó sus dudas al principio, alertando de problemas de sueño, respiratorios, irritabilidad y ansiedad, pero en vista del creciente número de seguidores ha anunciado que va a estudiarla en serio.

*Recobremos el placer de ser médicos*

