

DIARIO MEDICO

DEL 16 AL 22 DE JUNIO DE 2014

ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA

El marcador BMP4 en leucemia linfooblástica podría evitar recaídas

PÁG. 22



Manuel Ramírez Orellana, del Hospital Niño Jesús.

CARDIOLOGÍA

Las endoprótesis biorreabsorbibles han mostrado seguridad y eficacia

PÁG. 26

PATOLOGÍA DIGESTIVA

Las nuevas terapias en VHC abren más perspectivas al injerto hepático

PÁG. 23



Javier Crespo, del Hospital de Valdeilla, en Santander.

MEDICINA DEPORTIVA

Helena Herrero: "Pronto podríamos tener tres centros de excelencia FIFA en España"

PÁG. 27

POSGRADO LAS EXPERIENCIAS DE ECOE PARA RESIDENTES MUESTRAN SU VALOR

PÁGS. 12 y 13

Priorizar pacientes, en espera

El decreto que anunció el Ministerio de Sanidad no llega, casi un año después

Sociedades, a favor, pero piden voz y uso pleno de los quirófanos y recursos públicos

La demora media quirúrgica bajó en 2013 de 100 a 98 días pero subió la de consultas

PRIMER PLANO

El Ministerio publicó el viernes las listas de espera en 2013, que reflejan una leve mejoría en cirugía (la demora pasa de 100 a 98

días) pero un incremento notable en consultas con el especialista (pasan de 59 a 67 días de espera). Los datos llegan tras casi un año desde el anuncio de Sanidad de

una nueva norma para priorizar pacientes y sin que en este tiempo hayan trascendido las bases sobre las que se asentaría esta norma. Las sociedades científicas están

de acuerdo en acabar con el orden cronológico y en priorizar por criterios clínicos y sociales. Sin embargo, aún no han sido consultadas y piden consenso en

los criterios de priorización. Además, opinan que hace falta usar a pleno rendimiento los recursos públicos y evitar pruebas innecesarias.

PÁGS. 2-3

Un juez penal exige dejar intacta la reputación del médico imputado

NORMATIVA

La Ley de Enjuiciamiento Criminal da la posibilidad al juez de reconocer que un proceso penal no puede perjudicar a la reputación del médico y, además, amparar el derecho de éste

"a perseguir al querellante como calumniador". Un juez de Badajoz ha hecho uso de esta prerrogativa procesal en un auto que pone fin al recurso presentado por una paciente contra un cirujano. PÁG. 16

F. AYUSO, presidente del XXVI Congreso de Semes

"El ACE es algo previo; Urgencias llegará a ser una especialidad"



PROFESIÓN

Fernando Ayuso, presidente del XXVI Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (Semes), rechaza el ACE de Urgencias, que considera un paso previo al reconocimiento de la especialidad. PÁG. 14



JULIE GONZALEZ

I+D biomédica: problema de recursos... y de estrategia

Para que la investigación biomédica en España mantenga todo lo ganado en los años de bonanza ha cen falta recursos, pero también una estrategia a largo plazo y una Ley de Mecenazgo que contribuya a impulsarla, según exponen Ramón Hernández, director médico de Merck España, y los científicos Josep Taberner, Xavier Montalbán, Carlos Simón y Manel Esteller, en un debate sobre esta cuestión organizado por *DIARIO MEDICO* en colaboración con la Fundación Salud 2000. Su presidenta, Carmen González, posa con todos ellos en la imagen superior, en la sede de *DIARIO MEDICO* en Barcelona. PÁGS. 24 y 25

Evaluación anual en los Institutos de Investigación Sanitaria

SANIDAD

El proyecto de decreto que prepara el Gobierno para conocer y evaluar los Institutos de Investigación Sanitaria, y que está en fase de borrador, propone realizar una evaluación anual -hasta ahora son quinquenales- con la posibilidad de hacer intervenciones puntuales, según ha explicado a DM Carlos Segovia, responsable de la Unidad de Acreditación del Instituto de Salud Carlos III. PÁG. 4

Reforma de la Administración local: Cataluña intenta defender sus consorcios

SANIDAD

La reforma de la Administración local del Gobierno central pone en jaque la figura jurídica de los consorcios, una fórmula muy extendida en la sanidad de Cataluña, que ya ha pedido que se reconozca su especificidad. PÁG. 6



Clovate 30g
17-Propionato de Clobetazol
CREMA



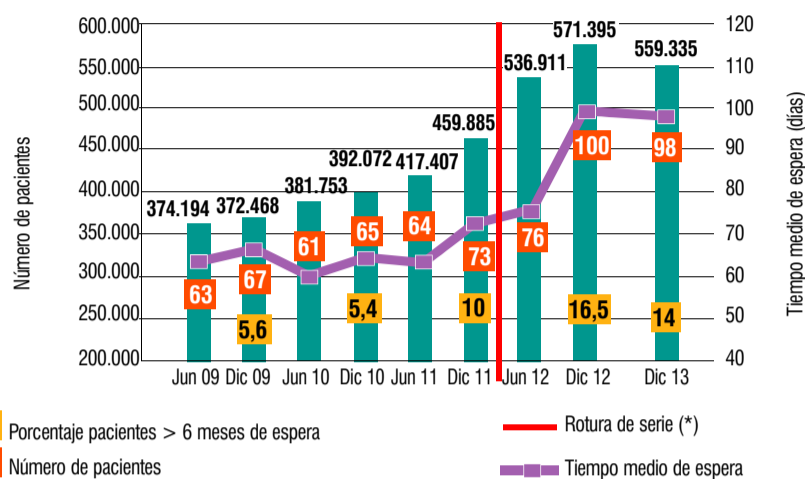
Betnovate 60g
17-Valerato de Betametasona
SOLUCIÓN CAPILAR



www.ifcspain.com

EVOLUCIÓN DE LAS DEMORAS DEL SNS

El Ministerio de Sanidad publicó el pasado viernes las listas de espera del SNS en 2013. Espera quirúrgica en días.

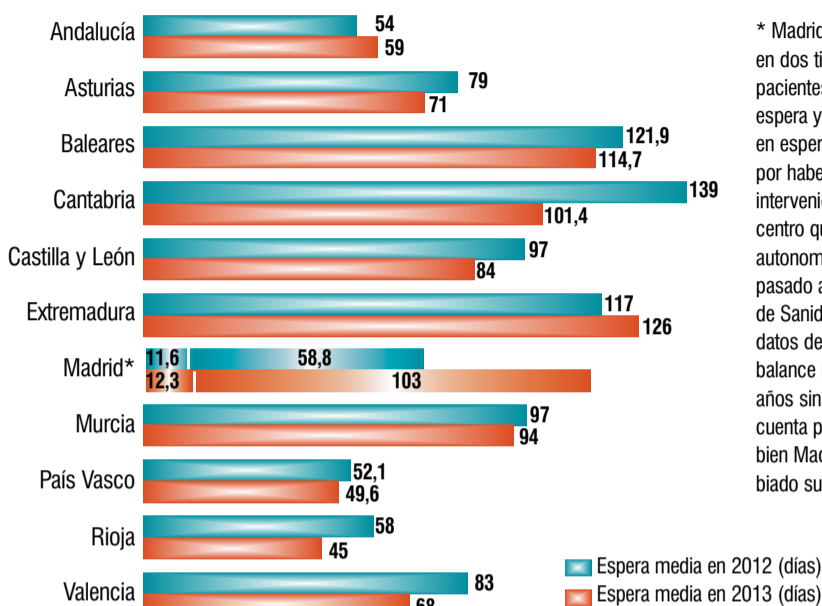


(*) Rotura de serie: desde junio de 2012 se incluyen datos de todas las comunidades autónomas e Ingesa (de 2004 a 2011, inclusive, faltan datos de una comunidad autónoma).

Fuente: Ministerio de Sanidad

LA ESPERA QUIRÚRGICA DEL SNS

Espera media, en días, para intervenciones quirúrgicas a partir de datos de las autonomías (no homogéneos).



* Madrid separa la lista en dos tipos: los pacientes que están en espera y los que están en espera "voluntaria" por haber rechazado ser intervenidos en el primer centro que les ofertó la autonomía. Desde el pasado año el Ministerio de Sanidad incluye los datos de Madrid en el balance nacional, tras años sin tenerlos en cuenta por esta razón, si bien Madrid no ha cambiado su método.

Fuente: Elaboración propia

Listas de espera en 'espera'

Sanidad anunció hace casi un año un decreto de priorización de pacientes del que aún no se sabe nada

La demora quirúrgica bajó de 100 a 98 días en 2013, pero la de consultas subió de 59 a 67 días

MADRID
LAURA G. IBAÑES
laura.gutierrez@diariomedico.com



El Ministerio de Sanidad publicó el viernes los datos de las listas de espera en el SNS en 2013, que muestran una leve mejoría, con una reducción de dos días de la demora media respecto a 2012, año en el que habían

batido récord histórico, con una espera media de 100 días, frente a los 76 del año 2011. Por el contrario, la lista de espera de primera consulta con el especialista parece haberse disparado en 2013: ha pasado de 59 a 67 días (ver página siguiente).

Con la supresión de peonadas, la paralización de planes de choque y la prohibición de sustituciones por las estrecheces presupuestarias en boca de cuantos se animaron a explicar en su día el porqué del incremento de las demoras en 2012, la ministra de Sanidad, Ana Mato, se apresuró entonces a anun-

ciar una nueva norma para reformar la gestión de las listas de espera. Lo hizo en un Consejo Interterritorial de Salud informal en Barcelona, al que varias autonomías optaron por no acudir precisamente por considerar que la temática precisaba, cuanto menos, una reunión formal (ver DM del 19-IX-2013).

Casi un año después de aquel anuncio y pese a la reciente publicación de las listas de espera de 2013, aún no han trascendido las bases sobre las que se asentaría la futura norma de priorización de pacientes ni si ésta se basará sólo en

cuestiones clínicas o si entrarán en juego también factores socioeconómicos. A falta de la nueva norma nacional, algunas autonomías, como Castilla y León o Galicia, se han lanzado a establecer un sistema de priorización propio en función de gravedad, mientras que otras, como Cataluña, han anunciado lo contrario, que renuncian a elaborar su propia norma a la espera de la nacional (ver DM del 20-III-2014).

Una norma sobre la que el Ministerio aclara poco: "Estará orientada a que los tiempos de espera se establezcan en función de la

prioridad de la intervención. En estos momentos, las comunidades autónomas están colaborando y haciendo aportaciones, con las que esperamos tener próximamente un borrador".

LEY DE PRIORIZACIÓN

Al respecto, la consejería de Madrid explica ya que en su opinión "la prioridad la deben establecer los clínicos. No obstante, si una norma nacional aprobada por el Consejo Interterritorial establece criterios de priorización, se acatarán como no puede ser de otro modo. Estos criterios deberían ser

claros y ampliamente consensuados con participación de los clínicos.

De momento, no sólo no se conoce el borrador de esa futura norma, sino que las sociedades científicas dicen no haber sido aún consultadas pese a tener, en su opinión, mucho que decir al respecto. Todas las consultadas por DM coinciden en que urge el cambio normativo para acabar con la legislación actual de plazos máximos, pero también en que hace falta un consenso con los clínicos para fijar las nuevas prioridades.

Luis Javier Álvarez, pre-
♦ pasa a la pág.3



LUIS JAVIER ÁLVAREZ
SOCIEDAD DE CIRUGÍA VASCULAR

“ Con 'peonadas' o sin ellas es inconcebible que los quirófanos sigan parados por la tarde y se hable de externalizar”



JOSÉ MARÍA MORÁN
FEDERACIÓN DE INSPECCIÓN SANITARIA

“ Hace falta un consenso profesional, social y ético para priorizar a los pacientes en espera a igual grado de gravedad clínica”



SAMUEL ANTUÑA
SOCIEDAD DE TRAUMATOLOGÍA (SECOT)

“ Sería una magnífica idea una legislación que aclare con transparencia la prioridad de pacientes, pero no se nos ha consultado”



MOISÉS ROBLEDO
SEMG

“ La receta electrónica ayuda a reducir la presión asistencial pero si se siguen sin cubrir las bajas, seguirá creciendo la demora”



JAVIER RODRÍGUEZ RECIO
SOCIEDAD DE RADIOLOGÍA MÉDICA

“ No basta con priorizar: es crucial usar los equipos a pleno rendimiento y consensuar las pruebas necesarias e innecesarias”

viene de la pág. 2

sidente de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular, opina al respecto que "merece mucho la pena hacer el esfuerzo de definir claramente por criterios clínicos la prioridad en las intervenciones. En casos como el nuestro, donde tenemos una gran patología semiurgente como un aneurisma, no terminamos de entender que los quirófanos puedan estar ocupados con pacientes clínicamente no prioritarios como una prótesis, por el mero hecho de que llevan esperando su intervención más de lo que dice la ley. Una ley de plazos como la actual provoca que los gestores no nos permitan a los clínicos organizarnos como deberíamos".

El responsable de la sociedad insiste en que "los clínicos nos pondríamos de acuerdo si los gestores y políticos nos dejaran y no estuviéramos encorsetados por leyes de plazos máximos. Las leyes de plazos sólo sirven para eximir de responsabilidad al político y trasladársela al clínico que carga con la responsabilidad de intervenir a tiempo pero no con la capacidad de priorizar a los pacientes que debe".

RECURSOS UTILIZADOS

Pero, en su opinión, la resolución de las listas de espera precisa no sólo de una ley de priorización de pacientes: "Es inconcebible que los quirófanos sigan parados por las tardes. Y más aún que se hable de derivar a la privada cuando se tienen recursos parados en la pública. Da igual si se hace a través de *peonadas* o de contratación de personal sólo de tardes o fines de semana, eso no importa: lo que importa es que los quirófanos funcionen a pleno rendimiento todo el día".

En línea muy semejante se expresa Javier Rodríguez Recio, de la Sociedad Española de Radiología Médica (Seram), el otro escollo en las listas de espera, las de pruebas diagnósticas. "Ni el Ministerio ni nadie nos ha consultado cómo resolver las listas de espera y aunque tradicionalmente lo que más preocupa es la demora quirúrgica, creo que es crucial actuar sobre la lista de espera de pruebas diagnósticas, que condiciona el res-

to". Recio opina que "en primer lugar creo que hay que actuar sobre la inadecuación actual de las pruebas diagnósticas. No hay un estudio claro, pero se calcula que entre el 30 y el 40 por ciento de las que se realizan serían inadecuadas. Y por eso es preciso un consenso entre los profesionales sanitarios sobre cuándo deben solicitarse, pero para ello es imprescindible previamente que se implante en todas las autonomías la petición electrónica y la historia clínica electrónica porque si no disponemos de petición electrónica no podemos resolver en el momento con el clínico que la ha solicitado la necesidad o no de la prueba, y si no disponemos

de historia electrónica se seguirán repitiendo pruebas innecesarias. Sólo con estos dos sistemas se reducirían entre un 10 y un 15 por ciento las que se solicitan y con ello las listas de espera".

Junto a esa reducción de pruebas innecesarias, Recio insiste también en la necesidad de que "los equipos de los que disponemos se utilicen por completo. Se insiste en *externalizar*, cuando disponemos de equipos y sólo falta el personal para utilizarlos o los incentivos para que el personal actual trabaje más horas. En cualquier centro sanitario público pueden hacerse las pruebas más baratas que si se tienen que *externalizar*".

Junto a estas dos medidas opina que "sí sería muy buena una regulación sobre cómo priorizar pacientes. La lógica nos dice, por ejemplo, que hay que priorizar al paciente de baja laboral, pero no nos ampara para ello ninguna norma. Está claro que ya se usan criterios clínicos para decidir la prioridad, los oncológicos y los ingresados, pero para el resto de pacientes no existen aún".

CONSENSO SOCIAL

Samuel Antuña, de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología, se suma a estas mismas ideas y recuerda que "las listas de espera existen en todos los sitios y no son malas en sí, el problema es no poder garantizar que quien espera es quien puede hacerlo. Por eso creo que sería una magnífica idea una legislación que pudiera aclarar qué pacientes tienen prioridad sobre otros, siempre y cuando se hiciera en colaboración con los profesionales sanitarios; pero a nosotros por lo menos todavía no se nos ha consultado nada".

Con algo más de cautela, José María Morán, vicepresidente de la Federación de Inspectores Sanitarios (Faiss), explica que la nueva norma debe surgir de "un consenso profesional, ético y social que permita priorizar a los pacientes no sólo en función de criterios clínicos porque, a igual gravedad, hace falta algún criterio de desempate que puede tener que ver con factores socioeconómicos pero que precisa del consenso de la sociedad y la profesión".

¿Prioridad para quien esté de baja?

El borrador de la Ley de Mutuas prevé el uso de los recursos de las mutuas para liberar de presión a los servicios públicos, lo que abre la opción de que los pacientes de baja laboral se salten las listas de espera y puedan ser atendidos más rápidamente con recursos de las mutuas, pero con cargo al sistema público. Al respecto, José María Morán, vicepresidente de Faiss, explica que "a igual gravedad, en una hernia de disco, por ejemplo, cabe plantearse que se intervenga antes al paciente de baja, que genera costes para el sistema y corre riesgo de perder su trabajo, que al pensionista con el mismo problema y el mismo dolor, pero ante una sospecha de un cáncer, por ejemplo, no parece que tenga sentido priorizar un paciente de baja sobre el otro. Por eso es imprescindible no sólo fijar criterios de prioridad, sino consensuarlos. La solución simplista del orden cronológico no es la más justa".

SE DISPARA LA ESPERA PARA PRIMERA CONSULTA DE ESPECIALIZADA

En procesos quirúrgicos monitorizados: Catarata (85 días de demora media), hernia inguinal (88), prótesis de cadera (128), artroscopia (105), varices (109), colecistectomía (97), *hallux valgus* (118), adenoamigdalectomía (99), hiper. benigna de próstata (83), quiste pilonidal (86) y tunel carpiano (95)

Consultas de especializada	Tiempo de demora		Intervenciones quirúrgicas		Tiempo de demora	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Ginecología	85	106	Cirugía General y Digestivo	97	95	
Oftalmología	75	78	Ginecología	70	61	
Traumatología	64	78	Oftalmología	80	72	
Dermatología	56	63	ORL	93	92	
ORL	41	42	Traumatología	122	129	
Neurología	53	60	Urología	85	106	
Cirugía General y Digestivo	41	47	Cirugía Cardíaca	73	75	
Urología	53	64	Angiología y Cirugía Vascular	112	103	
Digestivo	57	69	Cirugía Maxilofacial	90	94	
Cardiología	59	54	Cirugía Pediátrica	101	113	
TOTAL	59	67	Cirugía Plástica	124	133	
			Cirugía Torácica	152	102	
			Neurocirugía	152	160	
			Dermatología	50	49	
			TOTAL	100	98	

Fuente: Ministerio de Sanidad

Creciente demora para consultas de primaria y de especializada

La tardanza para primera consulta en alguna especialidad de hospital supera los 100 días de media

MADRID
L. G. I.

laura.gutierrez@diariomedico.com

Los datos de las listas de espera del SNS en 2013 hechos públicos por el Ministerio de Sanidad el pasado viernes muestran una pequeña mejora en la demora quirúrgica, que pasa de 100 a 98 días y en la bolsa de pacientes en espera estructural, que desciende desde las 571.395 personas hasta las 559.335. El porcentaje de los que esperan más de seis meses sobre el total de pacientes en espera se mantiene en el 14 por ciento.

Por especialidades, Cirugía Torácica ha sido la que más ha conseguido reducir su demora (50 días menos) y Urología, la que más la ha incrementado (21 días extra respecto a 2012). El *ranking* de demoras lo encabeza, sin embargo, Neurocirugía, con 160 días de espera media.

Los procesos quirúrgicos con mayor espera en 2013 fueron las cirugías para prótesis de cadera (128 días), que no experimenta-

ron cambios respecto a 2012.

Pese a la leve mejoría de la demora quirúrgica, la de primera consulta con el especialista parece haberse disparado en 2013, al crecer desde los 59 días de espera media de 2012 a los 67 de 2013. La especialidad con mayor espera fue Ginecología (106 días) y la de menor, Cardiología (54).

Desde la Federación de Asociaciones de Inspectores Sanitarios (Faiss), José María Morán, advierte al respecto de que "el mayor peligro para la equidad y

Las sociedades alertan del peligro de retrasar la consulta y las pruebas, al no conocer el riesgo por falta de diagnóstico

para el pronóstico y salud de un paciente se encuentra en las listas de espera diagnósticas y de primeras consultas", al ignorarse la gravedad objetiva del paciente, lo que impide su priorización frente a otros en caso de necesidad.

La lista de espera para una consulta con el especialista no es la única que ha crecido. Aunque el Ministerio de Sanidad no monitoriza expresamente las esperas para petición de cita en primaria, los datos del barómetro sanitario (*ver DM del 12-VI-2014*) indican que han crecido las esperas en primaria, en línea con lo denunciado también por la OCU, que en una encuesta muestra cómo sólo el 43 por ciento de pacientes es capaz de conseguir cita con su médico de familia de un día para otro (*ver DM de 26-V-2013*).

En este sentido, Moisés Robledo, de la SEMG, explica que, "aunque la receta electrónica está liberando de presión asistencial las consultas, las demoras crecen inevitablemente porque existe una política de sustituciones que no reemplaza ni jubilaciones, ni médicos de baja. Y como esta situación es generalizada en primaria y en especializada, los retrasos se trasladan también a las interconsultas".