



SOCIETAT CIVIL  
CATALANA

# PARA LA SALUD MEJOR JUNTOS

**AUDITORIO AXA** BARCELONA 25 DE JUNIO 2014

Recopilación de artículos de expertos relatores  
del ámbito sanitario:

- Federico Mayor Zaragoza (Conciencia Global)
- Santiago Dexeus (Salud y sociedad)
- Antonio Sitges-Serra (El hospital sin fronteras)
- Francisco Fernández-Avilés (Investigación y formación MIR)
- Miquel Porta (Salud Pública)
- Emilio Rojo (Salud Mental)
- Toni Iruela (Atención Primaria)
- Joseba Achotegui (¿Más fronteras? No gracias!)
- Dafne Sicilia (Farmacia)
- Marisa Jimenez (Enfermería)
- Joaquim Coll (Vicepresidente SCC) / Prólogo
- Alex Ramos (Formación Continua) / Coordinador

## **AGRADECIMIENTOS:**

En primer lugar, agradecemos a todos los catalanes y catalanas, y a las personas del resto del estado español que conforman una sociedad civil a favor de la concordia y la fraternidad entre los pueblos de España. De forma especial a las cerca de 10.000 personas que se han adherido al manifiesto de Societat Civil Catalana (SCC) y que dan sentido a esta iniciativa.

Así mismo queremos agradecer a la Junta Directiva de SCC por su imprescindible apoyo en la organización de este acto "Para la salud, mejor juntos" y en la edición de esta revista de ponencias-artículos. Este agradecimiento, se hace extensivo a las personas de la Junta ampliada y a los socios impulsores de SCC.

No queremos dejar de agradecer el esfuerzo del equipo de comunicación, de expansión y de la entidad Manifiesto por su importante aportación para poder hacer posible estos actos. También agradecemos a Ambient Gràfic por su disponibilidad y profesionalidad editorial.

# ÍNDICE

<b>1.</b> Prólogo <b>Joaquim Coll</b>	5
<b>2.</b> Presentación: “Para la salud, mejor juntos” <b>Álex Ramos</b>	6
<b>3.</b> Conciencia global <b>Federico Mayor Zaragoza</b>	9
<b>4.</b> Salud y sociedad <b>Santiago Dexeus</b>	10
<b>5.</b> El Hospital sin fronteras <b>Antonio Sitges-Serra</b>	12
<b>6.</b> En Investigación biomédica y formación de especialistas... Mejor juntos! <b>Francisco Fernández-Avilés</b>	14
<b>7.</b> Para la Atención Primaria mejor juntos <b>Toni Iruela</b>	16
<b>8.</b> Juntos o separados: Y el bienestar mental? <b>Emilio Rojo</b>	17
<b>9.</b> Salud Pública y cooperación <b>Miquel Porta</b>	19
<b>10.</b> ¿Más fronteras? No gracias! <b>Joseba Achotegui</b>	20
<b>11.</b> Formación continuada que beneficia a los profesionales y a los pacientes <b>Álex Ramos</b>	21
<b>12.</b> Farmacia Comunitaria <b>Dafne Sicilia</b>	23
<b>13.</b> La enfermera <b>Marisa Jiménez</b>	24



# PRÓLOGO

## ES EL MOMENTO DE SOCIETAT CIVIL CATALANA

**Joaquim Coll** | Vicepresidente primero de Societat Civil Catalana

Cataluña nunca ha gozado de tanto autogobierno como en la actualidad y pese a esto se está forzando a la ciudadanía a tener que escoger uno solo de los muchos lados que conforman su identidad. Un proceso de secesión que parte en dos a la población y que, en palabras del político quebequés liberal y federalista Stéphane Dion, supone siempre un trauma para cualquier sociedad. Frente a este desafío, Societat Civil Catalana (SCC) ha nacido para alzar la voz de las personas que consideran que Cataluña y el resto de España son tan suyas que cuestiones como la secesión no pueden tratarse con la frivolidad que caracteriza el proceso independentista.

En Cataluña, como en cualquier otra sociedad abierta, las opiniones son diversas y la pluralidad política es rica. Sin embargo, el proceso iniciado tras las elecciones al Parlamento catalán de 2012 no es honesto ni transparente, y sitúa a una gran parte de la población en inferioridad de condiciones.

Societat Civil Catalana considera que la secesión es la peor de las opciones para los catalanes, sobre todo para las clases populares y medias, pues nos arrojaría a un escenario de enormes riesgos e incertidumbres. Pese a la tensa situación, este es el momento de dar la vuelta a las dificultades actuales y a los problemas enquistados desde hace más de 30 años. Para eso también nace Societat Civil Catalana. Para transformar esta grave crisis que vive Catalunya en una oportunidad de cambio y mejora para toda España.

Barcelona, 25 de Junio de 2014

# PRESENTACIÓN

## PARA LA SALUD MEJOR JUNTOS

**Álex Ramos Torre** | Coordinador de “Para la salud, mejor juntos”. Médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Vocal Junta Directiva de Societat Civil Catalana.

**E**l sistema sanitario público que disfrutamos en Cataluña y en el resto de España tiene un coste del 7%-8% del Producto Interior Bruto (PIB). Si lo comparamos con la media de países europeos avanzados, que invierten un 10%-12% del PIB o con EE.UU que gastan un 18% en sanidad, podemos concluir que nuestro sistema sanitario es de los más eficientes de nuestro entorno. Efectivamente, por lo que invertimos en sanidad, en nuestro país tenemos una cartera de servicios sanitarios y unos indicadores epidemiológicos de salud (mortalidad global, mortalidad infantil, esperanza de vida...) de los mejores del mundo y se corrobora con una valoración de la ciudadanía de las más altas. ¡Pero no podemos bajar la guardia y menos con ésta crisis tan grave que ha hecho resentir a este servicio público tanpreciado!

Hay que tener en cuenta que nuestro sistema de salud se financia a través de los impuestos de todos y la crisis ha reducido mucho su recaudación con los consiguientes e indiscriminados recortes que sufren los ciudadanos y los profesionales. Además, en España se recaudan alrededor de un 8%-10% menos de impuestos que en la media europea, es decir, más o menos el coste de la sanidad. En la situación actual y más que nunca, sería necesario un nuevo contrato social para corresponsabilizarnos todos por el mantenimiento del sistema sanitario, a cuatro niveles: la administración, los proveedores de servicios sanitarios, los profesionales de la salud y los ciudadanos.

¿Nos podemos imaginar cómo hubiéramos pasado esta crisis tan grave con cerca de seis millones de parados, si no tuviéramos un sistema sanitario y un sistema de educación públicos que neutralizaran en parte las desigualdades económicas y sociales de la ciudadanía? Esta solidaridad se produce gracias al esfuerzo de todos. Parece adecuado concluir que **“para la salud, mejor juntos!”**. ¡Y no sólo es mejor para la salud...!

Por otra parte, en la naturaleza, la **diversidad** es una de las normas que se mantiene en el tiempo, tanto en el reino animal como en el reino vegetal. Esta diversidad se rige por leyes naturales no tuteladas por el hombre y se mantiene un adecuado equi-

librio. Esto se debería poder extrapolar a la especie humana, donde la diversidad de identidades y lenguas, no debería ser un obstáculo para alcanzar una convivencia equilibrada.

Pero en cambio, en Cataluña estamos pasando por una situación de rabiosa actualidad política y social con el llamado **proceso** soberanista. No negamos que existan problemas, entre ellos la repetida aspiración de modificar las balanzas fiscales que habrá de analizarse adecuada y objetivamente con la metodología pertinente, pero lejos de los prejuicios y apriorismos que no ayudan (España nos roba!!).

Tendremos que afrontar los problemas, sin pausa pero sin prisa, ya que en 2014 no se acaba ni el mundo, ni España, ni Cataluña. Si lo que queremos es construir un futuro en común cohesionado, es necesaria la calma y la serenidad, así como la voluntad de resolver los problemas sin imponer soluciones que solo satisfagan a una de las partes

¿Cómo lo vivimos los médicos y otros profesionales sanitarios? Pues, como el resto de sus conciudadanos, con preocupación y alerta, ya que se nos quiere plantear si queremos ser solamente catalanes independentistas para crear un hipotético nuevo país o bien si queremos seguir juntos con el resto de pueblos de España en un marco de concordia y fraternidad. Por supuesto mejorando lo que sea necesario con el pacto y las negociaciones pertinentes.

El médico y los profesionales sanitarios también son seres humanos como el resto y tienen su esfera privada. En el ámbito individual tienen sus gustos, tendencias y simpatías, entre ellas las políticas. Con una visión amplia de la situación, tenemos una parte de conciudadanos de Cataluña escorados hacia los postulados soberanistas y otra que cree que la independencia ni nos conviene ni la queremos. También hay una parte con dudas o que no les interesa el tema, de los cuales, una gran parte nunca se habían planteado esta cuestión por innecesaria para su quehacer diario.

Por un lado, tenemos los catalanes independentistas convencidos y en su aspiración, es objetivamente constatable que están amparados, promovidos y

financiados por activa o por pasiva, por el gobierno de la Generalitat, fomentado activamente por su Presidente, por todas las consejerías y sus políticas ciudadanas, por medios de comunicación públicos y privados subvencionados, así como potentes asociaciones, agrupaciones y entidades, en parte autogestionadas pero también apoyadas por el gobierno y partidos políticos. Es una política explícita en los últimos dos años, pero implícita en los últimos 30 años. Esta parte de conciudadanos soberanistas son una parte relevante de la población, pero sobre todo parecen más por la vistosa ocupación de los espacios públicos y mediáticos que promueven conjuntamente sus movimientos sociales, las fuerzas políticas afines, el Gobierno de la Generalitat, así como el jefe de la oposición y su partido, liderando.

Pero ¿quién está en la opción no soberanista? Ciertamente un gigante adormecido y silencioso. Gigante porque conocemos demográfica y sociológicamente los cientos de miles de catalanes/as con afinidades compartidas e identidades plurales (se sienten catalanes y españoles a la vez). Adormilado porque hasta hace poco respondía de forma lenta y descoordinada, aunque también de forma magnánima por no querer problemas con sus vecinos. Y silencioso porque no se le oye bastante, porque no tiene suficientes instrumentos de altavoz y está desorganizado.

Siguiendo un simil médico, este gigante dormido está compuesto por una infinidad de células (personas) aisladas, con voz tenue y escasa visibilidad: No tenemos dudas de que se ha estado esperando pacientemente para conectar todas estas células, darles voz y una forma bien visible.

En este contexto, Societat Civil Catalana (SCC), dando respuesta a una necesidad social flagrante de desamparo de una parte muy importante de catalanes, se ha presentado públicamente el pasado 23 de abril de 2014 y ha aglutinado cerca de 10.000 adhesiones en su manifiesto. Societat Civil Catalana es una asociación de ciudadanos de todo el arco político democrático, una buena parte de ciudadanos / as sin vinculación política, empresarios y profesionales, que quiere actuar como un sistema nervioso capaz de activar y sobre todo **conectar** a todas estas personas. Evolucionando desde un escenario de células aisladas a otro donde se conforma una extensa e intensa red social.

Este sistema integrado ha tomado conciencia de su significado y de sus aspiraciones como entidad colectiva influyente en el proceso y quiere integrarse con normalidad (lengua, cultura, etc.) con el resto de catalanes. Pero sumando lo que llevamos en nuestra mochila (lengua, cultura, etc) para enriquecer a una sociedad plural. Se siente orgulloso y promueve la autoestima de sentirse a la vez catalán y español.

De ninguna forma este movimiento ciudadano es

una reacción frentista, sino que desde la transversalidad democrática desea cubrir un vacío existente para ciudadanos que no se sentían bien representados ni amparados en la propuesta no independentista. SCC quiere resaltar las ventajas del mejor juntos y defender la rica identidad plural (catalanes y españoles al mismo tiempo).

SCC quiere estar, junto con otras entidades, en el campo de juego en igualdad de condiciones y oportunidades para decidir un futuro compartido. Si tenemos que jugar un partido, lo que no puede ser es que un equipo disponga del entrenador y el árbitro al mismo tiempo, ya que fijará las reglas, la fecha y los criterios para dictaminar quién es el vencedor del partido con el consiguiente premio preestablecido (la independencia). Esto es jugar con ventaja, por tanto exento de juego limpio, por tener las cartas marcadas y además disponer de los instrumentos del márketing político de forma desigual.

Los no independentistas, tampoco pedimos un período de 30 años para compensar, aportar nuestros argumentos, hacer un debate objetivo y el análisis de las repercusiones, en igualdad de condiciones. Pero tampoco queremos decidir precipitadamente lo que solo interesa a una parte, con el agravante de que esta parte es la que quiere controlar el proceso refrendario, la publicidad institucional de todos a beneficio de una parte y además el activismo político.

No deberíamos generar confusión, ya que el *procés* no es un problema de todos los catalanes con Madrid, en primera instancia en una cuestión entre catalanes y hace falta un debate objetivo con neutralidad por parte del Govern catalán de todos. Deben aportarse datos válidos y fiables aportados por las dos opciones. Además hace falta calma y el tiempo necesario. En esta Catalunya plural no todos pensamos de la misma forma y no queremos ser utilizados como un sujeto político único en las pretendidas negociaciones con el resto del estado español para separarnos de ellos (familiares, amigos y conciudadanos).

En Cataluña, como sociedad plural que es y a pesar de la sensatez general que aún impera, una buena parte de los ciudadanos hemos instaurado nuevas pautas de comportamiento. Extremamos el cuidado en las reuniones (sociales, familiares y en el trabajo). Siendo inevitable en ocasiones la crispación política (aunque no social, hasta ahora!) y nos autoimpone un silencio preventivo y la censura (qué triste!). A no ser que se esté inmerso en un ambiente endogámico, impermeable y de pensamiento único, sin contacto con catalanes diferentes

Alrededor de esta cuestión tan sentimental, con frecuencia entramos en la fase gaseosa de los conflictos relacionales, es decir, aquella fase descrita por

los antropólogos, en que una pequeña chispa puede provocar un conflicto relacional por adentrarnos en terrenos con alto contenido emocional, como es todo lo relacionado con el proceso soberanista (nosotros y los otros, víctima y verdugo, agravios históricos). Se da, con no poca frecuencia, el caso de catalanes que se sienten agraviados por un evento histórico de hace siglos o décadas, vivenciado hoy en primera persona de forma esencialista y proyectando este sentimiento contra congéneres actuales que simplemente piensan diferente. Creo que son poco apropiados e injustos los calificativos despectivos, entre otros, unionistas! Españolistas! fachas!...

En esta presentación quería expresar nuestra opinión en las cuestiones planteadas, pero lo que nos mueve realmente desde Societat Civil Catalana es el mostrar lo que nos une, las ventajas del mejor juntos y la identidad plural. Sin ir más lejos, la historia compartida reciente aporta muchas **ventajas y argumentos** que justifican la afirmación **“para la salud, mejor juntos”** y por supuesto, no solo para salud!

Como exponía al principio, nuestro sistema sanitario es realmente un buen sistema y ahora requeriría un nuevo contrato social entre todos (administración, proveedores de Servicios sanitarios, profesionales y ciudadanía) para su sostenibilidad. Las CCAA tienen asumidas la mayor parte de las competencias sanitarias y por supuesto requerirá el ajuste adecuado en la financiación. Nuestro sistema de formación de profesionales sanitarios y de especialistas MIR está muy bien considerado internacionalmente y somos un país exportador, entre otros, de buenos médicos y enfermeras. El intercambio de profesionales entre los diversos territorios españoles debido a la formación MIR tiene un valor profesional, social, económico y sentimental que no tiene precio. Además el nivel de calidad de la formación de especialistas es homologable en toda España por ser un programa estatal.

Disponemos de una Organización Nacional de Trasplantes (Ministerio de Sanidad) modélica en el mundo, por su actividad, organización y efectividad, pero sobre todo dice mucho de la ciudadanía del estado español, pues con su solidaridad y altruismo podemos salvar miles de vidas todos los años. Que un ciudadano catalán pueda superar una enfermedad incurable al disfrutar de la posibilidad de recibir un órgano de un donante de Galicia o Extremadura, o que un ciudadano de Andalucía pueda salvar su vida por un órgano donado solidariamente por un ciudadano catalán o por sus familiares, pues esto es lo que encarna de forma clara el mejor juntos.

No es necesario recordar el alto nivel de nuestros hospitales, que han dado un salto de calidad muy grande en los últimos lustros, con un incremento notable de la investigación de calidad y de publica-

ciones científicas de alto impacto. Asimismo, con la reforma de la Atención Primaria se ha consolidado como el eje central de la asistencia sanitaria, aunque se le debería dar mayor capacidad de resolución asistencial. Igualmente debemos apostar decididamente por la Salud Pública, la Medicina Preventiva y la Educación para la Salud. Y no digamos del salto cualitativo y cuantitativo de la salud mental en los últimos años, con la incorporación decidida de los psicólogos y asistentes sociales para complementar al psiquiatra. También se ha conformado un sistema socio sanitario acorde con la necesidad de una mejor atención a la tercera edad. Asimismo, se está abordando un nuevo paradigma en el sistema de salud actual, siendo la patología crónica la que ocupa un lugar relevante en la prevalencia y incidencia de enfermedades, debido a la alta expectativa de vida de los países desarrollados y las consiguientes afectaciones crónicas debidas en buena parte por la edad y los factores de riesgo. Y por supuesto no podemos olvidar al fundamental trabajo de las enfermeras con su imprescindible cercanía al paciente. Y hay muchos otros profesionales que realizan su trabajo sanitario de forma inmejorable, que no podemos abordar hoy y aquí. Lo que sí está claro es que conformamos una familia sanitaria, extremeños, andaluces catalanes, gallegos, valencianos, etc. que salvando las diferencias conformamos un colectivo sanitario con sentido de pertenencia cultural y sentimental a algo común que nos une.

En el contexto de “Para la salud, mejor juntos”, por supuesto queremos decir no sólo juntos para la salud física, sino también por la salud mental, social, económica y política de los conciudadanos que compartimos y amamos esta tierra.

Respecto a la aceptación de la diversidad y la identidad plural como un activo, de la descripción de la situación del proceso soberanista, de la creación de Sociedad Civil Catalana y de las lecciones aprendidas en otros lugares sobre la misma cuestión soberanista, sólo quería para finalizar apelar a la expresión latina *Primum non nocere*. Es decir **“lo primero es no hacer daño”**, locución atribuida a Hipócrates hace 2500 años y al que nos comprometemos los médicos y otros profesionales sanitarios para ejercer nuestra profesión.

En este proceso catalán, los profesionales de la salud, debemos contribuir con sensatez (*seny*), intentando ayudar y en todo caso *Primum non nocere*.

.....

*A continuación se presenta una compilación de ponencias escritas por diversas personas de reconocido prestigio profesional, aportando su experiencia y opinión para enriquecer el debate sobre “Para la salud, mejor juntos”.*



# CONCIENCIA GLOBAL PARA LAS PROFUNDAS TRANSFORMACIONES INAPLAZABLES

Federico Mayor Zaragoza | Exdirector general de la UNESCO

No podemos seguir tolerando que cada día mueran de hambre y desamparo miles de seres humanos, la mayoría niños y niñas de 1 a 5 años, al tiempo que se invierten en gastos militares y armamento más de 3.000 millones de dólares.

Es preciso la transición desde una economía de especulación, deslocalización productiva y guerra a una economía de desarrollo global sostenible basada en el conocimiento, acompañada del establecimiento de prioridades a escala mundial (alimentación; acceso al agua potable; salud; medio ambiente; educación y paz). Todo ello bajo unas Naciones Unidas refundadas, representativas de “Nosotros, los pueblos”... dotadas de los medios personales, técnicos y financieros indispensables. Sólo de esta manera podremos hacer frente a las responsabilidades intergeneracionales, “nuestro compromiso supremo”, según palabras del Presidente Mandela.

-No podemos seguir tolerando que “el Estado de bienestar” acoja únicamente, en el mejor de los casos, al 20% de la humanidad en el barrio próspero de la aldea global. El otro 80%, en un gradiente progresivo de precariedades, vive en condiciones incompatibles con la igual dignidad humana.

-Ni podemos tolerando que el multilateralismo democrático se haya sustituido por grupos plutocráticos (G7, G8, G20...) pretendiendo que unos cuantos países ricos “gobiernen” a 196!

-¿Cómo puede aceptarse que la familia humana siga viviendo con la “espada de Damocles” de las bombas atómicas, de las ojivas nucleares?

-¿Cómo puede aceptarse que, según recientes datos de Oxfam, 85 personas posean una riqueza equivalente a la de la mitad de la especie humana (3.300 millones de personas)?

-¿Cómo puede aceptarse que los Estados, progresivamente débiles, sean marionetas de grandes consorcios multinacionales, progresivamente fuertes?

Al mirar a los ojos de mis nietos y de mi biznietita pienso en todos los niños del mundo y en los terribles versos de José Ángel Valente -“Esperaba tu voz...- y no llegó”, y la rotunda frase de Albert Camus -“Los despreciaba, porque pudiendo tanto se atrevieron a tan poco”.

Ante horizontes tan sombríos, física y conceptualmente, leo y releo el poema esclarecido de Miquel Martí i Pol: “Que todo está por hacer y todo es posible... pero, ¿quién sino todos?”.

Sí, ¿quién, sino todos?

Juntos podemos.

Es tiempo de conciencia global, de ciudadanos del mundo.

Vengo de las tierras del Ebro. Soy de Barcelona. Me siento profundamente catalán. Y español. Y europeo. Pero me siento, sobre todo, ciudadano del mundo.

Los desafíos son globales.

Nuestra respuesta hoy ya puede ser oída y escuchada: las nuevas tecnologías de la comunicación permiten el clamor popular.

Hay más mujeres en la toma de decisiones. La mujer es pieza clave para este futuro distinto que anhelamos.

El por-venir está por-hacer. Inventémoslo.

Seamos capaces de mirar lejos y alto.

Las generaciones venideras nos lo reclaman.

## II

En la Transición, todos procuramos, con determinación y coraje, que a un general le sustituyera un civil. Y así se consiguió el pluralismo político, con muy importantes concesiones, que no deben olvidarse, de quienes subordinaron a la naciente democracia muchos trechos de su recorrido. Y se inició la vertebración del Estado.

“Sinfonía inacabada”, dijo Adolfo Suárez, ante las inmensas presiones de los que fraguaban el golpe de Estado para conseguir un Gobierno de coalición presidido por un militar. Aquel “España roja pero no rota” dejó sin terminar la articulación auténticamente federal de España, sin fueros históricos ni privilegios.

Las Comunidades Autónomas han sido una buena alternativa a la “verticalidad” anterior. El resultado está a la vista. Pero hace ya tiempo que tanto el contexto interno como exterior aconsejaban cambios en la Constitución -especialmente profundos en el capítulo octavo- para que el Estado español pudiera jugar en la Unión Europea y en el multila-

teralismo democrático el importante papel que le corresponde.

El nacionalismo españolista ha sido en ocasiones más agresivo e inoportuno que los periféricos. Aquellos millones de firmas contra el Estatuto catalán, los reiterados desplantes y dontancredismo del Gobierno, han contribuido a exacerbar a quienes están convencidos de que el pleno desarrollo de su identidad cultural unido a una gran capacidad de autogobierno permitiría un mayor bienestar al conjunto de la población. El proceso ha derivado en la transición desde aspiraciones realmente autonómicas a independentistas. En lugar de hallar satisfacción a las justas aspiraciones con fórmulas políticas bien acreditadas -los Estados *Unidos* de

Norteamérica, Alemania, Brasil, México... se plantean secesiones que no están previstas en la Unión Europea ni en las Naciones Unidas y que, sobre todo, no contribuyen a la apremiante necesidad de abordar -"¿quién si no todos?"- los grandes desafíos planetarios.

Busquemos, *juntos*, las fórmulas apropiadas. Existen. Tenemos el deber de hallarlas. O de inventarlas. Es ahora el momento de decidir los caminos del mañana, que hace más de 30 años dejaron incompletos los anclados en el pasado. Ahora necesitamos vigías del futuro, con visión del conjunto de la Tierra. Teniendo en cuenta a todos los ciudadanos del mundo. Teniendo en cuenta en suma a los propios descendientes.

## SALUD Y SOCIEDAD

**Prof. Santiago Dexeus** | Ginecólogo. Director SOMDEX Ginecología.  
Ex-Presidente de la Comisión Nacional de Obstetricia y Ginecología

No puedo limitarme a un, ya de por sí complicado, análisis histórico de la evolución de la sanidad. Tampoco se puede teorizar simplemente analizando cifras, más o menos impactantes, sobre los progresos de la Sanidad o por el contrario, los fallos o defectos que puedan atribuirse a la Sanidad actual.

El concepto de Sanidad, nace tras la revolución francesa, con los enciclopedistas. Tiene, por lo tanto un doble carácter: el de derecho y justicia social y el científico.

Si trazáramos un estudio comparativo entre Francia y España o cualquier país europeo, comprobaríamos las diferencias importantes que existen en la sanidad de todos ellos. Sin embargo hay una característica común cual es el reconocimiento político y social de que la sanidad es un derecho de todo individuo, en una sociedad democrática.

A todo lo anterior hay que añadir el concepto de "sistema" de salud y la esencia de la Medicina.

No puede olvidarse que la esencia de la Medicina se resume en un solo principio que debe regir toda nuestra actividad sin excusa alguna: EL BENEFICIO DEL ENFERMO.

Este básico principio hipocrático es a veces olvidado o no aplicable en su totalidad, por diversas razones, entre las cuales, algunas son difícilmente confesables y no solo dependen de la ética del médico sino también de las infraestructuras en las que desarrolla su actividad.

El beneficio del paciente, exige por parte del médico, saber escuchar y por lo tanto disponer del tiempo necesario, humildad que tiene a su vez varias connotaciones entre ellas reconocerse a si mismo como limitado para tratar ciertas patologías que otro colega pueda realizar con mayor efectividad, abnegación y vocación y estar al día en las novedades científicas, lo cual exige estudio o docencia e investigación, exponentes de una formación actualizada del médico.

La Seguridad Social en España, se instauró en 1967, principalmente para maquillar una dictadura que se preocupaba bien poco por la salud de los españoles. Se establecieron soluciones faraónicas, las denominadas "Ciudades Sanitarias", sin intento alguno de potenciar las instituciones ya existentes, dependientes de municipios, ayuntamientos, órdenes religiosas e incluso alguna entidad bancaria que ofrecían una medicina más o menos de beneficencia pero que al menos procuraba una cierta atención sanitaria.

He hablado de **vocacion** pero me atrevería a sustituir aquella romántica palabra por la de **heroísmo**, pues ciertamente el status social en el médico siempre se ha movido y ha caído bajo mínimos.

En los últimos cinco años, se han producido 30.000 agresiones a los médicos. (La Vanguardia, junio de 2014). Analizar el porque de estas agresiones, no solo deben atribuirse a una incontinencia

verbal y física del agresor, sino porque el médico se siente frustrado, minusvalorado y pierde los atributos que hacen del ejercicio médico un acto de entrega para convertirse en la lucha contra el reloj por la brutal plétora de consultas que no solo afectan a los ambulatorios sino incluso a la mal llamada medicina privada, entre cuyas prestaciones se encuentra el sistema “mutuas” y “compañías de seguros”. Las remuneraciones por consulta, en estas prestaciones, oscilan entre 12 y 18 €. El veterinario de mi perra cobra 35, con este dato no quiere despreciar el trabajo de aquel. Es obvio que el médico obligado a realizar un número excesivo de consultas por el módulo horario que tenga asignado, no podrá dedicar el tiempo que un angustiado enfermo requiere.

En módulos de 7 horas, se llegan a realizar hasta 40 consultas lo cual representa cinco pacientes por hora, teniendo en cuenta que si se realiza exploración se pierden unos brevísimos minutos que se suman a los que se suman los que se consumen simplemente con la entrada y salida de los pacientes.

En este contexto, es casi imposible establecer una buena sintonía con el enfermo. ¡ El reloj barre a la silla!!!! Es decir que estar pendiente del tiempo impide el diálogo relajado, el análisis de las diversas facetas de la personalidad del paciente. Este escenario es el primer paso hacia una medicina burocratizada, costosa por la prescripción de pruebas innecesarias pero que facilitan el diálogo breve y un largo etc. en el que no podemos olvidar, la picaresca médica.

Afortunadamente la mayoría de los médicos no ceden a las soluciones atípicas y mantienen el heroísmo vocacional... pero como exigirles además de unas condiciones estresantes de trabajo que estudien, que publiquen sus experiencias. Es cierto que el pluriempleo mejora las condiciones pero no resuelve el distanciamiento entre médico y enfermo.

No puedo dejar de mencionar el daño que hace a la profesión el tratamiento periodístico que algunos medios dan a la sanidad.

Los medios de información son un cuarto poder y el tratamiento que se da a la mayoría de los temas que afectan a la medicina, es generalmente deplorable.

Se anuncian sensacionales hallazgos de tal o cual compatriota, que generalmente no ha publicado ninguna revista científica de reconocido prestigio.

Afortunadamente en algunos casos, el periodista “científico”, añade tras un artículo sensacionalistas unas líneas, advirtiendo “primeras experiencias”, todavía por confirmar.

El marketing médico esta cobrando cotas vergonzosas. Los anuncios de aparatos maravillosos que resuelven problemas que van desde la remodelación del cuerpo a temas dispares como la próstata o la reproducción humana, son frecuentes en la prensa escrita, incluyendo informaciones sobre precios, primeras consultas gratuitas.

A veces la propaganda médica es más sutil. Se propone a una figura médica que escriba un artículo en forma de entrevista, con motivo, por ejemplo del día del cáncer. El médico agradece la deferencia, se presta a ello y tiene todo el derecho de divulgar sus conocimientos, pero hay un pero Dr., olvidaba decirle que media pagina son 1500 € y la página entera 3000 €. Sin comentarios.

A veces el daño es involuntario y obedece a la falta de control por parte del medio de difusión. He leído alguna esquela, en que se citaba la causa del fallecimiento. Aquellos enfermos que están padeciendo la misma patología, recibirán un impacto muy negativo en su lucha contra la enfermedad.

Quizá peor todavía, cuando se publica a bombo y platillo que tal VIP ha viajado al extranjero para curarse de su enfermedad.

El futuro de la Medicina es cuanto menos incierto. Deberíamos apostar por recuperar la esencia de la Medicina, recuperar la ética y el humanismo que no significa perder el contenido altamente científico.

El médico esta inmerso en un mundo el que se suprimen las humanidades, base para la comprensión mutua y el respeto a las ideas ajenas, un mundo en el que algo tan simple para relacionarnos mejor, como la cortesía, se convierte en algo anacrónico, que podemos esperar que alguna sociedad científica médica envíe un cuestionario a sus asociados preguntando sobre la conveniencia de establecer cursos de Marketing.... y los brokers por el contrario proponen cursos de ética.

¿PODEMOS ESPERAR QUE LA FIGURA IDEAL QUE SERÍA EL MÉDICO HUMANISTA, CIENTÍFICO Y HUMILDE VUELVA A BRILLAR MAYORITARIAMENTE?

Considero que es posible pero exige la conjunción de varios factores que entre todos debemos potenciar.

# EL HOSPITAL SIN FRONTERAS

**Antonio Sitges-Serra** | Jefe del Departamento de Cirugía, Hospital del Mar. Catedrático de Cirugía, Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). Presidente de la Societat Catalana de Cirurgia (2004-2008)

## INTRODUCCIÓN

La situación hospitalaria en Catalunya no es buena, y no es buena desde hace mucho tiempo. Desde luego los recortes, el incremento de las listas de espera y la reducción de la masa salarial han hecho mella en el funcionamiento hospitalario, pero existen problemas estructurales de fondo que poco tienen que ver con la crisis y, menos aún, con el déficit fiscal o la recentralización política.

Los hospitales arrastran cuatro problemas fundamentales cuya raíz está en la concepción misma del sistema sanitario catalán: deficiente planificación territorial, gestión opaca, participación lobista y marginación de los valores profesionales. Estos problemas arrancan poco después de la transferencia de la sanidad a nuestra comunidad autónoma y se han ido agravando durante las dos últimas décadas a medida que lo público ha sido sustituido por lo político, es decir, a medida que la atención hospitalaria se ha politizado dentro del contexto de una partidocracia que ha ido relegando la participación ciudadana y profesional en beneficio propio. Además, en lugar de representar un estímulo para la mejora, la alternancia política en Catalunya ha reforzado el carácter patrimonial de la gestión sanitaria y los partidos se han ido apropiando de todos sus resortes organizativos y de gestión, desde la imposición de los altos cargos hasta los nombramientos de los cuadros intermedios y jefes de servicio.

## AUSENCIA DE PLANIFICACIÓN TERRITORIAL

Hace décadas que los sistemas sanitarios públicos europeos semejantes al nuestro, han planificado la atención hospitalaria de acuerdo con una clara jerarquización de niveles y ordenación de la atención superespecializada en función de la población cubierta y el número de procedimientos complejos realizados por centro y por año.

Gran Bretaña, Irlanda o Suecia son tres excelentes ejemplos de cómo la ordenación hospitalaria se ha racionalizado según los parámetros mencionados. Mediante una adecuada distribución y centralización territorial se rentabilizan los recursos de alta tecnología, se consigue un mayor volumen de pacientes atendidos por los especialistas y, como consecuencia, mejoran los resultados clínicos y se

abaratan los costos. Este concepto es válido, no solo para la atención médica electiva, sino también para las urgencias y los politraumatismos.

Catalunya está a la cola de Europa y nadie, hasta hoy, ha movido ficha para que deje de estarlo. Nuestra red suma casi 70 hospitales públicos, con otras tantas puertas de entrada de urgencias, muchos de ellos mal equipados (humana y técnicamente), que sirven a comunidades pequeñas mal atendidas. Algunas sociedades científicas, como la Societat Catalana de Cirurgia, ha realizado estudios meritorios en este campo que han acabado olvidados en cajones políticos.

Una imposible independencia catalana arrastraría consigo la perpetuación de las ridículas reivindicaciones de cada territorio y, con ello, una mayor debilitación de la capacidad de planificación de la consejería. El caos no solo continuará, sino que empeorará en beneficio de la burocracia político-sanitaria y en detrimento de los pacientes. Lean cualquier cosa del NHS británico o de la reconversión hospitalaria irlandesa o algo reciente de JD Birkmeyer sobre diferencias interhospitalarias en la mortalidad perioperatoria, por ejemplo.

## GESTIÓN OPACA

La sanidad se lleva entre el 30 y el 40% del gasto público y es un plato codiciado por los partidos políticos y, en general, por la numerosa burocracia político-sanitaria que se expande inexorablemente parasitando el sistema. La capacidad de mover miles de millones de euros facilita las externalizaciones corruptas, la financiación irregular de las formaciones políticas y los intereses de grupos privados que mantienen conciertos de dudosa transparencia con las instituciones públicas.

No se trata, el nuestro, de un sistema sanitario "mixto", sino de un sistema "mezclado". Es imprescindible que la gestión se profesionalice, gane en transparencia, establezca claramente las incompatibilidades y obligue a declarar los conflictos de interés. La independencia es bien vista por sectores políticos y profesionales (colegios de médicos) próximos a la sanidad, porque les dejaría las manos aún más libres y no verían amenazado su estatus, ni su futuro. Con ello se generalizaría la balbuciente privatización y externalización de servicios, ofre-

ciendo oportunidad de negocio a las familias más allegadas al poder.

A los médicos comprometidos con la medicina pública nos interesa interaccionar con gestores profesionales con un curriculum solvente, técnicamente preparados, conocedores de la cultura sanitaria y situados a una distancia prudencial del poder político. A los médicos nos interesa una gestión basada en los resultados clínicos y en los estímulos para la mejora; una gestión que valore el capital humano como el principal recurso con el que se debe contar, si es que realmente se desea una atención hospitalaria de calidad, que es a la que tiene derecho el ciudadano y, además, la que resulta más barata y sostenible. Lean El desgobierno de lo público de A. Nieto García, por favor.

### **PARTICIPACIÓN LOBBISTA**

La participación democrática de los médicos en la gestión de los centros sanitarios es nula. Desde la transición, no ha existido ninguna iniciativa de calado en esta dirección que haya sobrevivido a las buenas intenciones de los pocos que lo intentaron. En Catalunya, llevamos no menos de tres décadas bajo un régimen gerencial impuesto por los diferentes partidos políticos que ha comportado la práctica ausencia de instancias de participación democrática. Como resultado, la gestión ha marginado los valores profesionales y se han politizado más y más las decisiones estratégicas que se toman en los centros sanitarios. Entre éstas, a modo de ejemplo, los nombramientos de jefes de servicio, la concertación con instituciones privadas, las inversiones tecnológicas o la creación de empresas "mixtas" han constituido campos de actuación preferente de las burocracias político-sanitarias. Esta no es una opinión arbitraria o sin fundamento, sino que viene avalada por evidencias académicas, el eco que ha tenido el fenómeno en los medios de comunicación e incluso el humorismo crítico de Forges o de El Roto.

Hoy, la dirección de los muchos centros sanitarios se organiza en torno a un reducido lobbista médico manipulador que asegura al gerente la contención social, a cambio de lograr sus ambiciones personales que tienen poco que ver con las conveniencias objetivas de la institución. Así se entienden las obras multimillonarias inacabadas, las inversiones en tecnología no rentable, el oneroso sobretreatmento del cáncer, el mantenimiento de unidades asistenciales sobrantes e ineficientes y un largo etcétera de desórdenes institucionales frente a los que las autoridades sanitarias se muestran totalmente insensibles, ya que son sus principales beneficiarias.

### **MARGINACIÓN DE LOS VALORES PROFESIONALES**

La razón básica de todo sistema sanitario público y universal es asegurar que médicos y pacientes puedan interactuar sin trabas, confidencialmente, con eficiencia y confianza mutua en un entorno sostenible. Ello exige de los profesionales un compromiso por la decencia, anteponer a todo los intereses del paciente, renunciar al lucro ilícito, evitar la propaganda engañosa, no buscar la promoción personal a costa de prácticas dudosas y mantener una relación honesta y transparente con la industria.

Desafortunadamente, estos valores son raramente tenidos en cuenta en el momento de repartir prebendas hospitalarias que tan a menudo recaen sobre personas tóxicas. Las promociones profesionales se hacen fundamentalmente en base a los años de permanencia, de pertenencia a los grupos de presión, a la docilidad y, cada vez menos, en base a los méritos profesionales. Los baremos de acceso a plazas de mando son absolutamente obsoletos en el ámbito del ICS o cambiantes en los centros concertados, en los que se modifican en función del perfil del médico preseleccionado. Las relaciones con la industria son más turbias que nunca y la medicina hospitalaria se beneficia más que ninguna otra de las prebendas que reparte Big Pharma en comidas, viajes, regalos y promociones. A cambio, las multinacionales farmacéuticas y tecnológicas, con el pretexto de la innovación, saquean la medicina pública con lo que se aseguran el crecimiento interanual. Y lo peor no es el visto bueno que otorgan a esta situación las autoridades sanitarias, lo peor es que las instituciones civiles (sociedades científicas, colegios de médicos, facultades de Medicina) se muestran incapaces de defender los valores profesionales, y poco o nada han aportado al debate sanitario tanto por docilidad política como por miedo a criticar al poder que es el empleador monopolista de más del 90% de los médicos en ejercicio. Lean Euforia de Xavier Bosch, por favor.

### **VOCACIÓN Y VOLUNTARISMO**

A pesar de tantas deficiencias organizativas, a pesar de las estrecheces económicas y de los numerosos casos de *mobbing*, los centros sanitarios funcionan como rodillos imparables por la inercia que les proporciona la alta frecuentación de la población característica de nuestro sistema hospitalocéntrico. Siempre hay trabajo. La rueda no deja de girar. Pero, sobre todo, la atención hospitalaria se sostiene por la vocación y el voluntarismo de una generación de facultativos y enfermería

próxima al *baby boom* que puso a nuestra medicina pública a un nivel que, técnicamente, tiene poco que envidiar a la media europea. Es una generación que ha derrochado esfuerzos y, por lo general, ha entregado a los hospitales y, en su caso, a la docencia y a la investigación, muchas más horas de las que dictamina Estrasburgo.

Pero esta generación está desapareciendo del entorno laboral en esta segunda década del siglo XXI, y los médicos que van tomando el relevo son mucho más celosos de su ocio y de cumplir con el horario laboral estricto que marca la empresa. Una impresión bastante generalizada es que, a medida que avanza la proletarización y sindicalización de la profesión médica, perdemos en responsabilización, continuidad asistencial y autoexigencia, tres de nuestros más preciados valores.

## CONCLUSIÓN

En este breve artículo no hemos dado una visión completa de los problemas estructurales que afectan a nuestro sistema hospitalario. Podríamos

aún añadir la unidimensionalización biologista de la formación médica, la ignorancia del impacto medioambiental de la práctica hospitalaria, el incumplimiento de la ley de plazas vinculadas a la universidad, la fuga de cerebros a la medicina privada, la creación clientelar de empresas públicas, o el abandono de la formación continuada en manos de la industria farmacéutica. En cualquier caso, alargando la lista no resolveremos una cuestión que se encuentra íntimamente ligada al modo político de entender y planificar la sanidad.

Solo la apertura hacia Europa, hacia otras comunidades y hacia otros países, haría entrar en nuestro sistema de (des)ordenación hospitalaria, el oxígeno necesario para revitalizar una asistencia especializada poco exigente, cara e ineficiente. La independencia y el ombliguismo autosuficiente solo nos llevarán al empeoramiento de la situación actual, empeoramiento que, como tan bien ha analizado Naomi Klein, muchos van a tratar de explotar en beneficio propio.

# EN INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA Y FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS... MEJOR JUNTOS!

**Francisco Fdez-Avilés Díaz** | Coordinador General de la Red de Investigación Cardiovascular (Instituto de Salud Carlos III).  
Catedrático y Jefe de Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Universidad Complutense de Madrid

**E**n sanidad, la independencia y la ventaja competitiva que tiene una determinada población depende en gran medida de su capacidad en materia de investigación e innovación biomédica y de formación de profesionales. Ambos aspectos, junto con la asistencia sanitaria, son los ejes que configuran el concepto moderno de salud, entendido como el balance entre los riesgos ambientales y genéticos que amenazan la salud individual y colectiva de la población y la capacidad que tiene esa población, organizada como sociedad, para contrarrestar dichos riesgos y transformarlos en oportunidades, principalmente para conseguir mayor calidad y expectativa de vida de las personas, pero también para generar mayor bienestar social y prosperidad económica.

La organización de España en comunidades autónomas ha sido compatible con la consolidación de un modelo sanitario muy homogéneo que, vertebrado por la red asistencial del Sistema

Nacional de Salud, ha acabado convirtiéndose en una de las plataformas más potentes y reconocidas del mundo en materia de investigación, innovación y formación. Respetando las peculiaridades de las diferentes comunidades autónomas y con aspectos siempre mejorables, las instituciones sanitarias españolas han configurado una red asistencial modélica: bien equipada, con un capital humano intachable y con una excelente interconexión. Esta red ha servido como base para múltiples acciones académicas de excelencia y ha propiciado políticas generales de investigación y educación muy fructíferas. El sistema MIR de formación de especialistas y la organización estatal de la financiación de la investigación biomédica son quizás los mejores ejemplos.

En un medio donde, además y al margen de las dificultades económicas, no abunda el mecenazgo y la presencia de la industria biotecnológica autóctona es anecdótica, la búsqueda de conocimiento

científico y tecnológico aplicable a la obtención de salud y prosperidad depende gran o total medida de las estrategias públicas de financiación, que han de basarse en las grandes prioridades de salud y deben de huir de sistemas de evaluación que no garanticen la excelencia científica. Para que estas estrategias logren verdaderamente sus objetivos es imprescindible la adecuada masa crítica, que ha de disponer para su desarrollo de plataformas potentes, que deben involucrar a la población vulnerable y estar perfectamente conectadas en red. El sistema español de I+D+i en salud contempla todos estos aspectos y viene vertebrado en las comunidades autónomas que integran el Estado Española través de la llamada Acción Estratégica en Salud (AES). En ésta última cobra un papel relevante Cataluña, donde se ha luchado por la excelencia investigadora, se ha promovido su desarrollo en hospitales y resto establecimientos sanitarios y se ha fomentado intensamente la cooperación, con una relación muy especial y totalmente consolidada entre los grupos de investigación biomédica catalanes y los del resto del Estado. Instrumentos puestos en marcha hace más de 10 años, como las estructuras de investigación cooperativa, han conseguido un efecto multiplicador de la potencia y relevancia de la investigación sanitaria en el Estado y han generado un sistema de gran cohesión y sinergias.

Cataluña es un elemento tractor importante de la investigación en salud y realiza estudios coordinados y cooperativos de gran relevancia con instituciones del resto del España. Un aspecto particularmente importante es que Cataluña es la comunidad que cualitativa y cuantitativamente más dinero ha recibido en las ayudas de la AES en los últimos años y eso es debido a las excelentes relaciones que tienen sus grupos e instituciones de investigación con las del resto del Estado. De hecho, recibe más ayudas que las que le correspondería según la distribución económica que proviene del reparto de los fondos generados a través de la ley de uso racional del medicamento. Todo lo cual, casi imposible de suplir participando en solitario en el marco europeo, ha atraído talento y riqueza para Cataluña y ha dotado al conjunto del sistema de una ventaja competitiva a la que no se debería renunciar si se pretende acometer con cierta garantía de éxito los retos que plantea el escenario europeo e internacional en materia de investigación biomédica e innovación.

Es obvia la enorme importancia que tiene la formación de cara a los mencionados retos científicos y a los que plantea el desarrollo sanitario en general. En este sentido, el sistema MIR es un claro ejemplo de cohesión del sistema nacional de salud y de la importancia y fuerza que tiene la colaboración entre comunidades autónomas, que en esta caso ha servido para que desde hace en 40 años se hayan podido formar las personas con más alta calificación profesional del sector sanitario que son, han sido y serán los garantes de la salud y del desarrollo científico biomédico de nuestro país, lo que tiene un incalculable valor social. El MIR es un sistema en el que ha perdurado la igualdad de oportunidades, diferenciando sólo a los aspirantes por mérito y capacidad, y que está regulado con el consenso absoluto de todas las organizaciones políticas (Ley 44/2003 de las Profesiones Sanitarias). El que tenga además el reconocimiento de la Unión Europea (Directiva 2005/36/CE), permite que la formación alcanzada en España tenga una proyección real y operativa sobre los 28 países de los estados miembros y sus poblaciones, y por tanto la circulación de nuestros profesionales, mejora las oportunidades, propicia el intercambio de conocimientos y abre nuevos mercados de trabajo, de colaboración y, en suma de progreso social.

En este sistema de formación Cataluña tiene un importante papel, que contribuye con un alto porcentaje de plazas ofertadas y ocupadas, siempre con un alto porcentaje de éxito en la convocatoria de los solicitantes catalanes y un gran atractivo para los nuevos médicos del resto de España que suelen elegir a los hospitales catalanes entre los preferidos para desarrollar su periodo formativo, lo que representa de nuevo una inyección de talento para todo el sistema. Por tanto, La formación médica especializada es otro claro ejemplo del resultado que se alcanza con las sinergias, con la unión y con la cohesión, en un mercado global y sobre todo europeo en el que si no se participa de las reglas del juego las estrategias formativas locales pueden tener un escaso valor y estar muy limitadas.

En conclusión, la investigación biomédica y la formación de profesionales de la salud son buenos ejemplos del efecto beneficio multiplicador que ha tenido para Cataluña y el resto del Estado la actuación coordinada de las comunidades autónomas de España. Ambos componentes del trípode sanitarios requieren una consideración muy especial a la hora de replantear cualquier cambio del marco organizativo o de gobierno

# PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA, MEJOR JUNTOS!

**Toni Iruela** | Médico de familia. Ex gerente CATSALUT. Vocal de la Junta del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona

Recuerdo el viernes 27 de julio de 2012, cuándo durante la ceremonia de inauguración de los Juego Olímpicos de Londres salió en un momento la referencia entusiasta a su National Health Service. Creo que nosotros con igual o más orgullo habríamos de celebrar el **día del SNS** (Sistema Nacional de Salud).

Las características principales del SNS han estado hasta la entrada en vigor del nefasto Real Decreto 16/2012 del 20 de abril:

- Universal
- Descentralizada, prácticamente federal
- Gratuito en la prestación

En todas las clasificaciones internacionales, nuestro SNS ha estado reconocido como de los mejores, obteniendo grandes resultados en salud con gran eficiencia (% PIB dedicado por debajo de la mediana europea). Una de las claves para estos resultados es que el SNS se vertebró alrededor de una buena Atención Primaria de Salud (APS).

Y todo esto a pesar del presupuesto público del APS no crece y continúa alrededor del 15%, cuando según los estándares internacionales no se habría de situar alrededor del 25%.

Por eso es razonable el orgullo, satisfacción y el **sentimiento de pertenecer al SNS** tanto de los profesionales como de los ciudadanos. De todas formas me pregunto cómo se podría hacer para aumentar el sentido de pertenecer de nuestros profesionales con su SNS. Puede ser que no corran buenos tiempos para plantear este tema (recortes, pérdida de sueldos, más presión asistencial, burn-out ...) pero me parece del todo imprescindible para continuar garantizando la calidad asistencial de nuestro SNS. Hace falta reivindicar el mejor profesionalismo del siglo XXI, un nuevo contrato social y poner medidas para introducir la mayor autonomía profesional en especial a la atención primaria y también al resto de los niveles asistenciales.

Me gustaría destacar a parte de los excelentes resultados en salud de nuestro SNS (esperanza de vida, mortalidad, morbilidad, etc.) algunos otros aspectos no estrictamente relacionados con la asistencia.

En primer lugar, nuestro sistema de **formación de especialistas MIR**, reconocido internacionalmente y atractivo cada vez más por diferentes profesionales de todo el mundo que vienen a nuestro país llamados por su excelencia.

En segundo lugar, la **Organización Nacional de**

**Trasplantes**, modelo de referencia mundial que pone en valor el altruismo, generosidad y la solidaridad de toda la población española en manos de los mejores profesionales.

En tercer lugar la excelencia en investigación promovida durante años por las **becas FISS** que han permitido que diferentes investigadores de toda España compartiesen proyectos de investigación.

Pues bien, este SNS porque lo queremos preservar precisamente ahora, cuando está más amenazado por los recortes, es por eso que hace falta iniciar las reformas que lo hagan viable, sostenible, equitativo, eficaz, eficiente, de calidad y bien valorado por la ciudadanía.

Pensamos que todos los sistemas sanitarios tienen como principales problemas:

- Envejecimiento de la población
- Incremento de la población
- Aumento de expectativas ciudadanas y profesionales
- Asumir la innovación tecnológica

El federalismo sanitario ha estimulado mejoras en la prestación de servicios, ha asegurado mejoras en la distribución de los recursos, ha implicado a la comunidad en las decisiones sobre prioridades y ha reducido desigualdades.

Sin embargo, es evidente que el modelo federal y descentralizado tiene sus riesgos, por lo que hace falta reforzar responsabilidades centradas en valores básicos como:

- La toma de decisiones estratégicas sobre los recursos (infraestructuras y profesionales)
- La coordinación en la salud pública
- La evaluación y difusión de las mejoras prácticas

Delante de las tentaciones centralizadoras, no basadas en la evidencia, y sí con un marcado componente ideológico como solución a los problemas que tensionan el sistema, nuestras propuestas habrían de ser:

- Delante de riesgos de sostenibilidad, **mejoras en coordinación. La gobernabilidad** del sistema es clave. La implicación de diferentes niveles en la toma de decisiones desde de los mundiales hasta los locales pasando por los europeos, estatales y autonómicos y la existencia de competencias compartidas hacen imprescindible plantearse como ha de gobernarse el Sistema Nacional de Salud (SNS). En este sentido, hace falta replantearse el funcionamiento del Consejo Interterritorial. Gobierno



rotatorio de los Consejeros autonómicos? Hace falta un órgano de coordinación entre los directores de los servicios de salud autonómicos.

- Frente a la posible inseguridad, primar **la cultura de transparencia y evaluación**.

- Hace falta trabajar de forma coordinada entre las comunidades, el futuro de los **profesionales**, planificando número y diseñando perfiles. La apuesta habría de ser potenciar su implicación y participación a los órganos de gestión, su autonomía de gestión y definir un nuevo modelo de reconocimiento y retribuido.

- Por lo que hace a la **ciudadanía** hace falta que se sienta propietaria del sistema y asuma su responsabilidad. Hace falta por lo tanto que participe activamente en estilos de vida saludables y en la educación para gestionar mejor su propia salud. Una de las claves es dar mayor orientación comunitaria a nuestra asistencia pivotando básicamente en la atención primaria.

- La **sostenibilidad financiera** es otro aspecto

básico. Hace falta hablar y consensuar elementos de fiscalidad general, impuestos sobre el tabaco y el alcohol, imposición indirecta, la responsabilidad de las mutuas de accidentes laborales, el rol de los seguros privados, escolares, deportivos, laborales o accidentes, corresponsabilidad de la ciudadanía o el papel del sector privado como asegurador o proveedor de servicios públicos.

Esta crisis no solo económica sino también institucional y de confianzas nos obliga a reforzar el sistema sanitario público y privado para que pueda continuar siendo un instrumento garante de equidad y cohesión social. A más la sanidad es productiva y competitiva, combina desarrollo local y global, implica al sector primario, secundario y terciario y fomenta la innovación.

Delante de la tentación recentralizadora o insolidaria de ir cada uno por su cuenta, la apuesta federal basada en el respeto, la confianza y la lealtad es la mejor para hacer el sistema sostenible y gobernable, ¡juntos somos más y mejores!

## JUNTOS O SEPARADOS: ¿Y EL BIENESTAR MENTAL?

**Emilio Rojo Rodes** | Doctor en Medicina. Especialista en Psiquiatría.  
Profesor de Psiquiatría de la Universitat Internacional de Catalunya.

**E**l bienestar mental de una población viene determinado por diferentes condicionantes, como lo son los socioeconómicos, los culturales y ambientales, las redes sociales y comunitarias, los estilos de vida del individuo y, por otro lado, los factores personales, como la edad, el sexo o la propia estructura física y genética. Los más influyentes son aquellos que se forman o se estructuran a nivel colectivo o social, es decir, la estructura y riqueza de una sociedad, su cultura, sus valores y el ambiente en el que vivimos.

La repercusión que sobre las personas tiene la enfermedad mental es un instrumento muy valioso para medir el nivel de altruismo/egoísmo y colaboración/lucha entre los individuos y organizaciones que componen una sociedad. De este modo, las personas con enfermedades graves suelen estar muy integradas en comunidades donde el “nosotros” predomina frente al “yo”, es decir, donde el bien común, la ayuda mutua y la diversidad se expresan claramente como valores prioritarios.

La crisis actual -económica, política y social- ha puesto contra las cuerdas a muchas personas y familias, especialmente a las más vulnerables, como las que sufren o sufrirán un trastorno mental. En

este cruce, una persona que, por ejemplo, se duele de una esquizofrenia o una depresión, tendrá el mismo malestar ya sea catalana, magrebí, española o sueca. Eso sí, tamizado por connotaciones culturales. Les aseguro que, el malestar emocional es de lo peor que nos puede pasar y, cualquier persona que lo haya vivido en su propia carne o de cerca, lo podrá corroborar. Por desgracia, la independencia, no nos vacunará de sufrir este tipo de desastres, y esta es una cuestión relevante por lo que describiré a continuación.

En mi opinión, conseguir una independencia individual total está reservada a personas sanas, capaces y potentes, dado que la independencia no es una cuestión tan sencilla y banal que se pueda resumir en un “sí” o un “no”. Más bien al contrario, la independencia/dependencia es una variable que oscila entre dos polos: ser totalmente independiente y ser absolutamente dependiente. Y esto, en la mayoría de los casos, se queda a medias, siendo dependientes en algunos aspectos y absolutamente libres en otros. En fases tan importantes como la adolescencia, con la llegada de nuevas capacidades y potencias, los seres humanos buscan la mayor independencia que la dura realidad ajusta a su grado. Es decir, es más

cierto y adecuado hablar de grado de independencia o de dependencia compartida.

Actualmente, Cataluña debe adquirir, sin duda, un mayor grado de independencia del gobierno central, ajustando el modelo de nuestra inmadura democracia. No obstante, pensar que se trata de poner una cruz en un papel o escribir una simple palabra es falsear la realidad, dado el gran porcentaje de dependencias que existen, no sólo con el resto de pueblos de España, sino con actores sociales y económicos más egoístas.

La independencia significará un esfuerzo y sacrificio enorme que sólo será válido, si todos, es decir, también aquellos más débiles, pueden asumirla. Un camino posible para los más fuertes dejando desamparados a todos aquellos que no puedan seguirlo, conseguirá una sociedad "más selecta y pura", pero encaminada por un rumbo que conduce siempre al desastre final. O sea, la independencia puede globalmente generar ilusión en aquellos que desean y pueden acceder, pero tendrá repercusiones en los individuos y grupos más vulnerables. Por eso, sólo sería éticamente aceptable si se tratara de un medio para conseguir una sociedad mejor a medio o largo plazo, pero nunca si es, en sí mismo, un fin.

Aún así, si esta independencia -en el grado que fuera- llegara, la mayoría de determinantes sobre la salud mental y sobre el sistema sanitario seguirán teniendo que ver con las políticas públicas que se desarrollan. Es decir, que si la independencia consigue que el bien común prevalezca y sus líderes sean animosos servidores de la sociedad, siendo los primeros en el deber y los últimos en el derecho, entonces, bienvenida sea la independencia del gobierno central, que no de las diferentes dependencias que nos da la vida. Pero es curiosa la tendencia actual a segregar y separar los gobiernos en territorios y comunidades cada vez más débiles y pequeñas, mientras se forman gobiernos universales en las grandes compañías comerciales, cada vez con más poder económico y social. Esta tendencia se observa en la dificultad manifiesta que tiene cualquier psiquiatra, sea catalán o murciano, al recetar, por ejemplo, el fármaco que considera más adecuado si este es demasiado barato, o el desinterés, todavía reciente, a mejorar la eficiencia del sistema, a pesar de que la política sanitaria está transferida casi por completo a las diferentes autonomías desde hace muchos años.

Nuestro sistema común ha proporcionado unas generaciones de profesionales sanitarios reconocidos como los más preparados a nivel europeo (médicos de familia, psiquiatras, enfermeras, psicólogos, trabajadoras sociales, etc) a través del sistema español de formación especializada, siendo crucial para el sostenimiento de nuestro sistema

sanitario. Sin embargo, en los últimos años, las diferentes burbujas -construcción de obra y creación de servicios públicos mal planificados y costosamente ejecutados, común a cualquier gobierno del territorio español-, han generado que el sistema público se convierta en un medio de apropiación de la riqueza del pueblo.

Aún así, el sistema de servicios públicos del que todos participamos y, especialmente el sanitario de todo el estado tiene claros, como el excelente sistema de formación especializada o la red de atención primaria, y oscuros, como el profesionalismo o el cuestionable sistema de endogamia universitaria. Es decir, el despliegue de virtudes y defectos entre las tierras de España, es mucho más similar que dispar y, por lo tanto, sus soluciones también son parecidas, recordando que las exclusiones y diferencias siempre redundan en un peor bienestar mental.

A modo de conclusión, el nivel de la salud mental de nuestra comunidad no dependerá tanto de la independencia, una vez pasen las dificultades iniciales, sino de las políticas públicas que se propongan y se implementen para generar personas más sanas, informadas, competentes y, por lo tanto, independientes. O sea, son estas políticas las que unen o separan a las personas y son estas las que tenemos que cambiar. No se trata de separar pueblos y obtener estados independientes con personas dependientes y vulnerables, sino de conseguir ciudadanos con la mayor plenitud personal que puedan libremente decidir sus vidas. Se trata de conseguir gobiernos transnacionales que dediquen sus esfuerzos a mejorar la sociedad y el bien común, compensando los defectos de un grupo con la virtud del todo, valorando la gran diversidad de sentimientos, culturas y conocimientos de todas las personas que viven en tierras españolas. Seguro que, unidos podremos crecer y vencer las dificultades que ponen en peligro nuestro bienestar.

Para responder a la pregunta que encabeza este escrito, respondo que, detrás del anhelo de independencia encontramos el anhelo de vivir más plenamente y mejor y esto se consigue a través de políticas sociales que apoyen a las personas, sea cual sea su capacidad o infortunio, el origen o el lugar de residencia. Por eso, mejor unidos, buscando un mejor entendimiento y un cambio en la forma y fórmulas de las políticas del gobierno estatal. Si optamos por una decisión individual, cada uno optará por aquello que cree mejor para crecer, pero si tenemos que optar por una decisión como comunidad, se debe defender aquello que haga más independientes a las personas, no a los territorios y, en este caso, unidos para lo común y separados en lo específico es la manera más ajustada para el beneficio de todos. Esto es, un modelo federal.

# SALUD PÚBLICA Y COOPERACIÓN

**Miquel Porta Serra** | Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la UAB.  
Jefe de la Unidad de Epidemiología Clínica y Molecular del Cáncer del IMIM de Barcelona.

Las comunidades autónomas (CCAA) deben cooperar más a fin de servir mejor a los ciudadanos. Las comunidades pueden cooperar en sentido “horizontal” (entre ellas). Esa cooperación no solo responde a una necesidad profunda de los Estados descentralizados contemporáneos, federales o no. Además dicho en términos gráficos, “los virus y los contaminantes ambientales no conocen las fronteras autonómicas”.

La naturaleza microbiológica, epidemiológica, ambiental, económica, y cultural de muchos procesos condicionantes de la salud colectiva exige adoptar políticas –estructurales y coyunturales, puntuales y a largo plazo, formales y funcionales, técnicas, políticas y culturales- que trascienden las delimitaciones territoriales, administrativas, jurídicas y políticas. Muchos de los procesos que más dañan nuestra salud operan en el espacio geofísico, económico y cultural español.

La práctica de la cooperación exige definir bien en qué y para qué se va a cooperar: requiere centrarse más en los efectos que se espera disfruten los ciudadanos y no solo en los servicios a ofertar. Si lo requieren las necesidades de los ciudadanos (por ejemplo, la protección de su salud), las políticas pueden desplegarse mediante la cooperación entre CCAA, o entre éstas y los órganos centrales del Estado.

Son diversos los ejemplos de procesos cuya naturaleza, dinámica social e influencia sobre nuestra integridad física y bienestar exigen la cooperación e todos los órganos del Estado. Fortalecer la cooperación vertical y horizontal no solo pretende hallar economías de escala. Se trata además de dar respuesta a riesgos que operan en amplias escalas geográficas, temporales o económicas, a menudo, más allá de una comunidad autónoma.

Potenciar la cooperación horizontal entre las comunidades no sólo saldría a cuenta, sino que sería bien valorado por muchos ciudadanos: apreciamos a nuestros vecinos de la comunidad más de lo que acepta cierta retórica. Para cooperar de forma eficiente se necesita un marco institucional sólido.

Si dotásemos a las instituciones del Estado (todas: centrales, autonómicas, municipales) de recursos suficientes y mejorásemos sus mecanismos de colaboración facilitaríamos la aplicación de políticas de salud enérgicas, particularmente urgentes en áreas en las que el sistema presenta desgarros que dejan inermes a millones de ciudadanos. La protección ante los riesgos químicos derivados de la alimentación, el medio ambiente y las condiciones de trabajo es el ejemplo más flagrante.

La cuestión de la cooperación es también relevante en otras políticas públicas que son interdependientes y transversales a diversas CCAA. Esta idea es coherente a la metáfora de la red (todas las instituciones del estado deben trabajar en red) y a la propuesta de políticas sistémicas (debemos integrar a la salud en todas las políticas). Si se entiende la cooperación como el seguimiento pasivo de un liderazgo, se pierde el efecto multiplicador del esfuerzo combinado.

El cambio de época que vivimos en el mundo propicia transformar el recelo que durante la Transición provocaba la cooperación entre CCAA por la confianza en el progreso que favorece. Reconocer y apreciar lo mucho que ya cooperan las CCAA entre sí aportará nuevas energías a políticas públicas y privadas que son vitales para no salir en falso de la actual crisis.

Las políticas que resultan de la cooperación soportan menos retórica y contribuyen a que el conjunto del sistema autonómico cumpla más eficientemente con su obligación de promover un desarrollo individual y colectivo más humano. Cuando las instituciones de cooperación maduren y sean más conocidas, la opinión pública pensará más en las características reales de los problemas y en los efectos de las decisiones que afectan al gasto público.

*\*(Escrito extraído parcialmente del artículo: Miquel Porta y Xavier Arbós. La salud pública exige más cooperación. La cuarta página. El País. Martes 3 de Mayo de 2011.)*

# ¿MÁS FRONTERAS? ¡NO, GRACIAS!

Joseba Achotegui | Psiquiatra. Profesor titular de la Universitat de Barcelona. Director del SAPPPIR.

**“***Pero el hombre no es un árbol: carece de raíces, tiene pies, camina. Desde los tiempos del homo erectus circula en busca de pastos, de climas más benignos... el espacio convida al movimiento*” (Juan Goytisolo).

Para los que trabajamos hace años en el área de la salud de los inmigrantes, conocemos por experiencia que las fronteras generan sufrimiento. Si hay algo que la mayoría detestamos, eso es una frontera. Si emigrar supone una serie de situaciones de estrés y de duelo, las fronteras no hacen más que incrementarlas. Se me objetará que, aunque sea un objetivo muy loable, es difícil organizar un mundo sin fronteras. Y es cierto. Pero más cierto es que añadir más fronteras no parece una buena idea. A nadie se le escapa que la única solución de fondo que tiene el drama de las migraciones del siglo XXI, que genera enormes sufrimientos a millones de personas, es una solución global. Y las fronteras y los muros, cada día más altos, no hacen sino tapar los problemas, no los resuelven. Al contrario, los incrementan.

Las fronteras rompen durante años a las familias, provocando graves consecuencias psicológicas para sus miembros. Cada vez es más difícil obtener la reagrupación familiar por el incremento de las barreras legales. Cada vez es más difícil ver emigrar a familias enteras, como las que reflejaba la clásica novela *Las uvas de la ira*, de John Steinbeck, en la que los Jaed emigraban unidos y esta unión les daba fuerza frente a las adversidades. Hoy emigran hombres, mujeres, incluso niños, pero ya no viajan juntos. Además, en cada reforma de las políticas migratorias se incrementan los obstáculos y las dificultades para la reagrupación familiar, cerrando más las fronteras.

En el mundo de hoy, las fronteras son tan inhumanas que han convertido el “emigrar” en un delito

como el robar, algo que no había ocurrido nunca en la larga historia de las migraciones (la propia historia de la humanidad). Así, la ley Maroni de julio del 2009 en Italia, incluye la migración como delito en el código penal.

Además, las fronteras, independientemente que puedan ser más o menos rígidas, son injustas porque no tratan de la misma manera a todas las personas. Dejan pasar siempre a los ricos. Los ricos siempre tienen todos los papeles. Así, por ejemplo, en España y muchos otros países, quien tiene recursos y se puede comprar un piso, obtiene automáticamente la residencia, ya tiene los papeles. No hace falta realizar terribles viajes por los desiertos o los mares y saltar muros con cuchillas. Si hay dinero, hay papeles.

Recientemente veía una foto de un grupo de astronautas sonrientes, contentos, a punto de iniciar algo tan impactante como un viaje espacial, mientras incomprensiblemente, cruzar actualmente una frontera se convierte en un auténtico drama para millones de seres humanos. Podríamos decir que hoy, es menos estresante ir a la luna que ir de Hermosillo (México) a San Diego (Estados Unidos) o que ir de Tánger (Marruecos) a Cádiz (España).

En conclusión, las sociedades del siglo XXI son cada vez más complejas y diversas, cada vez hay más mezclas. Y es indiscutible que la organización y la convivencia de los diferentes grupos humanos que conforman la sociedad, entre ellos los inmigrantes, generan con frecuencia conflictos y tensiones, que requieren un enorme esfuerzo de análisis de la realidad y de diálogo. Pero solucionar estas realidades complejas, esta gran diversidad, instalando más fronteras creo que añade aún más problemas y conflictos que los que pretende resolver. Así pues, ¿más fronteras?, ¡no gracias!

# FORMACIÓN CONTINUADA QUE BENEFICIA A LOS PROFESIONALES Y A LOS PACIENTES

**Alex Ramos Torre** | Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Máster en Educación de Adultos.  
Máster Europeo en Formación de Formadores

Los médicos y profesionales de la salud están sometidos a un entorno caracterizado: 1) por los cambios científicos y tecnológicos incesantes, 2) Por la modificación progresiva de los patrones epidemiológicos y demográficos de la población, que se caracteriza por un incremento de las expectativas de vida pero al mismo tiempo por un aumento de enfermedades crónicas, 3) Por la aparición de nuevas formas de organización asistencial en Atención Primaria y Hospitalaria. 4) Por la presencia de mecanismos de evaluación y de rendimiento de cuentas (políticas, económicas, profesionales y sociales) de un Servicio Sanitario Público sufragado con los impuestos de todos los ciudadanos y 5) Por la grave crisis económica iniciada en 2008 y que aún seguimos padeciendo por los recortes indiscriminados en recursos económicos y recursos humanos que está repercutiendo en los ciudadanos, con más listas de espera y limitaciones en el acceso y por supuesto afecta también a los profesionales.

Estos profesionales se encuentran sometidos a una situación de cambios continuos, con nuevos conocimientos y nuevas competencias a adquirir. Por tanto sin una formación continuada la competencia profesional puede disminuir progresivamente si no realizamos un esfuerzo constante por actualizarse. Siendo esta formación continuada una de las herramientas más adecuadas para adaptarnos a un entorno cambiante.

Todo ello, junto a las demandas crecientes por parte de la ciudadanía, nos obliga a que los profesionales de la salud tengamos que responder de una forma flexible. Para adaptarnos a los cambios constantes, no es suficiente con la formación de pregrado universitaria y con la formación MIR para la especialidad, ya que los conocimientos y habilidades adquiridas pueden quedar desfasados en pocos años. Por ello se requiere una formación continuada basada en las teorías del **Aprendizaje de Adultos**, donde el paradigma ya no es tanto el docente sino el discente-alumno. Este alumno adulto lo que requiere de la formación continua es aprender conocimientos, habilidades y actitudes que puedan aplicarse enseguida en su lugar de tra-

bajo, para resolver necesidades o vacíos formativos de su quehacer diario.

Por lo anteriormente expuesto, quería plasmar aquí un buen ejemplo de sinergia y cooperación en el marco del “Para la salud, mejor juntos”, se trata de la creación y mantenimiento del Sistema de Acreditación de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

Esta iniciativa que he vivido de primera mano desde el inicio (1990) se fraguó, diseñó e impulsó desde el Centro de Estudios Colegiales (CEC) del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB), que dirijo actualmente. Esta iniciativa impulsada por el Dr. Helios Pardell, de quien lamentamos su pérdida desde 2008, en ese momento miembro de la Junta del COMB y director del CEC, tuvo la visión de proponer un sistema de acreditación de actividades de Formación Médica Continuada a través de un organismo plurinstitucional (Consell Català de la Formació Mèdica Continuada), compuesto por las consejerías de Salud y Educación, Colegios de Médicos, Universidades y Sociedades Científicas.

En el período entre 1989 y 1999 se fraguó el Sistema que sigue vigente hasta hoy en todo el Estado Español. Desde 1990 se diseñó el sistema, se negoció entre las instituciones, se creó la estructura necesaria y se empezó a acreditar actividades de FMC en Cataluña en 1997. A partir de 1999 el sistema se extrapoló a todo el Estado Español a través del Ministerio de Sanidad (Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias) y no solo para los médicos sino para todas las profesiones sanitarias.

El Sistema de acreditación, el formulario, el baremo aplicado y el procedimiento acreditador, ha permanecido más o menos invariables. La contribución técnica del Centro de Estudios del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona que tuvo la responsabilidad de diseñar las herramientas de acreditación y coordinar el proceso desde el inicio, ha demostrado ser válida y fiable a lo largo del tiempo. Desde Barcelona y desde Cataluña, se ha contribuido con un sistema acreditador de las actividades de formación continuada para las profesiones sanitarias de todo el Estado Español.

Básicamente el sistema acreditador consiste en evaluar la calidad de las actividades formativas mediante 2 componentes: un Componente Cuantitativo (nº de horas de la actividad con un factor corrector según la duración) y otro Componente Cualitativo (compuesto por 5 factores de calidad: Objetivos docentes, Organización y logística, Necesidades de formación, Metodología docente y Evaluación). Se creó un equipo de evaluadores que aplicaban los criterios cualitativos con una escala de likert (entre 0 y 4). Finalmente, se trataba de aplicar una sencilla ecuación, multiplicando los dos factores para obtener los créditos.

$$\text{Horas x créditos/hora} = \text{créditos de la actividad}$$

Como se puede observar en la tabla adjunta de la actividad 2013, en el Estado Español se acreditaron 50.032 actividades de formación continuada con el sistema impulsado desde Barcelona y desde Cataluña en 1990. Actualmente en alguna CCAA, como es el caso de Madrid, ya han generado una actividad acreditadora mucho mayor que en donde se originó (Cataluña), debido a que se ha extendido a todas las profesiones sanitarias incluidas las de ciclos formativos sanitarios y no solo en las ini-

ciales (médicos, enfermeras, farmacéuticos, entre otras).

Creemos que esta iniciativa de ordenar y fomentar la calidad de las actividades para orientar al profesional hacia aquellas que se pueden adaptar mejor a sus necesidades ha sido muy útil. Además los créditos de formación continuada creados se han erigido como una unidad de medida universal para todo el estado español e indicador que orienta sobre la calidad formativa a los actores diversos del sistema sanitario (Administración, Proveedores de formación, Centros asistenciales, Industria farmacéutica y Profesionales).

La formación y el desarrollo profesional continuo benefician y protegen al mismo tiempo al profesional y a los pacientes.

En este artículo hemos expuesto una experiencia positiva y válida sobre la acreditación de las actividades de formación continuada de las profesiones sanitarias. No obstante, la asignatura pendiente en éste ámbito es la creación de un sistema de acreditación periódica de la competencia profesional relacionado con la **Validación Periódica de la Colegiación Profesional**. Con ello, los Colegios profesionales asumirían un nuevo contrato con la sociedad fomentando la competencia profesional como un garante social.

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	SOLICITUDES PRESENTADAS	SOLICITUDES ACREDITADAS
MADRID	26.126	23.918
ANDALUCÍA	12.172	11.299
VALENCIA	1.963	1.688
CATALUÑA	2.411	2.173
GALICIA	1.536	1.379
CASTILLA-LEÓN	2.583	2.5611
PAÍS VASCO	1.393	1.325
BALEARES	1.291	1.251
CASTILLA-LA MANCHA	914	888
MURCIA	908	865
ARAGÓN	657	604
NAVARRA	692	679
EXTREMADURA	357	346
CANTABRIA	376	366
LA RIOJA	150	118
ASTURIAS	202	177
CANARIAS	424	395
<b>TOTALS</b>	<b>54.155</b>	<b>50.032</b>

Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias. Indicadores de actividad 2013

# LA PERSPECTIVA DE UNA FARMACÉUTICA COMUNITARIA DEL EIXAMPLE DE BARCELONA

**Dafne Sicília** | Farmacéutica comunitaria del Eixample de Barcelona

**T**ras más de quince años de experiencia, quisiera en estas líneas ofrecer mi opinión. Ejercí mi profesión, como farmacéutica comunitaria, en una oficina de farmacia en el Eixample de Barcelona. En todos estos años de contacto directo con el ciudadano, he podido comprobar la importancia de una buena convivencia; permanecer unidos (mejor juntos) es primordial para una correcta atención farmacéutica. ¿Cómo si no podría mantenerse el actual sistema de precios del medicamento regulado por el Estado, o lo que es más importante, el que podamos disponer de los tratamientos que cada uno necesita en caso de viajar a cualquier punto de la geografía española? Es importante que nos planteemos todas las ventajas que a este respecto nos ofrece formar un solo país.

Por otra parte, desde un punto de vista más empresarial, tanto laboratorios farmacéuticos como almacenes mayoristas, que se encargan de proporcionarnos los medicamentos, se encuentran ubicados en diferentes lugares de España y, sin embargo, disponemos sin problema y, por supuesto, sin pagar ningún tipo de arancel de cualquiera de sus productos.

Debemos sentirnos orgullosos de nuestro actual Sistema Nacional de Salud e intentar mejorarlo siempre que sea posible, y eso lo haremos “mejor juntos”.

En este momento en que parece que empieza una recuperación, después de una devastadora crisis, considero indispensable que vayamos todos de la mano. Los farmacéuticos nos jugamos mucho en todo esto, puesto que actualmente dependemos económicamente del Estado.

Por todo esto y otras muchas cosas, hay que continuar unidos y hacernos fuertes, todo ello sin dejar de ser plurales y diversos.

**Breve descripción del sector:** *En España hay un promedio de 4,5 farmacias por cada 10.000 habitantes (en Cataluña es un 4,1). A finales de 2012 había 21.458 oficinas de farmacia repartidas por el territorio español y el promedio de farmacéuticos por oficina de farmacia es de 2,1 (3.098 de estas farmacias están en Cataluña). El gasto farmacéutico público terminó en 2013 en un 0,9% del PIB (0,3 puntos menos que el año anterior).*

*Si se analiza el peso de gasto farmacéutico público en el conjunto del gasto público español, el año 2013 acabó con un ratio del 2%, es decir, 2 de cada 100 euros gastados por el conjunto de administraciones públicas en España se destinaron al pago de medicamentos financiados por el SNS y dispensados a través de oficina de farmacia.*

**Fuente:** [portalfarma.com/profesionales](http://portalfarma.com/profesionales)

# LA ENFERMERA

**Marisa Jiménez | Enfermera de Atención Primaria**

La profesión de Enfermera ha evolucionado mucho en los últimos años, tanto en lo referente al desarrollo de competencias como en los estudios de pregrado que ha pasado de diplomado/da a enfermera de Grado. Este avance ha sido muy importante para la profesión y para la ciudadanía. Como en todas las profesiones, el currículum formativo del profesional le da las competencias para desarrollar su profesión. Después, las empresas contratantes deciden hasta donde quiere que el profesional la desarrolle.

El eje principal de esta disciplina, es la ciudadanía. Las competencias específicas que da el grado son:

1. Contribuir al desarrollo de un modelo de atención a la ciudadanía orientado al paciente.
2. Promover la respuesta multidisciplinar a los problemas de la ciudadanía, desarrollando el Modelo de Procesos Asistenciales Integrados y asegurando la continuidad durante todo el proceso de atención.
3. Integrar los aspectos bioéticos en la cura.
4. Contribuir al diseño y desarrollo profesional por el liderazgo y la gestión clínica.
5. Potenciar la implicación de la enfermera en la seguridad del paciente.
6. Promoción de la Salud, Prevención y Salud Comunitaria (educación Sanitaria).
7. Personalización de las curas al equipo multidisciplinario, dirigida a una atención caracterizada por la cura humanizada.
8. Integrar y consolidar el modelo de Gestión de casos con instrumento esencial por la atención de grupos de pacientes con grandes necesidades de curas y de alta complejidad.
9. Impulsar la investigación en el ámbito de las curas y en la respuesta multidisciplinaria a los problemas de la ciudadanía.

10. Avanzar en la efectividad de las curas a través de la evidencia científica de los resultados obtenidos en la salud de la población.

La esencia de la disciplina enfermera está precisamente en la atención de las necesidades de curas de la población, incorporando un enfoque holístico y entendiendo esta atención como el proceso de identificación y diagnóstico de necesidades de las personas a las que trata.

La enfermera ha sistematizado la cura basándose en el método científico, haciendo como herramienta de atención la metodología enfermera, que tiene como eje principal el diagnóstico enfermero.

Hace falta potenciar el desarrollo profesional de la Enfermera como es:

- La libre elección de enfermera
- La capacidad resolutoria de la enfermera en el ejercicio de su profesión. Haría falta el desarrollo e implementación de la preinscripción enfermera y al acceso a pruebas diagnósticas, de derivación y coordinación entre diferentes niveles existenciales.
- La atención a la cronicidad y la dependencia potenciando la enfermera gestora de casos.
- La educación sanitaria, individual y grupal.
- Reconocimiento de las Especialidades de Enfermería por parte de la administración y las empresas contratantes, siendo un elemento diferencial para ocupar un lugar de trabajo determinado.

La formación pregrado de las enfermeras, está regulada por las directrices marcadas por la Unión Europea i por el Ministerio de Gobierno Central.

Dentro de la profesión, hay muchas asociaciones profesionales que representan los diferentes ámbitos. La mayoría son asociaciones muy relevantes. La mayoría son de ámbito catalán aunque algunas de ellas trabajan algunos temas con asociaciones de ámbito estatal.