

Ahorra hasta un 60% en el seguro de tu coche* [Calcular aquí](#) lineadirecta.com

* Sujeto a normas de suscripción de la compañía.

Las voces de la sanidad

EL MUNDO realiza una serie de entrevistas a economistas de la salud, médicos y otros expertos para valorar el Plan de Sostenibilidad de la CAM y la eficiencia del sistema sanitario del país

Además

Vicente Bertomeu : 'El despilfarro se debe a decisiones políticas'

Carmen Burgaleta : 'Cada vez hay más trabas para fármacos caros'

Emilio Bouza : 'No quiero que se haga un negocio con la sanidad pública'

J.M. Paricio : 'Estamos desprotegidos ante empresas privadas'

Alberto de Rosa : 'El sector sanitario es un sector económico más'

Josep Figueras : 'La salud es beneficiosa para la riqueza'

J.M. Valderas : 'En Sanidad ha pasado como con los aeropuertos'

Salvador Peiró : 'Hemos vivido una burbuja sanitaria'

Carlos Artundo : 'No hay que recortar. Hay que proteger el sistema'

Juan Abarca : 'La Sanidad pública está muy politizada'

B. G. López-Varcárcel : 'Privatizar nos pone en manos de empresas de capital riesgo'

M.Dolores Fiuzá : 'No vale el mejor gerente de una multinacional sin experiencia en salud'

Juan Gervás : 'Detrás de la privatización está la palabra corrupción'

ENTREVISTA | Pilar Román

'La crisis es una oportunidad para hacer las cosas mejor'



La doctora Román durante una intervención en un congreso. | EM

Laura Tardón | Madrid

Actualizado miércoles 03/04/2013 05:07 horas

Comentarios 0

Como ella misma confirma, la Medicina Interna es una de las grandes especialidades desconocidas por los pacientes. "Somos los generalistas del hospital, vemos al paciente en su totalidad, especialmente aquellos que padecen varias enfermedades, la mayoría de los enfermos que ingresan en los hospitales desde hace unos años", explica Pilar Román, presidente de la **Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)**.

Según cuenta a ELMUNDO.es, desde la SEMI apuestan por una sanidad más eficiente y la crisis puede ser una buena oportunidad para conseguirla. Muchas veces, "se realizan pruebas innecesarias y se indican fármacos que podrían evitarse". Por esta razón, han puesto en marcha una iniciativa, apoyada por el Ministerio de Sanidad, para que las distintas sociedades científicas enumeren cinco cosas que se realizan en su especialidad de forma habitual y que no aportan valor al paciente. Podría ser un buen comienzo para "hacer las cosas mejor".

¿Cómo están afectando los recortes a los internistas?

Como a la mayoría de las especialidades. Empiezan a salir residentes que no tienen trabajo. Desde hace dos años, las plantillas se están recortando y, en la mayoría de los casos, no se sustituye a las personas que se jubilan ni a las que causan baja por maternidad, enfermedad... Incluso a algunos interinos se les ha rescindido el contrato.

publicidad

Esto es lo que queda cuando una compañía de móvil se gasta el dinero de la publicidad en bajar las tarifas a los ya clientes siempre antes que a los nuevos.

1. El mal de la juez Alaya
2. Demasiado estresados para el sexo
3. Qué esperar cuando toca esperar
4. Las obsesiones de las madres primerizas
5. Internet, aliado de los médicos
6. 'El despilfarro en Sanidad se debe a decisiones
7. El 'buen corazón' de los voluntarios
8. Descubren 74 errores genéticos asociados al cáncer
9. El Tribunal Supremo apoya la ley india de patentes
10. Dos muertos en China por un tipo de gripe aviar

[Ver lista completa](#)

publicidad

ONO

30Mb Reales + Llamadas

Alta + Wifi GRATIS

SIN Permanencia

Por sólo **17,90** €/mes

1 AÑO

[CONSÍGUELO](#)

Solo online

Vicente Ortún : 'Con el gasto hospitalario es fácil hacer trampa'

Pedro de la Oliva : 'Le pedimos al consejero transparencia'

J.M. Segovia de Arana : 'Los políticos no están enterados de lo que hacen'

Juan Oliva : 'En Sanidad se han tomado decisiones temerarias'

Compartir

Buttons for social sharing: Facebook, Twitter, LinkedIn, Tuenti, and other social media icons.

Herramientas

- Enviar a un amigo
- Valorar
- Imprimir
- En tu móvil
- Rectificar



También es cierto que a veces las plantillas estaban sobredimensionadas en algunos centros y es correcto reajustarlas. En cualquier caso, nunca se ha planificado bien el número de universitarios y de plazas MIR de acuerdo con las necesidades posteriores de asistencia. Desde las sociedades científicas, siempre nos hemos quejado por la **falta de una planificación de recursos humanos más adecuada.**

Lo cierto es que ahora muchos de nuestros compañeros están en paro y otros tantos se tienen que ir fuera de España para trabajar. Saben que, por ejemplo, a día de hoy, en la Comunidad de Madrid o en la Valenciana, no hay ninguna plaza vacante de Medicina Interna.

A los internistas que sí estamos trabajando, como al resto de profesionales, nos han bajado el sueldo. En el caso de la Comunidad Valenciana, entre un 3% y un 7%. Se nos ha quitado una paga extra, la mitad de la carrera profesional y nos han subido los impuestos. Todo esto nos influye en el estado de ánimo porque somos conscientes de que ya **éramos los médicos peor pagados de todo el entorno europeo.**

¿Las prestaciones sanitarias se han visto afectadas por la tijera de Sanidad?

Al menos en la Comunidad Valenciana, que es la que conozco a fondo, no se ha recortado la cartera de servicios y no hemos notado restricciones en la asistencia. **Los pacientes tienen las mismas prestaciones y se les atiende igual.** Quizás ahora haya más control de las exploraciones que se piden, pero es que eso lo deberíamos haber hecho siempre. De todas formas, en lo que a atención al paciente se refiere, ha habido mucha alerta infundada.

¿Qué opinión tiene sobre los recortes en el copago farmacéutico?

El copago farmacéutico ya existía y, en mi opinión que coincide con la de muchos economistas de la salud, de una forma arbitraria. Los ciudadanos no jubilados tenían que pagar el 40% de los fármacos, aunque estuvieran en paro, mientras que los pensionistas los tenían gratis independientemente de la cuantía de su pensión o patrimonio. Ahora se ha equilibrado y es proporcional a los ingresos aunque se pueda disentir en los tramos o en las cuantías. Eso sí, ha de garantizarse el acceso gratuito a los fármacos a todos aquellos que no puedan aportar nada.

En cuanto a los profesionales, nos vemos afectados por ciertas restricciones, variables según las Comunidades Autónomas, a la hora de prescribir medicamentos. Por ejemplo, la obligación de recetar principios activos o genéricos aunque existan medicamentos con marca al mismo precio. No estamos en desacuerdo en absoluto como medida de contención económica, excepto porque **incrementa la confusión sobre todo en los pacientes mayores.** Si las farmacias pueden proporcionar el mismo principio activo de varias empresas, los pacientes reciben presentaciones con aspecto diferente del envase (cajas, colores, etc.). El paciente, acostumbrado a un formato, puede confundirse en la toma del fármaco (les resulta complicado reconocerlo) y esto dificulta la adherencia al mismo.

Pedimos más libertad para prescribir, siempre al precio menor, por supuesto, o que los genéricos siempre se presenten con envase similar y reconocible por el paciente. No estamos en connivencia con la industria farmacéutica, nos preocupa la adherencia del paciente al tratamiento.

¿La crisis económica está poniendo trabas en algún otro aspecto?

Un hecho que nos preocupa mucho es la menor inversión en I+D, ya previamente escasa en nuestro país. La competitividad de un país en el mundo globalizado depende de su desarrollo en I+D y nosotros no lo estamos haciendo. Tras formar a personas con capacidad innovadora con dinero de todos, estamos propiciando que tengan que emigrar a otros países donde desarrollarán sus capacidades.

Por otro lado, **hay más restricciones en el uso de nuevos fármacos**. Cada vez que hay un medicamento nuevo, debe evaluarse si verdaderamente aporta valor añadido y valorar su coste y beneficio en todos los aspectos, no solamente el sobrecoste inicial del fármaco. Esto, que se debe hacer siempre, ahora y porque suponen, generalmente, un gasto mayor a corto plazo, se restringe su uso. Los costes inmediatos predominan sobre los costes a largo plazo. El nuevo medicamento podría evitar, por ejemplo, hospitalizaciones o complicaciones que son muy caras tanto para el sistema sanitario como para la sociedad, pero lo que se tiene en cuenta es que el precio del fármaco es muy alto.

¿Podría poner un ejemplo?

Hay nuevos anticoagulantes que según los ensayos clínicos ofrecen ventajas respecto al Sintrom de toda la vida. Es verdad que el fármaco es muy caro, pero habría que ver lo que ahorra de verdad en ictus y otras complicaciones.

¿Cuál es su opinión sobre la externalización de la gestión de los hospitales públicos?

Como sociedad científica, no debemos evaluar decisiones políticas. Nuestro objetivo es asegurar una asistencia accesible, equitativa, eficiente y de calidad, que se den todos los condicionantes posibles para que el paciente reciba la mejor asistencia al menor coste posible. Y que el internista pueda desarrollar su labor asistencial, docente e investigadora con todas las garantías.

¿Cuál es el estado de ánimo entre los profesionales de la Medicina Interna?

Tenemos la idea de que ni los pacientes ni nosotros tenemos la culpa de la situación económica en la que nos encontramos y, sin embargo, **estamos pagando por lo que otros han hecho mal durante mucho tiempo**. Sabemos que tenemos una suerte enorme por tener plaza fija y nos sentimos privilegiados por ello en comparación con las personas que han perdido su empleo, pero sí hay enfado y resquemor. Reducir los sueldos de los funcionarios era lo más fácil de hacer, en lugar de acometer las reformas en profundidad que el sistema sanitario necesita.

¿De qué otra manera cree que se podría haber recortado sin tocar los sueldos?

Hubiera sido mejor establecer una retribución variable, con el techo en los sueldos existentes, que dependiera de los objetivos conseguidos en resultados de buena salud de la población al menor coste. Esta medida, no sólo hubiera conseguido motivar a los profesionales, sino que además conseguiría mejorar la calidad y evitar gastos innecesarios. Tratar a todos por igual, en cuanto a la reducción del sueldo de todos los funcionarios, no tiene sentido y desmotiva mucho al personal.

y económica mano al personal.

Ya existe un informe [el Informe Abril, publicado en 1991], en el que se reflexionaba y aconsejaba sobre el modo de hacer sostenible el sistema sanitario con medidas muy similares a las que propugnan hoy los expertos independientes en materia sanitaria. Han pasado más de 20 años y seguimos igual. O peor, **el gasto sanitario ha crecido mucho más que el PIB**, en una clara "burbuja" sanitaria.

¿Cómo se pueden establecer objetivos de calidad y eficiencia en Medicina?

Lo menos caro es hacer las cosas bien a la primera. Cuando te equivocas, hay doble gasto. Por ejemplo, en Medicina, si pides una prueba innecesaria o indicas un fármaco innecesario. Hacer más no siempre es mejor para el paciente. Los fármacos pueden producir efectos secundarios y para paliarlos, se receta un segundo medicamento y, al final, se produce una prescripción en cascada y un gasto que se podría haber evitado, además de los efectos adversos producidos en los pacientes, que es lo más importante.

Es más fácil que esto suceda cuando hay poco tiempo para ver al paciente. Sería importante reorganizar toda la asistencia para hacer mejor nuestro trabajo, y a la primera, aunque lógicamente, en Medicina, como en cualquier otra disciplina, te puedes equivocar. Lo mejor es disponer de tiempo para hacer una buena historia y exploración clínicas y cumplir las guías de práctica clínica en cada caso. Deben existir objetivos basados en la asistencia de calidad centrada en el paciente, en la continuidad de los cuidados, en la atención eficiente de los pacientes con enfermedades crónicas, compartidos por los equipos de profesionales que atienden al paciente concreto. **Y es muy importante que el paciente sea conocedor y responsable de su enfermedad.**

Existe mucha variabilidad entre unos médicos y otros, centros de salud, hospitales, comunidades autónomas... Siempre ha sido así, entre otras cosas, porque los pacientes tampoco son iguales, pero aun así, hay un exceso de variabilidad que no puede ser atribuido a las características del paciente, sino a la forma de hacer de los profesionales.

¿Algún ejemplo de pruebas o procedimientos innecesarios?

Por ejemplo, está establecido claramente, el porcentaje de cesáreas que deben realizarse por motivos estrictamente médicos. Y se mide la calidad de un servicio de ginecología si no traspasa ese límite. Existe mucha variabilidad en ese porcentaje dependiendo del servicio, y se realizan muchas innecesarias.

¿Y concretamente en Medicina Interna?

Nuestro campo es tan amplio... Somos los generalistas del hospital, pero un ejemplo podría ser, ya que está constatado, el número de resonancias magnéticas que realizamos en España, incluidos los internistas. Se realizan más resonancias por habitante que en el resto de Europa. **Los españoles somos, también, los mayores consumidores de fármacos.** La crisis es una oportunidad importante para hacer las cosas mejor, para ser más eficientes y, en definitiva, que seamos conscientes de que no debemos hacer más de lo estrictamente necesario para reportar beneficio al paciente.

¿Es posible controlar esto?

Sí. De hecho, nosotros hemos promovido una iniciativa con la aprobación del Ministerio de Sanidad. Se trata de que las distintas sociedades científicas (hasta el momento, somos 12 e iremos ampliando) digan cinco cosas de su especialidad que se hacen en la práctica clínica diaria de forma habitual y que no aportan valor al paciente. Esto también se está haciendo en EEUU y Reino Unido.

¿Un ejemplo?

Hasta hace poco tiempo todos los anestelistas pedían una placa de tórax previa a una intervención quirúrgica. Se ha visto que es innecesario, caro y que irradia innecesariamente al paciente. Basta con comprobar en el historial médico o preguntarle al paciente por una posible enfermedad pulmonar. Por lo tanto, esta prueba ya no suele hacerse, pero al igual que se realizaba ésta, sigue habiendo otras **cosas que forman parte de una rutina y que son innecesarias.**

También estamos pidiendo que haya una especie de agencia en España similar a la del Reino Unido (NICE) que se encargue de evaluar qué pruebas de la práctica clínica diaria aportan valor al paciente y estipulen las mejores prácticas según la evidencia científica. Parece que el Ministerio está con ello.

PUBLICIDAD [Pepephone.com Habla por 09 cent/min y Navega por 69](#)

PUBLICIDAD [Tus entradas para la CHAMPIONS en ELMUNDO.es](#)

Queremos saber tu opinión

Usuario registrado ¿Eres un usuario nuevo? [Regístrate](#)

 Email:

Contraseña:

Recordadme en este ordenador

[Recuperar contraseña »](#)





30Mb Reales
+ Llamadas

Por sólo **17,90** 1 AÑO
€/mes

SIN
Permanencia

Alta + Wifi GRATIS

CONSIGUELO

Solo online