

SALUD SIN FRONTERAS. COOPERACIÓN EN MATERIA SANITARIA ENTRE ESPAÑA Y PORTUGAL

AGUSTÍN MUÑOZ SANZ

Directores

JOSÉ MANUEL FREIRE
MARIA DE BELÉM ROSEIRA

FÁBULA DEL GALLO Y EL TORO PENINSULARES. No sabe el cronista si los clásicos Esopo y Fedro, el francés La Fontaine o los españoles Tomás de Iriarte y Félix María de Samaniego, los grandes autores de las fábulas, dedicaron alguna de las suyas al gallo y al toro juntos, una collera poco común en la vida y en la literatura. Podrían haberlo hecho. En su defecto, acepte el lector estos párrafos introductorios como relato de lo que pudiera ser una fábula, aunque es una realidad incuestionable. Y es otra prueba más de que la realidad y la ficción, como tantas veces, no tienen sus límites muy bien definidos. Carecen de fronteras. No es un cuento, sino un hecho cierto, las cordiales (recordemos que cordial procede de corazón) relaciones de hoy entre España y Portugal y, aún más íntimas y próximas, entre el Alentejo portugués y la Extremadura española, dos realidades geográficas, históricas, demográficas, sociales, económicas y sanitarias vertebradas alrededor del número 7, ó L invertida, que dibuja el sitio por donde se desgajó la balsa de piedra ibérica.

España y Portugal, o Portugal e Espanha, que tanto monta, monta tanto cualquiera de las dos caras de una Iberia geográfica real, aunque social y políticamente todavía utópica, tienen tanto en común que acaso por tal razón resaltan más las diferencias que las similitudes. *La Raya* que fue frontera desapareció de los mapas geopolíticos; sin embargo, queda, y muy probablemente perdurará por los siglos de los *séculos*, en algunas cabezas que confunden el

modesto y simbólico río Caya/Caia con el mismísimo y lejano Amazonas; o con el enorme Atlántico, un insalvable océano que antaño hizo de frontera entre la realidad y lo desconocido, y por el que lucharon, sobre todo en los despachos de la diplomacia, España y Portugal.

Portugal e Espanha, o España y Portugal son Europa sin dejar de ser ellas mismas. Faltaría más. Lo propio cabe decir de las regiones rayanas, las regiones fronterizas, desde el norte hasta el sur. O *Alentejo* portugués y la Extremadura española conforman una enorme comarca natural de unos 64.000 kilómetros cuadrados (la región europea más extensa) y de cerca de dos millones de habitantes (la más despoblada). Recordamos que existe una Extremadura portuguesa –la realidad–, para refrendo de lo que decíamos antes, por lo que podríamos asumir –la ficción– que también existe un Alentejo español: la española Extremadura, lo cual la hace, sin dudas, la más portuguesa de las autonomías españolas. Hasta tal punto es cierta esta propuesta de homologación de las tierras y las gentes extremeño-alentejanas que se puede afirmar, sin temor a errar, lo siguiente: mucho antes –contando en siglos y no en años– de que algunos plantearan el concepto de Euroregión, tan de moda ahora y que promete tener un futuro esplendoroso, ya existía esta Iberoregión natural cuya historia, literatura, paisaje, gastronomía, folclore y, lo más importante, su gente son tan parecidos –o iguales– que debemos considerarlas gemelos en lugar de mellizos o simplemente hermanos. Hijos naturales, que no bastardos, de los célticos, luego lusitanos, que habitaron la vieja y rebelde Lusitania cuya capital, tampoco se olvide, fue Emerita Augusta. Plantada desde entonces (siglo I a.C.) en el corazón de la actual Extremadura. Gemelos de sangre. La misma preciosa sangre que les une también les separó en las rudas páginas de la Historia, casi siempre por decisiones tomadas en los centros de poder de Lisboa, Madrid, Évora o Guadalupe, o donde quiera que los reyes y sus cortesanos tomaran sus reales decisiones. Hablamos de historia pasada, a la que no hay que renunciar sino de la que se debe aprender. Memoria histórica para que la hiedra de la discordia no florezca *nunca mais* en los campos del recuerdo.

Ahora –en el todavía infantil siglo XXI– el altanero gallo portugués y el bravucón toro español se sientan a dialogar en la dehesa extremeño-alentejana. Cada uno luciendo su peculiar idiosincrasia espiritual: el primero –Dios ayuda

a quien madruga- amarrado a su horario propio y diferente. Acaso se olvida -¿quién hay que sepa si los gallos tienen memoria?- del español refrán que nos enseña que por mucho madrugar no amanece más temprano; y el segundo, el toro, con fama merecida de fiero y bravucón, cuya cabeza -no pocas veces- más que pensar embiste, según plasmó uno de los más insignes poetas patrios (Antonio Machado, en sus *Proverbios y cantares*, cantó proverbialmente: “De diez cabezas, nueve embisten y una piensa”). No pone mucho empeño el morlaco por suavizar la imagen de prepotencia y poderío -de cara a sus vecinos de al lado- que le dibuja en las colinas donde se tumba el horizonte. No debe extrañar que el gallo, pequeño pero orgulloso, tema que el morlaco, dueño y señor de su dehesa, pueda allanar el tranquilo corral plantado frente al Atlántico. Pero, se ponga como se ponga cada uno, no hay más remedio que aceptar una verdad absoluta: desde el principio de los tiempos, el sol luce igual para todos, sale por España y se acuesta en Portugal. O, lo que es lo mismo: ambos países disfrutaban y sufren la marea recurrente de la Historia.

ÁGORA ACADEMIA. EL DEBATE PENINSULAR. Tras despertar del sueño ibérico, en estas cábalas andábamos cuando se celebró una edición más del foro de debate *Ágora*, auspiciado por el Gabinete de Iniciativas Transfronterizas (GIT) de la Presidencia de la Junta de Extremadura¹. Ya supone un avance histórico el haber pasado de batirnos en los campos de batalla a debatir en los foros de reflexión. De combatir a compartir. De pelear por el poder, las tierras, las riquezas o las fronteras a participar en el mundo de las ideas, colaborando a llenar el silo común del progreso, el granero que debe sustentar el futuro. Porque, a la hora de comer, hay grano para el gallo y pienso para el toro si se acoge uno a la capacidad de innovar y de cambiar el mundo de fuera y el de dentro, el más difícil de modificar: el de las propias cabezas. Que, en una atrevida modificación de la historia, el viejo lema cartesiano de “Pienso, luego existo” se convierta en “Grano, luego existo”; que

1 Nota del Cronista/NC: La creación de este GIT, en su día, fue un gran acierto del señor Rodríguez Ibarra. De la mano eficaz de Sánchez Amor y su equipo, su labor en pro del acercamiento entre dos países, dos regiones, varias ciudades, numerosos pueblos y casi dos millones de personas, resulta impecable. Y es muy meritoria. Como lo es la de sus sucesores.

el dicho popular de “Ir al grano” mute en “Ir al pienso”. Pensamientos graneados, graneados pensamientos (graneado, en algunas de sus acepciones, equivale a incesante, continuo, ininterrumpido, intenso). No dejar de pensar en el futuro, labrarlo golpe a golpe y beso a beso. ¡Quién dijo complejos! El ecosistema espiritual e ideológico de la dehesa, espacio común donde reside el alma telúrica de Extremadura y del Alentejo, tiene más que suficientes recursos para alimentar y satisfacer a la fauna humana que lo hospeda.

Y empezó el debate peninsular.

DÍA PRIMERO

JUEVES, 25 DE OCTUBRE DE 2007. JORNADA DE MAÑANA.

Inauguró la Consejera de Sanidad y Dependencia, María Jesús Mejuto, quien hizo una breve intervención protocolaria en la que recordó los estrechos y fuertes vínculos sanitarios entre Extremadura y el Alentejo. La responsabilidad de dirigir la presente edición del curso de *Salud sin fronteras. Cooperación en materia sanitaria entre España y Portugal* les correspondió a Maria de Belém Roseira, ex ministra de Sanidad de Portugal, y a José Manuel Freire, Jefe del Departamento de Salud Internacional de la Escuela Nacional de Sanidad española. Hecho el saludo e introducción de los directores, para ambientar a los asistentes, llegó la Conferencia inaugural a cargo de dos personas de prestigio: Constantino Sekellarides, Director de la Escola Nacional de Saúde Pública de Portugal, y Ferrán Martínez Navarro, Director de la Escuela Nacional de Sanidad de España. Comenzó su disertación el doctor Martínez Navarro quien habló de *Hauser, la geografía médica de la península ibérica. El ocaso del ambientalismo hipocrático*. Tras expresar su libertad de elección del tema, el conferenciante optó por expresar su preocupación por los cambios de paradigma.² Ensambló la introducción de los nuevos conocimientos

2 NC: recordamos que ‘paradigma’ tiene su origen en la voz griega *paradeigma* que significa modelo o ejemplo si bien, desde el punto de vista científico, el filósofo y científico Thomas Kuhn dio a paradigma su significado contemporáneo adaptándolo al ‘conjunto de prácticas que definen una disciplina científica durante un período específico de tiempo’.

y la aplicación de los conceptos previamente defendidos. El segundo aspecto destacable fue aportar información de España y de Portugal. Para cumplir esta doble preocupación, se acogió a la figura de Philip Hauser (el autor de *La epidemiología en la península ibérica*, 1913), en un momento en que se vivía el ocaso del pensamiento hipocrático. Entre 1875-1880 se emitieron los postulados de Koch (sobre la etiología infecciosa de las enfermedades); en 1912 Chapin publicó *Las fuentes de la enfermedad infecciosa*; en 1833-35 sucedió la terrible epidemia de cólera que asoló la península. Se trata del momento histórico en que se están acumulando los conocimientos científicos (la etiología de la enfermedad, la teoría del contagio).

Hauser vivió la creación del conocimiento sobre las enfermedades infecciosas y su libro *La epidemiología en la península ibérica* refleja perfectamente la situación, sin duda por estar formado en el pensamiento hipocrático (higiene) y por haber asimilado los modernos conocimientos tras estudiar en Europa. Una persona formada en el ambientalismo hipocrático, pero que siguió asimilando los conocimientos nuevos. Tuvo dos grandes etapas: en la primera etapa describió el atlas de la epidemia de cólera de 1885 en España (3 tomos) y se definió partidario de Max von Pettenkoffer (1818-1901) (ambientalista, hipocrático). En la segunda etapa publicó el libro de geografía médica (*Doctrina telúrica, el papel del suelo en la transmisión de las enfermedades*)³. Es un ejercicio de integración. Hauser recibió dos premios sobre el cólera (París y Munich) y estuvo preocupado por la relación entre los aspectos telúricos o geológicos y las etnias (*Los griegos y semitas en la historia de la Humanidad*). Era una persona adscrita al paradigma del ambiente hipocrático que seguía las leyes de la Biología (nacimiento, crecimiento y decaimiento). Incorporó el concepto de etiología como noción microbiológica, pero fue incapaz de transformarlo en las formas de transmisión de la enfermedad. Por otra parte, incorporó las condiciones climatológicas, económico-sociales, de vida y de alimentación, cultura, e higiene de las ciudades y al mismo tiempo demostró una gran fe en el progreso científico y social, en la

3 NC: Es la *Bodentheorie* o teoría del suelo. De acuerdo a ella, el bacilo del cólera, proveniente de la India y aún no identificado –lo identificó Robert Koch en 1898–, al cual llamó ‘x’, debía unirse a un substrato o factor ‘y’, presente en el suelo bajo ciertas condiciones espacio-temporales. La suma del binomio (x + y) era igual a ‘z’, el verdadero ‘veneno colérico’, siendo los dos factores inofensivos cuando se consideran por separado.

mejora de las condiciones de vida de los trabajadores y las condiciones sociales. La vida, en su ideario, es progreso.

El trabajo de Hauser es absolutamente riguroso. Hizo una encuesta dirigida a los inspectores de higiene preguntando las condiciones de saneamiento de todas las provincias españolas. Por otra parte, solicitó datos también a los responsables portugueses, en especial sobre la situación general de la población y, más en concreto, de la tuberculosis (Programa Nacional contra la Tuberculosis, que se refería básicamente a la mortalidad, más que a la morbilidad). Hizo una presentación estándar y comparó la evolución de España con los demás países europeos en los últimos cinco-siete años, presentó en tablas las diferentes tasas de mortalidad por 10.000 de las distintas provincias españolas y aportó un capítulo, más reducido, en el que relata la situación en Portugal. Las primeras cifras datan de 1861 (natalidad y mortalidad) y la mortalidad por cólera en 1835. La tasa de natalidad en España era superior que en Portugal, tanto la general como por provincias. Las tasas de mortalidad eran mucho más altas en España que en Portugal. La mortalidad por grupos de edad demostró patrones similares, la clásica mortalidad en V: que refleja alta mortalidad en edades tempranas y en edades longevas con similares tasas entre hombres y mujeres. La mortalidad en varones de 5 a 10 años era muy alta y llamó la atención sobre la temprana edad de los niños españoles a la hora de entrar en el mercado laboral. Insistió mucho en el ambiente interior del trabajo y en los riesgos de la mujer: protección en las faenas de la casa y riesgo de la maternidad. Dividió las enfermedades infecciosas en tres grupos: de evolución rápida y agudas; de evolución lenta, larga, perennes y ubicuitarias, y otras de evolución lenta pero que sólo se ponían de manifiesto en algunas provincias.

Sobre la fiebre tifoidea, consideró las dos teorías vigentes en su época: la Escuela de Berlín (teoría hídrica o transmisión a través del agua) y la teoría telúrica (transmisión a través del suelo, según Petenkoffèr y Hauser: el bacilo va al suelo desde el intestino y por el aire al individuo). La teoría entonces emergente era la primera. En cuanto a la evolución de la fiebre tifoidea en España y Portugal, la diferencia de tasas era muy alta. Hauser lo explicó por las condiciones del terreno y las climatológicas, y un patrón típico de cada sitio. Valoró la epidemia de cólera de 1911 en Gijón y la comparó con Madrid (1911-13).

Gijón es costero, con zonas de la ciudad por debajo del nivel del mar (entrada de agua marina en el alcantarillado, debido a las mareas); señaló que 1911 fue un año seco, caluroso, con alta evaporación, suelo seco y descenso del nivel de las aguas de los pozos blancos y el nivel de la capa freática. Con las lluvias, las bacterias subieron, y los miasmas, y la enfermedad. En Madrid la situación era diferente (endemia) y la causa sería la leche y los alimentos (por emanaciones de gases en las cocinas de las viviendas). Respecto a Portugal, señaló la diferencia entre Oporto y Lisboa. Oporto favorecía la transmisión del bacilo por las condiciones orográficas y geológicas mientras que Lisboa estaba protegida por los vientos atlánticos (más saludables). En cuanto a la diarrea, según Hauser, era debida a las condiciones de vida en las propias ciudades. Comparó las provincias con las capitales y volvió a argumentar lo mismo respecto a Lisboa y Oporto. De nuevo ofrece una visión miasmática o hipocrática. Analizó la climatología, el consumo de agua, el descenso del agua telúrica, el escape de gases, la movilidad de las bacterias, la proximidad de cocinas y retretes, y la emanación de gases.

La tercera enfermedad considerada por Hauser fue la tuberculosis. Las cifras de Portugal eran más bajas que las españolas, con elevadas tasas de mortalidad en la zona cantábrica y en las grandes ciudades. En esta enfermedad apreció un sentido más social. Explicó la distribución de la mortalidad por grupos (criterios biológicos y no estadísticos) y encontró un incremento en la edad 'viril' y en la adolescencia, interpretando las diferencias entre géneros (que él denomina 'varones' y 'hembras'): hombres con actividad (el trabajo, las condiciones, el ambiente interno de los talleres), las mujeres con clorosis. La causa suficiente (el microorganismo no es suficiente) y la causa necesaria (el terreno o individuo) y los factores habituales: topografía, humedad, calor, hacinamiento y otros elementos conjuntados. En el País Vasco, por ejemplo, el alcoholismo, la endogamia, la construcción de las viviendas en los valles, que facilitaría los miasmas, y los abusos de Baco y de Venus. Concluyó en la complejidad y la tuberculosis es una enfermedad de degeneración de la especie humana, comparada al cáncer o a la demencia. Cualquier exceso predispone a la enfermedad. Era necesario –pensaba– esterilizar los terrenos, revitalizar a los individuos. Analizó también el cáncer (tasas más bajas en Portugal) y señaló

que era una patología emergente, mientras aportó un comentario sobre las teorías explicativas: la parasitaria y la celular.

Analizó la mortalidad por cáncer en Madrid y encontró que era mayor en los barrios ricos. Con el paludismo, vuelve a pensar en el factor telúrico a la vez que integró los nuevos conocimientos: el mosquito anófeles se infecta del suelo (veneno telúrico) y no a partir del individuo infectado. Asumió e integró los nuevos conocimientos pero mantuvo su postura en cuanto a la transmisión. Las tasas eran bajas en Portugal y mucho más altas en España⁴. Las tasas eran similares a ambos lados de las zonas fronterizas, como lo era el mapa del cólera, según su concepto telúrico.

Hauser hizo también mapas de las cuencas hidrográficas (Duero, Tajo, Guadiana) donde había focos palúdicos y de cólera, como prueba fehaciente de la minuciosidad con la que trabajaba. Se puede hablar de ‘el progreso es vida’, como lema definitorio de la ideología hauseriana. La preocupación social que tuvo fue muy evidente: criticó la vigencia de la ley de 1825, la cual no contemplaba ninguno de los conceptos modernos de higiene pública. Insistió sobre la necesidad de modernizar la legislación española de la época. Propuso la ley de defensa oficial contra las enfermedades infecciosas y la ley del retiro obrero. Acaso como consecuencia, en 1904 se aprobó la Instrucción General de Sanidad. No era una ley pero sí un concepto nuevo.

Tras la interesante presentación del doctor Martínez Navarro, apoyada en un modelo del pasado, le cupo el turno a Constantino Sakellarides, Director de la Escuela Nacional de Sanidad, quien habló de futuro si entendemos por tal la reflexión sobre las nuevas tecnologías (aunque, en realidad, se trata del presente). Durante su exposición, titulada *Salud, innovación y nuevas tecnologías*, el doctor Sakellarides hizo un repaso al atractivo asunto de las nuevas tecnologías puestas al servicio de la información sanitaria. El ciudadano –en realidad sus datos personales– es el centro del sistema, protegido por el círculo inviolable de la

4 NC: A propósito de esto, y como comentario añadido por el ponente, en Extremadura se aplicó por primera vez la estrategia moderna de combatir el paludismo y fue el último foco endémico de la enfermedad.

confidencialidad. Existe una relación bilateral con los servicios médicos (técnicas diagnósticas), el sistema sanitario (medicina primaria, medicina especializada, enfermería, fisioterapia), el sistema de financiación (seguridad social, compañías privadas) y otros servicios (educación, prevención, servicios sociales, estadísticas, salud pública). Y todo esto a distintos niveles de decisión: local, regional, nacional, europeo y global. Expuso el sistema *i-citizen* (*Personal Health Information System*) y la plataforma *Meu I-c*. Habló de la complejidad y adaptación a los nuevos sistemas resaltando el desarrollo de vías individuales en el uso de la información. Los objetivos de desarrollo de los sistemas personales de información de salud son el uso de la información (la captura, anotación, almacenamiento y procesamiento de los datos y la información) y la comunicación (interacción con otros), además de la potenciación del poder y autoridad de los empleados (*empowerment*) y el uso inteligente de la información en la toma de decisiones a diario.

Acogiéndose al modelo jerárquico de necesidades de Maslow (*El sistema piramidal de Abraham Maslow, 1943*), destacó la importancia de la seguridad y la protección. Ofreció una información muy novedosa de Microsoft (publicado el día 4 de octubre de 2007) sobre el *Health Vault Beta*, un sistema gratuito de almacenamiento de datos que pueden ser compartidos. En el sistema personal de salud, la información de salud del ciudadano ocupa el centro del sistema, y se ve influido por la política de salud (nivel gubernamental) y por el mercado (las plataformas tecnológicas), y ambos proporcionan la innovación en salud. Se suman los cuidados de salud (información de las profesiones de salud) y las estrategias locales (local, regional) de salud. Estos dos últimos niveles proporcionan la transferencia del conocimiento. Desarrolló las estrategias locales de salud (ELSa) y expuso el conjunto de las metas locales de salud en Portugal. Hizo un análisis de las redes y habló del gobierno de la información de salud, considerando tres planos: proceso, resultados e info-estructura. Desarrolló el sistema europeo *i-bank* y habló del proceso creativo y del conocimiento encuadrado entre el crecimiento económico, las ganancias de salud (*health gains*) y la interacción social efectiva. A partir de este modelo recordó e invitó a participar en la próxima conferencia que se celebrará en noviembre de 2008 en Lisboa (16ª *European Conference on Public Health*, www.healthinnovation2008.com.pt).

EL DEBATE PENINSULAR

Se abrió un interesante debate en el que la señora Maria de Belém Ro-seira señaló que ‘el futuro empieza con el pasado y el pasado ha demostrado la importancia del análisis científico de la geografía médica ibérica para introducir métodos de trabajo científicos en el análisis de las enfermedades. Es muy interesante porque lo que hoy forma parte del análisis global no siempre ha sido así. Ayuda a entender que compartir el conocimiento en sanidad se traduce en solidaridad. Distribuir este conocimiento se transforma en un bien social. Eso es muy importante. Por otra parte, la conferencia del doctor Sakellarides nos hace ver cómo las recientes tecnologías permiten construir nuevos modelos, ‘otras formas’ de solidaridad. En Portugal se ha apoyado políticamente el desarrollo tecnológico. El plan tecnológico de Portugal se asienta en un vasto conjunto de proyectos (por ejemplo, Évora como ciudad digital). Un excelente ejemplo para el debate. Es muy interesante aprovechar estas plataformas.

Luego, Luis Gonçalves, patólogo que trabaja en Évora y vive en Badajoz hizo una crítica de las fronteras y vertió elogios para la citada ex ministra de sanidad. Tras aclarar que participa regularmente en la cooperación transfronteriza y en telemedicina (desde hace 13 años), resaltó la importancia de ésta en los cuidados sanitarios a domicilio y en la teleasistencia, abogando por dar más publicidad a este método bajo el lema de *la telemedicina al servicio de los cuidados primarios*; en este sentido, destacó la colaboración entre Extremadura y Alentejo: más de 75.000 teleconsultas, un número muy importante en Europa. “Estamos trabajando –dijo– en un proyecto de innovación: red de cuidados y teleasistencia (insuficiencia renal, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, personas mayores de 75 años y un futuro banco de tumores –el segundo de Portugal)”. Acabó con elogios al Presidente de la Junta de Extremadura, defendió la política de proximidad, abogó por la creación de una Euroregión, como en Galicia y el Norte de Portugal, y dejó caer una crítica al ‘centralismo lisboeta’, una cuestión de menos masa crítica en el Alentejo. Finalizó como empezó: ‘No hay fronteras, somos todos ciudadanos europeos’.

A continuación, el propio cronista, conocedor de la realidad sanitaria actual de Portugal por sus vínculos profesionales con Elvas, Lisboa, Setúbal y

Azores, preguntó a Ferrán Martínez: ‘¿Hay diferencias en la consideración o metodología estadística de Hauser que expliquen las disparidad en los datos entre España y Portugal?’. La respuesta de éste aclaró que Hauser tuvo grandes problemas a la hora de la recopilación. Hay muy diferentes rangos entre ambos países: en España, el registro civil se instauró en 1931. Hasta entonces, se usaba el registro parroquial de enterramientos, no de defunciones. Hubo grandes debates en el último tercio del XIX en la clasificación de las enfermedades. Se impuso el sistema francés (basado en la combinación de la anatomía patológica, la clínica y la etiología). La comparación de los registros (parroquiales, civiles) demuestra pérdida de información (por ejemplo, la defunción en niños: hay ausencia de registros). Las condiciones socioeconómicas de ambos países eran muy similares. El ponente mostró su preocupación por las tasas de mortalidad (probablemente no estaban bien recogidas, por la enorme diferencia existente).

De nuevo intervino Luis Gonçalvez: “¿Cuánto va a tardar el futuro en suceder y de qué depende que suceda? ¿Es posible romper las ‘barreras’ médicas en este nuevo concepto de conexión del enfermo con su salud?” La respuesta de Sakellarides vino a ser la siguiente: “Es una pregunta corta con una respuesta larga. En la sociedad moderna las personas desean tener cada vez más el control de su salud. Es obvio. Hay diferencias socioeconómicas y el problema es ver cómo se generaliza la utilización de estos instrumentos en una población de bajo nivel de competencia y de conocimientos. Hay que verlo en un contexto espacial: más en unas zonas y menos en otras. Lo importante es hacer las integraciones necesarias. Me pregunto: ¿qué esperamos de los sistemas de información? La solución de los problemas debe hacerse de una forma profesional, la transferencia del conocimiento debe hacerse en códigos profesionales”. Un periodista portugués preguntó: “¿es importante la normalización de la recogida de datos en la península ibérica?” y añadió que en Portugal existen varias fuentes informativas sobre el Sida discordante, contradictorio (número de óbitos, enfermedades de transmisión sexual). Hay una gran diferencia entre ellas. La respuesta del doctor Ferrán fue: “Estoy de acuerdo con la normalización. Existen notables esfuerzos de la Unión Europea en este sentido. España y Portugal están dentro de esa dinámica.

En cuanto al Sida, como en otras patologías, a veces se enmascaran (como la tuberculosis en tiempos de Hauser, que la gente quería ocultar) y en España los sistemas de recogida hace unos años estaban distribuidos por distintos ministerios (Sanidad, Economía). Hay una tendencia a mejorar”.

El mismo periodista planteó a Sakellarides el siguiente asunto: “En la nueva sociedad hay un parámetro que usted ha mencionado mucho (la confidencialidad). En Portugal no existe esta cultura del secreto profesional. La información, jurídicamente, es del usuario pero es irreal pues, en la práctica, el enfermo no es el dueño verdadero de su información. Tenemos problemas culturales. Hay una falta de conciencia de la necesidad de la confidencialidad”. La respuesta fue: “Se debe empezar ya. En cuanto a la confidencialidad, son válidos los sistemas de protección de Microsoft. No es ético tener ya la información en papel. Hoy, no tener la información sanitaria en un lugar seguro es un atentado ético respecto a las obligaciones sanitarias. Un ejemplo notable: el mayor desastre de las aplicaciones apareció en Nueva Orleans tras el huracán Katrina. Los archivos desaparecieron bajo el agua. Miles de personas quedaron sin información, necesaria para la asistencia médica debida a la catástrofe.

Iñigo Barreda se interesó desde el punto de vista jurídico sobre la confidencialidad sanitaria y dijo: ‘En el periódico *‘Actualidad del Derecho Sanitario’* (editado por el Instituto de Fomento Sanitario) existe un comentario sobre una sentencia del Tribunal Supremo donde se confirma la legalidad de otra previa referida a la recopilación del fichero de la infección VIH⁵. Ferrán Martínez contesto que en España hay un registro de casos de Sida desde 1985. Donde ha habido conflicto legal es en el registro de los pacientes infectados por el VIH (la realización de encuestas para evaluar la prevalencia de la infección) que aún no han desarrollado Sida⁶. Concluyó Ferrán con una sentencia definitiva: ‘El registro de casos se hace sin problemas’. Un anónimo preguntó: ‘¿Es posible la identificación de una persona infectada?’ y Ferrán le contestó que la aplicación

5 NC:VIH son las siglas de Virus de la Inmunodeficiencia Humana, el agente causal del Sida.

6 NC: El Sida o síndrome de inmunodeficiencia adquirida es la fase más avanzada de la infección por un virus (el VIH), caracterizada por la aparición de numerosas infecciones oportunistas o secundarias y algunos tumores, cuando el daño de la inmunidad celular, las llamadas defensas, es grave.

de la ley de confidencialidad tiene más problemas en municipios de menos de 10.000 habitantes, donde se puede identificar al infectado.

El doctor Sakellarides abundó en la necesidad de la buena protección para beneficio del ciudadano, que puede compartir con quien quiera la información, dependiendo de su voluntad, pero con garantías de que se hace amparado en la confidencialidad. El cronista aportó datos sobre la confidencialidad y el Plan Nacional sobre el Sida español, asunto que, según él, se planteó en el Ministerio de Sanidad hace unos cinco o seis años, a lo que la ex ministra portuguesa María Belem Roseira añadió su propio comentario: “Esta materia es muy interesante y muy importante. En Portugal existe una legislación que todavía no ha sido reglamentada. La propiedad de la información es del propio enfermo”. Por su parte, Isabel Tovar, de la Consejería de Sanidad y Dependencia, dijo que Extremadura ha evolucionado mucho, como se puede comprobar por su enorme esfuerzo innovador. Las transferencias sanitarias se recibieron en 2002. Se arrancó con un proyecto único y revolucionario a nivel nacional: una gran región sanitaria única dividida en 8 áreas, donde el gerente del área de salud es responsable del gobierno de la atención primaria, la atención especializada y la salud pública. Se diseñó un plan de sistemas que estudió minuciosamente la forma de asumir la compleja tarea de encajar las diferentes tareas en una sola organización, de integrar todos los servicios sanitarios en una sola organización. Destacó la magnitud e importancia del proyecto informático Jara, excesivamente ambicioso, previsto que acabe a finales del año 2009⁷. El ciudadano podrá acceder a toda la información disponible que llevará en su tarjeta sanitaria: información sanitaria, farmacéutica, de investigación, etcétera. Se está entrenando al trabajador para garantizar el éxito del proyecto. Al acabar la doctora Tovar, cerró el moderador Freire alertando de la situación actual española: “17 comunidades autonómicas y cada una con su proyecto. Merecería la pena unificar y coordinar, además de coordinar con Portugal, coordinarnos entre todos nosotros”. No se debe confundir historia clínica con el sistema de información de salud.

7 NC: Se puede encontrar más información sobre este proyecto, en <http://www.juntaex.es/consejerias/sanidad-consumo/consejero/servicio-extremeno-salud/common/DOSSIER.pdf>

JUEVES, 25 DE OCTUBRE DE 2007. JORNADA DE TARDE

Por la tarde del mismo día, el primero, se habló –mucho y bien– de la educación médica en el pregrado (Facultades de Medicina/FM) y en el postgrado (especialización). En la mesa redonda *Los retos de la educación médica: pregrado y especialización* participaron cuatro ponentes de altura. La moderadora, Marina Caldas (periodista portuguesa especializada en temas sanitarios) comentó a modo de introducción, que las notas medias en Portugal son muy altas y existe cierta dificultad de acceso a los hospitales españoles. En 2003 existían 275 médicos residentes (MIR) españoles en Portugal y ahora sólo hay 4 (datos del Ministerio de Sanidad portugués). En cuanto a los estudiantes portugueses, casi 1.000 alumnos se han inscrito para entrar en España.

Los ponentes de esta sesión vespertina fueron Antonio Rendas (Rector de la Universidade Nova), el profesor Luis Munuera Martínez (prestigioso traumatólogo o cirujano ortopédico y Director de la Cátedra de Innovación Docente de Madrid), el doctor Álvaro Pacheco (cirujano y ex presidente del Consejo de Administración del hospital Santa Luzia de Elvas) y la doctora Emilia Sánchez Chamorro (vocal asesor del Ministerio de Educación y Ciencia español).

Empezó su intervención en la mesa redonda el profesor Munuera, quien habló sobre los *Nuevos valores del Sistema de Salud en la formación médica*. Tras señalar que el encuentro ibérico le parecía interesante y productivo, planteó los nuevos retos de la formación de los médicos en el grado. Dijo que es una cuestión que preocupa en Europa desde hace tiempo: hace 5 años se publicó un número monográfico en la prestigiosa revista científica *British Medical Journal* (28 de septiembre de 2002) bajo la pregunta *What's a good doctor, and how can you make one?* (¿Qué es un buen médico y cómo podemos formar uno?). En el grado –Munuera *dixit*– se crea el embrión del profesional. Esta fase del aprendizaje necesita una mayor reflexión. No cree que haya valores nuevos. El acto médico sigue siendo una interrelación entre dos personas: ser buena persona y tener cierta pericia en aplicar los conocimientos (*Vir bonus, medendi peritus*, según el profesor Pedro Laín Entralgo). Han cambiado algunas cosas: la ciencia ha sufrido alguna inquietud, hemos pasado de la medicina curativa a la medicina predictiva y hay que pensar también en la

medicina paliativa. A la gente no le gusta que la dividan en partes y tiene que prevalecer la consideración del paciente como un todo integrado (según los puntos de vista ético y científico). El componente científico de la formación ha sufrido un enorme avance: patología molecular, genómica, etcétera. La sociedad ha cambiado: morbilidad (medioambiente, social, laboral), hay nuevos sectores poblacionales; la práctica clínica es diferente: “care versus cure” (o atención frente a cura). La explosión tecnológica tiene algunos defectos: el riesgo de la superespecialización (fragmentación, despersonalización médica). Llamó la atención sobre la ‘idolatría por lo nuevo’ y la moda de las relaciones con la industria, e insistió sobre la valoración necesaria de los componentes económicos, así como la toma de decisiones basadas en conocimientos surgidos de estudios con el mayor rigor científico disponible. Valoró luego los componentes éticos y humanísticos, defendiendo la profesionalidad, entendida como compromiso, empatía, beneficencia, respeto, fiabilidad y comprensión, frente al profesionalismo definido por el diccionario. Reflexionó en voz alta sobre la enorme complejidad de la sociedad actual, sobre la manera de informar y se hizo la siguiente pregunta: “¿Qué es ahora un buen médico?”. Y lo definió como un clínico humanista, competente y capaz, con capacidad de formarse, un cierto grado de creatividad y de comprometerse en el perfeccionamiento de la profesionalidad. Para el Instituto Internacional de Educación Médica, dijo, ser competente es ser clínico y comunicador enfático, capaz de sintonizar con el paciente. La relevancia de la comunicación es extraordinariamente importante. Así mismo, como gestor de la equidad, el médico debe tener consciencia del coste, ser celoso de la eficiencia para evitar la insostenibilidad del sistema y tomar decisiones basadas en evidencias. Concluyó diciendo que el buen médico debe ser promotor de la salud (consejero, educador, comunicador social), que ha de atender al impacto individual de las medidas de salud pública y tener las cualidades del profesional comprometido (integridad, honestidad, compasión y autocrítica). Luego dejó caer la pregunta, en inglés *How can we make it?* (¿Cómo podemos hacerlo?) y ofreció algunas pistas. En las siglas SPICE (*Student Problem Integrated Community Electives Systematic*), de Lowry (BMJ, 1992-93) está la respuesta. Hay que potenciar la figura de tutor frente a la clásica del profesor

y definir sistemáticamente los objetivos concretos que se desea alcanzar. En 1999 se analizó el plan de estudios y se dijo que la reforma de las enseñanzas universitarias de 1987 fue una oportunidad perdida, apoyando la implantación de otros modelos educativos. En 2001, la declaración de Granada abogaba por la necesidad de que las diferentes facultades iniciaran un proceso de reforma y cambio para la mejora de su calidad. El progreso —señaló Munuera, apoyándose en una fotografía en blanco y negro del Madrid de los años cuarenta— siempre es cuesta arriba y a veces se detiene. En España hubo y hay dificultades debidas, sobre todo, a la estructura departamental. A más carga lectiva, más profesorado, más poder. Existe más interés en la formación de los MIR que en la formación de grado. El examen MIR es muy competitivo y por eso las facultades se detienen más en la formación MIR que en otras cosas, provocando un desequilibrio entre el contenido de los conocimientos y las habilidades. “¿Qué mide el MIR?” — se preguntó — para aceptar que no existe equilibrio entre los conocimientos y las habilidades y la necesidad de su modificación. Existe dificultad de los responsables de la formación médica para adaptarse a los cambios complejos, si bien alumbra la esperanza de que la enseñanza española se adapte al espacio europeo de educación superior: un ¡Europa! que resonó como el clásico ¡Eureka! de Arquímedes cuando se encontró con su famoso principio⁸. Por otra parte, la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS, 44/2003) introduce algunos imperativos (artículo 22, párrafo 2) que harán cambiar a las facultades: evaluación de conocimientos teóricos y prácticos, habilidades clínicas y comunicativas, y méritos académicos y profesionales: formar a los alumnos para que sean algo más que un ‘tesoro de conocimientos’, potenciando las habilidades clínicas. En este sentido, hizo una invitación a los colegas lusos a cogerse de la mano y empujar el carro juntos. Acabó hablando de las troncalidades contempladas en la LOPS, con una duración mínima de dos años y una composición determinada por el gobierno de la nación agrupando por criterios de troncalidad

8 NC: Se refiere el profesor Munuera al ‘modelo Bolonia’ que homogeniza la formación en los países europeos y modifica sustancialmente el hasta ahora vigente en España y otros países: <http://ees.universia.es/documentos/ministros/bolonia/index.htm>

cuando proceda, todo para alcanzar los objetivos formativos de la definición, la posibilidad de afinar la orientación vocacional y reducir los cambios tardíos de especialidad. Munuera ve en esto una nueva oportunidad. “Que así sea”, pensó el cronista.

Tras el profesor Luis Munuera, habló la doctora Emilia Sánchez Chamorro (vocal asesora y representante del Ministerio de Educación y Ciencia español) sobre las especialidades: *Desde la Facultad de Medicina hasta la especialización médica*. Se apoyó en una transparencia ‘de hace 20 años’ y en sólo unas cuantas diapositivas para desarrollar una muy interesante exposición. Definió el concepto de médico especialista y repasó la historia de la especialización en España: la introducción del MIR (finales de los sesenta) se hizo en el seno de los propios profesionales, en concreto en el seminario de hospitales que fue una de las más valiosas aportaciones del sistema. Lo meritorio es que el nivel actual de todos los hospitales españoles –herederos de aquel boceto– es alto, y no sólo unos cuantos centros privilegiados. Tras una reunión en la madrileña clínica de Puerta de Hierro se transformó desde dentro la formación pre y posgraduada en España. El cambio metodológico fundamental se resume en un “conviviréis con todos y, más que un maestro, hallaréis el conjunto del hospital”, que expresó el doctor Carlos Jiménez Díaz (1898–1967). La nueva figura del Médico Interno y Residente (MIR) inició su camino en apenas media docena de hospitales: la Clínica Puerta de Hierro y la Clínica de la Concepción, posteriormente denominada Fundación Jiménez Díaz (Madrid), el Hospital General (Oviedo), el Hospital de Basurto (Bilbao) y el Hospital Marqués de Valdecilla (Santander). Se fundamentaba en la adquisición de una responsabilidad progresiva, con un excelente nivel de experiencia y de capacitación clínica e incorporación inmediata al sistema laboral. Los jóvenes profesionales motivan a quienes trabajan en los hospitales: un hospital es muy diferente dependiendo de si tiene o no formación MIR, en todos los aspectos. El Real Decreto 127/1984 está todavía en vigor y fue producto del trabajo de los profesionales y la administración. Expuso los cuatro pilares fundamentales del sistema formativo: la acreditación docente, los programas especiales de cada especialidad, la estructura docente del hospital y las pruebas selectivas. El Consejo Nacional de Especialidades o CNEM (cada

comisión nacional está formada por 11 personas) agrupa a 48 especialidades médicas en España. La acreditación docente es el requisito previo hospitalario y de las unidades docentes (algunas muy complejas, como las de salud mental). Existen programas de auditorías que evalúan a las unidades docentes hospitalarias. Se hace un análisis *in situ* (por la Agencia de Calidad del SNS). En España, actualmente, hay 250 hospitales acreditados que ofertan más de 8.000 plazas para formación. Cada año se hacen unas 60 auditorías. En cuanto a los programas de especialidad, hay uno teórico-práctico para cada una de las especialidades. El Comité Europeo invita a presentar al menos un programa por país. El 'Protoprograma' procede de 1978 y el nuevo programa por especialidad, cuyo origen es de 1984, fue actualizado en 1986. El CNEM hace una especie de carcasa o estructura para que cada comisión lo adapte a su realidad. La estructura docente se fundamenta en dar el apoyo logístico. Esta estructura debe ser mejorada y se debe potenciar en cada institución la figura del jefe de estudio o presidente de la Comisión de Docencia, para dinamizar la organización docente. Como los residentes no son todos iguales, hay que hacer un programa personalizado, adaptar el programa al hospital y al residente. Donde el tutor es una figura fundamental. En cuanto a la evaluación del MIR nadie discute su necesidad y conveniencia, puesto que las pruebas selectivas son la puerta de entrada al sistema y se evalúan sobre todo conocimientos y algo menos las habilidades. Hasta ahora la prueba ha cumplido los principios constitucionales de mérito y de capacidad, para respetar el principio de justicia entre los más de 18.000 aspirantes. En cualquier caso, hay transparencia y la posibilidad de alegar en caso de discrepancias. Pero, según dejó claro la doctora Sánchez Chamorro, "Necesitamos mejorar mucho. Flexibilizar el sistema para que no sea tan cerrado". Es precisa la creación de superespecialidades (o áreas de capacitación específica) donde pueden acceder varias especialidades afines o con intereses comunes. El estudio de las necesidades reales de especialistas (públicos y privados) en un país que figura como el segundo de Europa, después de Italia, en número de médicos por habitantes.

Muy interesante fue su idea de plantear el concepto de médico junto con el de estudiante de medicina. Esta frase sintetiza de forma clara su lúcida postura:

“El alumno, el residente y el especialista es el mismo profesional en una diferente etapa de su vida”. Aunque al cronista nadie le ha pedido que opine, por el hecho cierto de haber vivido las tres etapas citadas por la doctora Sánchez Chamorro, se toma la libertad de decir que comparte plenamente esta idea. Acabada la excelente presentación de la doctora Sánchez Chamorro, le llegó el turno al elvense doctor Álvaro Pacheco quien subió al estrado amparado en la fuerza del lema que da título a las jornadas de *Salud sin fronteras*. Repasó el intercambio comercial, el intercambio cultural y la salud, como formas de contacto antiguo y real entre Badajoz y Elvas, con sus respectivas comarcas, y expuso las distancias kilométricas que separan a Elvas de Lisboa, Évora, Portalegre y Badajoz.⁹ Pacheco se remontó a 1980, cuando se dieron los primeros pasos de colaboración en salud (urgencias) y señaló el año 1994 como el de la inauguración del nuevo hospital, lo que supuso un incremento de los recursos humanos y la llegada de profesionales de España: el 80% (!) del personal en el servicio de Medicina ahora es español. Los estudiantes, en un principio, venían a Badajoz y luego a Salamanca. En cuanto a la cuota de proximidad, en los años noventa se ha reducido el número de demandas del Alentejo y en 2000 se acabaron éstas por la entrada en la Unión Europea: no hay ya cuotas específicas para los portugueses. En cuanto a otras actividades, existe un acceso directo a la biblioteca de la badajocense Facultad de Medicina, tesis de doctorado y trabajos de investigación. Por su parte, desde el lado alentejano, el hospital de Santa Luzia es un hospital pequeño pero reconocido: hay un intercambio de especialistas y facilidades para la realización de proyectos. Existen ciertas ventajas para la UEx: la diversificación, el ser un hospital pequeño y cómodo, el desarrollo

9 (NC: La consulta a cualquier mapa, como el que presentó el doctor Pacheco, pone en evidencia que Badajoz, a menos de 20 kilómetros de Elvas, es el punto de referencia natural en el espacio europeo puesto que el río Caya/Caia supone más una anécdota orográfica casi romántica que un accidente de la geografía. Sería bueno, y justo, que el puente que lo vuela, el 'José Saramago', fuera tal no sólo en la parte española sino también en Portugal. Debe ser el único puente demediado del mundo, como el vizconde de Ítalo Calvino. Para que no pueda competir en el libro *Guímes* de las situaciones grotescas: el medio puente español con nombre de un brillante escritor portugués e iberista confeso, casado con una española: “De Portugal, bom vento e bom casamento”; y el medio puente portugués sin nombre que lo nombre: ¿habrá que bautizar la parte anónima portuguesa con el nombre de ‘Pilar del Río’, como se llama la esposa de Saramago? De este modo, los inconformistas y nostálgicos de glorias pasadas no sabrían si nos referimos a la esposa o a uno de los pilares pontinos –el pilar del río– por donde pasa el río Caya/Caia)

de intercambios y la cooperación internacional. Como ejemplo, anecdótico pero representativo, puso el de una MIR de cuarto año de Análisis Clínicos del Hospital Universitario Infanta Cristina que está rotando en Elvas. Luego habló de telemedicina, de autotransplantes, de cuidados paliativos, de las reuniones temáticas y del *Congreso Ibérico de Telemedicina*.

Por su parte, el Prof. António Rendas, Rector de la Universidade Nova de Lisboa, habló, dentro de *Los retos de la Educación Médica: pregrado y especialización*, del papel de las facultades de Medicina. Empezó reclamando una lengua en común para ambos países (una forma de facilitar el entendimiento) y de equiparar el horario legal para que no haya disfunciones temporales. Se confesó Director de una Facultad de Medicina durante mucho tiempo y Rector de la Universidade Nova lisboeta desde enero de 2007. Se comprometió a no hablar de las relaciones con España (según él, son pocas), sino de la formación en Portugal. Los estudiantes pasan un año en el Alentejo (gracias a un protocolo firmado con la Administración Regional de Alentejo) pues deben practicar en un mundo global. Expuso un problema ético: “¿es posible un patrón global para la educación médica?” (a nivel mundial, regional o local) y entró en el análisis de la realidad portuguesa. Ha habido un gran cambio en la formación de los médicos en Portugal, sobre todo en el ciclo clínico, en la fase preprofesional (diferente que en España, más volcada a la fase MIR). La fase pregraduada, según Rendas, está en manos de la Orden dos Médicos¹⁰, no depende de las autoridades. El número de escuelas médicas es directamente proporcional al PIB (la riqueza) de los países. Europa tiene 232 escuelas médicas y África subsahariana sólo 64. Hay una enorme desproporción, por lo que cada vez habrá más médicos circulando en el mundo global. Es evidente la mala distribución, sin ajuste en cuanto a la demografía ni correspondencia en cuanto al aumento demográfico y, por más que los políticos quieran racionalizar el problema, se trata de un proceso irracional que depende de varios factores y, lo peor, está previsto que esta discrepancia se acentuará.

10 NC: agrupación profesional equivalente al Colegio de Médicos o, por extensión, al Consejo General de Colegios de Médicos español

La migración de los médicos es un fenómeno real y exige la cooperación entre las facultades y los países. Se necesita establecer un registro de facultades y de médicos e implantar un control de calidad. Se preguntó si será posible establecer patrones globales, pues es difícil unificar los currículos de las Facultades de Medicina, cosa que se puede comprobar fácilmente en Europa. La educación médica (EM) mundial define su propio estándar (*Report from The World Federation on Medical Education*. Copenhagen, octubre de 1999). Rendas fue contundente al afirmar que es más difícil cambiar el currículo de una Facultad de Medicina que las piedras de un cementerio. El objetivo de las facultades es formar profesionales y se debe evaluar competencias más que contenidos curriculares. Se amparó en Abraham Flexner (1866-1959), un americano pionero de la educación médica, que reformó la medicina americana y divulgó la máxima “Piensa mucho, publica poco”. Existen cuatro principios comunes a la calidad de la formación médica: las relaciones entre los médicos y los enfermos reposan en valores universales como la honestidad, la compasión, la confianza, la integridad y el sentido del deber. La biología y las restantes ciencias que apoyan la práctica médica de base científica no son geopolíticas sino universales, así como las enfermedades no son nacionales sino la resultante de factores genéticos, ambientales y de estilo de vida. El diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades no es propiedad de una cultura concreta. Tuvo en consideración a las autonomías nacionales: los países deben diseñar sus propias políticas de salud, pero hay que buscar la calidad. Se necesita reclutar las personas con las características definidas antes y en Portugal hay un examen (entrevista) dirigido en este sentido. Las Facultades de Medicina deben seleccionar a sus estudiantes, buscando el componente vocacional. El patrón común ha de ser el desarrollo de las competencias clínicas de los estudiantes (AAMC Paper Academic Medicine, 1997). Se preguntó sobre la realidad portuguesa en esta materia y dijo que se recoge en el Plan Estratégico para la formación en las áreas de la Salud. El hecho real es que hubo una quiebra muy acentuada en el número de estudiantes que acudían a las facultades de medicina (desde 1979 hasta 1986-87). Había sólo cinco facultades con un buen número de estudiantes. La previsión para el incremento progresivo del número de alumnos se llevó a cabo mediante

un contrato firmado entre las facultades y el Gobierno portugués (el número de alumnos era de 561 en 1998/99 y de 1175 en 2004, un incremento del 111%). Se buscó compensar el número de jubilados con la entrada de nuevos alumnos, alcanzando la ratio de 3,8 médicos por mil habitantes, uno de los valores más elevados de la Unión Europea. Señaló que en Portugal era preciso pasar de la fase cuantitativa a la fase cualitativa (mejora de las competencias y establecimiento de patrones de calidad). Según el Rector Rendas, no faltan médicos en Portugal, hay una mala distribución.

Más tarde entró a analizar un aspecto de enorme interés: el sexto curso de la carrera de medicina y el periodo inmediato de formación, el *internato*. La preocupación fue transformar el año sexto en un curso profesionalizado, para acortar la duración del *internato geral* y el acceso rápido a la especialidad. Se desarrolló una encuesta nacional y se buscaron las competencias fundamentales para el ingreso de los médicos en la formación postgraduada. Se preguntó a los tutores y a los estudiantes, quienes respondieron que la formación es muy buena o satisfactoria. La mayoría de los estudiantes se consideran bien o adecuadamente preparados para el internado y el ejercicio profesional, creen disponer de una buena formación teórica y planten la necesidad de una mejor práctica clínica, bajo el principio del *learning by doing*¹¹. Se recomendaba que el último curso fuera lo menos teórico posible y con la máxima experiencia clínica. Los estudiantes consideran muy importante el diseño y la aplicación de protocolos claros sobre la función del tutor. Finalmente, Rendas habló del proceso de Bolonia, que ha obligado a la adaptación de los créditos de formación y a la transformación del sexto curso en un máster integrado. “¿Hay que hacer una tesina de máster?”, preguntó a la atenta audiencia para responderse con un lacónico no. Considera que entre 2004 y 2008 se ha hecho poco y comentó que la idea de compartir recursos entre ambos países es excelente (se declaró como un iberista feroz aunque no tanto como Saramago, ni como el alemán universal Günter Grass, que también se ha montado en el provocador carro de la polémica. ¡Ay, estos intelectuales!)

11 NC: Aprender haciéndolo

EL DEBATE PENINSULAR

La moderadora de la mesa redonda, Marina Caldas, extrajo las conclusiones siguientes:

1. El futuro es global en el ámbito de la formación médica.
2. El aprendizaje se puede hacer entre España y Portugal.
3. La mala distribución sigue en todo el mundo.

En el debate posterior salió a colación la necesidad de investigar más en educación médica y el problema de las estructuras universitarias, de reacción lenta y alejadas de la realidad social. Cerró el debate el profesor João Meireles, vicedecano de Alumnado de la Facultad de Medicina de Badajoz, un portugués y español que, cosa excepcional en su día a día, se expresó públicamente en su lengua materna para resaltar la excelente colaboración de la Facultad de Medicina extremeña con el Hospital de Santa Luzía de Elvas. Para satisfacción de todos y, sobre todo, del luchador y pionero Álvaro Pacheco, que disfrutó mientras escuchaba en silencio.

Tras el merecido descanso –para el cronista, todos los descansos son merecidos– donde tomó protagonismo el café, quizá uno de los vínculos que más unen al gallo y al toro (la infancia y juventud del cronista están aromadas de café *Camelo*), se inició la segunda mesa redonda de la tarde, una mesa más pragmática y menos ideológica que las interesantes conferencias matutinas y la mesa redonda precedente. Se tituló *Experiencias de colaboración en la frontera entre el Sistema Nacional de Salud portugués y español*. La moderó la periodista española Lucía Argos López y comenzó su turno el doctor José María Vergeles (Director General de Gestión del Conocimiento y Calidad Sanitarias de la Consejería de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura). Hizo los agradecimientos debidos y mostró su intención de hablar de una forma más general de la colaboración transfronteriza, dejando los aspectos más particulares y detallistas a su colega alentejana la doctora Rosa Matos.

Vergeles resaltó la importancia de la relación transfronteriza, encuadrada dentro del marco europeo, en la que se han ido produciendo hitos entre ambos países, tanto desde el punto de vista comerciales, como acuerdos que permiten la incorporación de otras estrategias como la salud (año 2000) y la nueva estrategia de salud europea aprobada recientemente. Subrayó la

importancia de la salud en la Unión Europea, en la que se pasó de lo económico a lo social. Hizo un repaso a los fondos utilizados para esta cohesión transfronteriza (Fondo Social Europeo, Fondo de Desarrollo Regional o FEDER, Fondos de Cohesión y Fondos Agrarios) destacando Interreg por encima de todos en el ámbito sanitario.

Señaló los acuerdos entre Extremadura y las Regiones de Centro y Alentejo de Portugal como elementos claves de esa cooperación que dio lugar a la creación en 2006 de comisiones específicas para tratar temas de formación, de cooperación y proyectos de cercanía. El desarrollo de las comisiones específicas de sanidad ha supuesto un punto importante: se partía de unas condiciones socioeconómicas parecidas como la extensión, la población (1.070.000 de Extremadura y 770.000 de Alentejo), las cifras sanitarias (número de médicos: Extremadura 4.300 y Alentejo 1.300), mortalidad infantil (3,3 y 3,5, respectivamente) y gastos en Sanidad (% del PIB) con 8,1% para Extremadura y 10,1% para el Alentejo. Apuntó hacia una potenciación del desarrollo de algunas estrategias nacionales, dado que el sistema español y portugués muestran ciertas diferencias, algo que ocurre en cuanto a las competencias regionales y locales.

Los proyectos de cercanía, como la atención de urgencias/emergencias, la coordinación en cuidados críticos, cirugía pediátrica, cuidados oncológicos y atención a la mujer embarazada han disfrutado de esa cooperación transfronteriza. Hay proyectos de cooperación de segunda generación que han servido para adquirir una tecnología que está a disposición de la ciudadanía bajo la forma de diferentes protocolos: PET-TAC, TAC multicorte, emergencias sanitarias y telepatología. A estos hay que añadir otros en el ámbito de la formación o del intercambio de conocimiento.

Para abordar el asunto de las infraestructuras apunta la conveniencia de disponer de las necesidades de crecimiento que tenemos. Ante todo hay que potenciar las tecnologías de la información y comunicación, crear una entidad gestora, contar con el Gabinete de Iniciativas Transfronterizas y consolidar una oficina de proyectos europeos en virtud de los fondos para zonas transfronterizas. Es fundamental considerar que la sanidad es un sector clave en el desarrollo regional y no hay que usar la financiación como coartada

para desarrollar los proyectos transfronterizos sino al revés: tener los proyectos y luego buscar los fondos que permitan la cooperación. José María Vergeles, como propuesta final, abogó por una Euroregión como forma de organización, con la creación de una estructura de planificación y gestión conjunta para el desarrollo.

La doctora Rosa Valente de Matos (Presidenta de la Administración Regional de Salud del Alentejo) habló sobre ‘Experiencias de colaboración en la frontera entre el Sistema Nacional de Salud portugués y el español’. Hizo un repaso a los cuatro protocolos entre el SES y la Unidad local del Alentejo: radioterapia (menos autonomía que la extremeña), embarazadas, asistencia médica a pacientes en estado crítico y cirugía pediátrica. Respecto a la radioterapia, cuyo objetivo es el estudio y posterior tratamiento ambulatorio de los pacientes, dijo que el número de enfermos ha pasado de 13, en 2004, a 26 en 2007. El protocolo de asistencia a las embarazadas, que incluye la asistencia al recién nacido, es el más polémico aunque está apoyado en la voluntad de las mujeres de Campomayor y de Elvas. El objetivo es prestar asistencia a la mujer y al recién nacido sano y también al que presente problemas. Los hospitales involucrados son el Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz y el hospital de Santa Luzía de Elvas. Han nacido 362 niños desde la firma del protocolo y ha habido otras intervenciones. Respecto a los cuidados críticos (57 pacientes), ha funcionado a la perfección con los mismos hospitales involucrados. El protocolo de cirugía pediátrica (Otorrinolaringología, Urología y Oftalmología para menores de 14 años), ha acogido hasta el momento a unos 600 niños.

En cuanto los fondos Interreg III A, el protocolo *Inforaia* pretende innovar y modernizar las estructuras: adquisición de equipamientos, formación de profesionales y envío de pacientes. Ha habido 36 pacientes portugueses que ha hecho uso del PET (Tomografía por Emisión de Positrones) y se pretende ampliar a más de los 390 pacientes alentejanos aprobados. La cooperación se ha extendido al área de formación y en 2004 comenzó un programa en el área de oncología de cirugía de mínima invasión y de telemedicina. Rosa Valente de Matos concluyó señalando el impacto muy positivo de la cooperación y el beneficio para los usuarios de ambos lados de la raya y con un notable incremento del patrimonio de equipamiento.

Llegó el turno de Cayetano Rodríguez Escudero (Secretario General del Servicio Gallego de Salud o SERGAS), quien expuso la experiencia de la relación entre el norte de Portugal y Galicia. La cooperación afecta a once municipios y cabe destacar la gran implantación de la telemedicina. Resaltó como aspecto negativo el que se utilice Interreg para recoger financiación, cuando lo que debiera ocurrir es lo contrario, tener voluntad de cooperación y buscar las formas de sufragarla. La meta de una salud sin fronteras todavía tiene un camino que recorrer.

Alcindo Maciel Barbosa, Presidente de la Administración Regional de Salud del Norte de Portugal ofreció su versión portuguesa de las relaciones del Norte con Galicia y destacó los diferentes programas de Interreg III que se han puesto en marcha en los últimos años: Galeno (Telemedicina, 1,9 millones €), Alcoholismo (759.420,00 €), Carta-Trans-Saúde (270.486,00 €), Gamite (Telemedicina, 2,9 millones €) y tratamiento de toxicodependientes (en Porriño y en Chaves). El doctor Alcindo Maciel resumió sus conclusiones diciendo que la articulación transfronteriza se ha estructurado y ampliado su ámbito, que su intensidad depende de la estabilidad de los líderes, que el contacto con Galicia es más importante que el realizado con Castilla-León, que la cooperación es una oportunidad de conseguir ayudas para adquirir equipamientos y mejorar las prestaciones, y finalmente, que la salud sin fronteras todavía tiene un camino por recorrer.

EL DEBATE PENINSULAR

El doctor Carlos Gómez, Gerente del Área Sanitaria de Badajoz capital (Servicio Extremeño de Salud) expresó su agradecimiento a los profesionales de Ginecología-Obstetricia por su trabajo discreto y eficaz en pro de la cooperación. El doctor Sánchez Trancón, oftalmólogo, se identificó como el máximo proveedor extremeño de servicios sanitarios privados a la comunidad portuguesa (más de 4.000 cirugías oculares al año y muchas más consultas). Reivindicó el uso de caminos de cooperación no sólo institucionales e hizo una oferta pública a la prestación privada de salud. El cronista que esto escribe planteó el problema de los inmigrantes y sus necesidades, entre otras,

sanitarias y también sacó a colación el progresivo e imparable incremento de la edad media de la población asistida. La ex ministra Roseira se implicó en lo que consideró muy importante, la salud de los emigrantes, y habló de la firma del tratado de Lisboa en noviembre de 2007.

DÍA SEGUNDO

VIERNES, 26 DE OCTUBRE DE 2007. JORNADA DE MAÑANA

Dos mesas redondas ocuparon la totalidad de esta única jornada matutina. La primera, moderada por Miguel Mauritti, director del periódico *Médico de familia*, que trató sobre *Innovaciones en Atención Primaria y sus perspectivas de futuro*. La segunda, *Compartiendo experiencia en Planes de Salud a nivel regional y autonómico*, fue moderada por José Ramón Repullo Labrador, Jefe del departamento de la Escuela Nacional de Sanidad, en el Instituto de Salud Carlos III.

El moderador de la primera mesa redonda, expuso que los retos para los profesionales y las escuelas de medicina y enfermería son muy grandes y hay que proponer soluciones sobre el terreno. Hay que modificar el paradigma de gestión y la renovación es la propuesta innovadora. Participan Luis Palomo Cobo, coordinador de docencia en el Área de Salud de Cáceres, Luis Pisco, que tiene en las manos la reforma del sistema nacional de salud portugués, Sergio Minué, profesor de la Escuela de Salud Pública de Andalucía, y Raul Cunha, especialista en Medicina General/Familiar. Comenzó el doctor Luis Palomo, que habló de *Innovaciones en atención primaria*. Según él, la atención primaria ha mejorado notablemente los indicadores (más de 28 indicadores) de salud española con un descenso de la mortalidad y de la mortalidad evitable por muchas causas (neumonía, asma, enfisema, etcétera). Los ciudadanos están, en general, muy contentos con estos niveles de atención (valorados por encima del 70% en las encuestas). Por otra parte, los costes económicos son asumibles (es decir, se consigue con costes muy bajos: en España, el 54% de lo que supone la atención primaria en el conjunto de los países de la OCDE). Los logros de la atención primaria se hacen a un precio muy bajo y, por

fin, ha mejorado la equidad horizontal, es decir, la accesibilidad de las clases económicas bajas a la atención primaria y a urgencias. Luis Palomo habló de la influencia de los sistemas de pago para decir que el sistema menos incentivador es el pago por salario. El pago capitolativo favorece la accesibilidad, la continuidad y la longitudinalidad más que el pago por acto médico. Los sistemas de pago no influyen en la salud de los pacientes ni ningún sistema es perfecto. En su opinión, los sistemas mixtos son más ventajosos para sortear las imperfecciones del mercado. Lo ideal sería salario (60%), capitolativo (30%) y en función de las actividades (10-15%).

En cuanto a los incentivos apuntó que la carrera profesional debe perfeccionarse en indicadores, en homogeneidad territorial (distintas en cada Comunidad Autónoma) y en criterios de recompensa ofrecidos. En España la carrera profesional se está convirtiendo en un incentivo fuerte, lo cual es peligroso porque rompe la homogeneidad de los equipos y se olvida enseguida cuando se paga una vez al año. Incentivar a equipos, por periodos inferiores al año es preferible y es mejor que los incentivos sean pagados a equipos y en periodos cortos de tiempo. Los incentivos a la reducción de la incapacidad temporal y del gasto farmacéutico deberían desaparecer como tales y ser sustituidos por indicadores de calidad (calidad de prescripción, calidad de la baja). No se debe incentivar la práctica habitual y lo que se hace cotidianamente, la rutina clínica, sino que se debe incentivar lo extraordinario, no lo habitual. ¿Cómo influyen los modelos de gestión en atención primaria? En España se han ensayado varios modelos como la autonomía de gestión (Baleares, País Vasco) o el de cooperativas (Cataluña) y la gestión privada *versus* la pública. La Fundación *Avedis Donavedian* analizó 103 indicadores y eran similares (parecido coste habitante/año)

En cuanto al dilema entre gestión privada *versus* pública, citó a Guarga y Cols para decir que no encontraron diferencias relevantes entre pública y privada. Las variaciones dependen de las características de la población y de su patrón de uso de los servicios públicos. La descentralización/autogestión en atención primaria favorece la productividad y la eficiencia de los equipos, impulsa el desarrollo de nuevas competencias, y mejora las habilidades de los profesionales, aumenta la capacidad de resolución, y la

oferta de servicios, ejerce una función reguladora en el sistema sanitario y disminuye la derivación de los pacientes a los servicios especializados. No obstante dicha autogestión tiene sus inconvenientes, como la selección adversa de pacientes, el uso de recursos sin considerar la necesidad, la inequidad en el acceso a los servicios, las ineficiencias a corto plazo, el incremento de los costes de transacción, la burocracia y la facturación. Además, fragmenta la atención primaria en pequeñas unidades, facilita la privatización, se pierde la capacidad de regular el mercado sanitario por la competición que se pondrá en marcha, aumenta las desigualdades según la capacidad de ahorro del centro y provoca una pérdida de independencia del profesional.

La libre competencia, la libertad de mercado, o la eficiencia a ultranza no deben ser la coartada para promover reformas, sino la justicia social y la adecuación a las necesidades de los ciudadanos. Terminó el ponente preguntándose qué iniciativas pueden tener sentido en atención primaria y ofreció las siguientes sugerencias para reducir la incertidumbre del medio: 1. Transparencia informativa: es una asignatura pendiente en el sistema español. La información sanitario-asistencial debe circular con fluidez desde los niveles más esenciales porque hay un desfase entre la información de los gestores y los que trabajan en atención primaria. 2. La planificación, al menos a nivel del área sanitaria. 3. La participación ciudadana y profesional y la exigencia de ciertas garantías: servicios eficientes, de calidad, sin coste para el usuario, a toda la población, financiados públicamente. 4. Comparar para mejorar 5. Motivar a los profesionales: los incentivos económicos actuales no suplen la motivación intrínseca. 6. Dar autonomía organizativa.

Intervino a continuación Luís Pisco para hablar de la *Reforma de la atención sanitaria en Portugal*. Apelando a Michael E. Porter (*Redefining Health Care*) entró a analizar por qué se está haciendo una reforma de los cuidados primarios en Portugal. Las razones se buscan en los enfermos (hay que proporcionarles buenos cuidados sanitarios); los profesionales (recompensar por la buena práctica clínica) y los financiadores (contención del gasto). La situación en Portugal a lo largo de los últimos 25 años es la de médicos de familia que son funcionarios del *Serviço Nacional da Saúde* (SNS), trabajando normalmente

en un centro de salud. La accesibilidad es normalmente baja, condicionada por las decisiones político-administrativas más que por las necesidades de los ciudadanos; en muchos sitios el servicio está cubierto 24 horas al día los 365 días del año; la libertad de escoger del ciudadano es muy pequeña; existe en teoría la posibilidad del cambio de médico de familia pero está limitada por factores burocráticos, por la demografía médica y, sobre todo, por la falta de incentivos para el médico que recibe más de un enfermo o familia; el nivel de satisfacción es bajo (ciudadanos, políticos y profesionales) con frecuentes abandonos de la profesión y cambios de actividad. Presentó un estudio del profesor Miguel Gouveia donde se demuestra que un centro tiene 30.834 pacientes (10,8% sin médico de familia), con 19.792 usuarios, 20,9 médicos, 20,6 enfermeros y 97.315 consultas. El coste total de un centro de salud de tipo medio está en torno a 6.674.690 de euros; el coste por paciente 216,5 Euros, los gastos por médico y enfermero (34,8 y 14 euros, respectivamente), los gastos administrativos y de dirección 18,6 euros, por medicamentos 84,3 euros y otros gastos 24 euros. Citando a Henrique Botelho (2001), dijo que un centro de salud es –o debería ser– un servicio de proximidad, pequeño en dimensión, ligero en estructura, simple en su organización, afable en la relación que establece con los usuarios y fácil en el contacto. Pero, y es una paradoja, para ser eficaces tienen que ser más grandes. Las reformas en Portugal empezaron desde abajo hacia arriba, reorganizando los 360 centros de salud en las 18 subregiones (se creó un decreto ley para las unidades de medicina familiar que entra en vigor en enero de 2008). Se pretende un doble movimiento: la constitución de pequeñas Unidades Funcionales Autónomas (UFA) que presten cuidados de salud a la población proporcionando mayor proximidad al ciudadano y una mayor calidad de servicios. Las principales características de la reforma del sistema se centran en la adhesión voluntaria de los profesionales y usuarios, el trabajo en equipo multiprofesional, la obligatoriedad del sistema de información, un régimen remunerativo sensible al desempeño, un régimen de incentivos y contractualización y la evaluación del sistema. La Unidad de Salud Familiar (USF) tiene por misión mantener y mejorar el estado de salud de las personas a través de la prestación de cuidados generales de salud, de forma personalizada, con buena accesibilidad

y continuidad adaptados al contexto familiar de los pacientes. Esta responsabilidad se focaliza de un modo especial en un grupo de ciudadanos que varía entre 4.000 y 18.000 personas. Los límites son indicativos y se pueden sobrepasar en función de las circunstancias geodemográficas y de la disponibilidad de los recursos. La creación de las USF es un proceso voluntario que se hace de abajo a arriba, mediante la implicación total de los profesionales de la salud (escoger equipo, autonomía organizativa, definición del plan de acción, gestión en función de los objetivos, corresponsabilización). El plan de acción es el instrumento fundamental de la USF. La remuneración de los médicos integra tres componentes: hay una remuneración base, suplementos y compensaciones por el desempeño de la actividad. Los centros de salud son la base institucional de los cuidados de salud primarios y el pilar central de todo el sistema de salud. Constituyen un patrimonio institucional, técnico y cultural que es necesario preservar, modernizar y desarrollar porque continúan siendo el medio más accesible y efectivo de proteger y promover la salud de la población. El objetivo principal es dotar a los actuales CS de un cuadro organizativo y de estructuras de apoyo que les permitan aumentar la calidad de los servicios prestados, maximizando los recursos y preservando su identidad. En cuanto al proceso de cambio, se están constituyendo las Unidades de Salud Familiar (USF), el agrupamiento de los centros de salud, la introducción de los nuevos modelos de gestión y la reorganización de los servicios de apoyo. Las oportunidades se concretan en reducir los gastos al racionalizar los recursos, obtener economías de escala a través de la agregación de los servicios dispersos, mejorar la calidad de los servicios prestados mediante el paso de una lógica de tutela a una lógica de prestación de servicios, la optimización de los flujos de información considerando también las necesidades de los equipos de gestión y la integración de las diversas aplicaciones informáticas y prestación de servicios de apoyo técnico.

Se han identificado las áreas claves:

- Aprovisionamiento, compras y logística.
- Gestión de recursos humanos.
- Gestión financiera.
- Instalaciones, equipamientos y manutención.

- Informática.
- Asesoramiento jurídico.
- Servicios de apoyo general.
- Servicios de salud.

Por su parte, Sergio Minué, de la Escuela Andaluza de Salud Pública, reflexionó sobre *Innovaciones en Atención Primaria y sus perspectivas de futuro*. Se acogió a un pensamiento de Mario Benedetti: “Cuando tenía todas las respuestas me cambiaron las preguntas”. Hizo un paralelismo entre las reformas española y portuguesa y detectó una falta de orientación al servicio, una gestión que obstaculiza su desarrollo, con falta de autonomía y trámites administrativos. Los indicadores básicos para la comparación son la falta de implicación de los profesionales, la descoordinación con el nivel de especialidades y la indefinición de las prestaciones. En su intervención abordó los diferentes problemas que afectan al funcionamiento de los sistemas de salud y citó el malestar de los médicos, los fenómenos migratorios (médicos que no conocen el idioma), las nuevas enfermedades, la información poco fidedigna que hay en Internet y la presencia de médicos estrellas. Abogó por un acuerdo explícito entre profesionales y sociedad y por la transformación de los servicios sanitarios aunque advirtió que no siempre las innovaciones son las que triunfan.

Finalmente, Raul Cunha, desde su centro de salud Novo Cuidar situado en Fafe (Braga, cerca de Guimarães, Norte de Portugal) que atiende a 56.000 habitantes habló de la oportunidad de dar un salto cualitativo importante. Apuntó el objetivo de dar más satisfacción para las personas y los profesionales, con pequeños equipos multiprofesionales y autoorganizados, con autonomía organizativa, funcional y técnica, con cartera básica de servicios y asumiendo un compromiso de atenerse a un conjunto de objetivos. Hay medios de monitorización permanente y un sistema retributivo que premia la entrega y el esfuerzo. Describió la organización interna, las áreas de intervención y la oferta asistencial (horarios, consultas abiertas, actividades de enfermería: cuidados de salud infantil, de salud materna, planificación familiar, enfermedades crónicas, cuidados curativos y patologías agudas y cuidados a domicilio).

EL DEBATE PENINSULAR

María Luisa de la Puente, del Departamento de Salud de Cataluña preguntó: “¿Hay unanimidad en tener equipos pequeños, autónomos que puedan buscar soporte en equipos de gestión?” Le contestó el doctor Palomo afirmando que merece la pena reformar el modelo español puesto que la población española ha aumentado en 5 millones, los equipos son cada vez más grandes, ingobernables, con problemas y conflictos. Existe una tendencia a formar unidades más pequeñas para aminorar los conflictos y lograr una mejor relación. Es preferible hacer incentivos al equipo para evitar los conflictos y pactarlos previamente por consecución de objetivos, en periodos cortos.

La respuesta de Cunha es que hay que contar con equipos de apoyo e incentivar en equipo. Por su parte, Sergio Minué apuntó que en otros ámbitos se da cancha a los profesionales mientras que en el sistema sanitario no. Las reformas en atención primaria en el mundo desarrollado siguen tres modelos: jerárquicos, de mercado y de red; en España sólo existe el jerárquico y optar por la parálisis no es una buena respuesta. Gloria, concejal y enfermera del Centro de Salud de Valencia de Alcántara, habló de las diferencias entre las Comunidades Autónomas que llevan a la fuga de médicos (médicos extremeños y españoles se van a Portugal). Raul Cunha piensa que en su unidad familiar el sector de enfermería tiene un papel decisivo, importantísimo: todas las semanas se reúne el equipo en conjunto y se comparten experiencias y opiniones. El cronista añadió un punto más de debate: la gente está contenta con los profesionales sanitarios. No es pareja, en su opinión, la evolución de los cargos directivos. Opina que se debe profesionalizar la gestión sanitaria. Minué dijo: “Estoy muy de acuerdo con usted. Pero nadie está interesado en producir ese cambio”. Se pretende mantener el clientelismo político. Asumir las decisiones de arriba que no se cuestionan. No obstante, existe una gran heterogeneidad en los hospitales, en la atención primaria y en los servicios centrales. ¿Debe tener un médico asistencial obligaciones de gestión? No lo tiene claro.

La última mesa redonda llegó a media mañana. José Ramón Repullo el moderador, disculpó la ausencia de Dolores Fiuza (SESPAS) y presentó a los ponentes. Comenzó su turno Maria do Céu Machado *Compartiendo*

experiencias en Planes de Salud a nivel regional y autonómico. Habló de las administraciones regionales de salud (Norte, Centro, Vale de Tejo, Alentejo y Algarve) y la importancia de la evolución demográfica en los dos países. La pirámide de edad demuestra que la población emigrante en España es muy superior a la de Portugal. En cuanto al envejecimiento, en 2050 será tres veces mayor la franja de más de 75 años (31,8%) que la de menos de 15 años (13,1%). El enfoque adecuado para conseguir más salud para todos estriba en centrarse en la familia y en el ciclo de la vida (nacer con salud, crecer con seguridad), dando prioridad a los más vulnerables, acogiendo a unos indicadores y metas como el aumento de la esperanza de vida. La mortalidad infantil de Portugal es la cuarta de Europa. Por regiones, es inferior en el Centro y superior en el Norte, Algarve y Alentejo. La mortalidad por cáncer de cuello de útero ha mejorado pero por regiones es peor en el Algarve. La muerte por Sida en personas por debajo de 65 años es cuatro veces superior en Lisboa que en el Alentejo. En cuanto al número de médicos de familia/otros especialistas, existe una notable asimetría, como en el de enfermeros por 100.000 habitantes (Lisboa y Vale do Tejo tienen casi 100.000 más que el Alentejo). En el consumo de medicamentos hipnóticos y sedantes por región el Alentejo anda a la cabeza. La política de salud depende de los estilos de vida, de la información y concienciación de los ciudadanos y de los profesionales, de la sociedad civil, del Ministerio de Salud y de otros ministerios e instituciones. Definió las estrategias para la salud que deben ser fuertes (aguantar los cambios políticos) y flexibles (adaptarse a los cambios).

José Ramón Repullo habló de la época desarrollista, desde los planes de hospitales británicos de 1962 al Plan de Hospitales del INP Español de los años 60 y 70, la época racionalista de los planes nacionales de Salud, la época gerencialista y de competencia, con objetivos y programas de salud para incorporar en los contratos con proveedores, hasta llegar a la época de gestión y gobierno clínico, con planes y estrategias por problemas de salud. Se preguntó cómo han ido cambiando los instrumentos de planificación estratégica para lograr menos objetivos y programas, pocos y bien gestionados, diseñados para anticiparse a los problemas y buscando implicar a todos los agentes. La Ley

General de Sanidad tiene un diseño racionalista y centralista para coordinar y dirigir la sanidad de las 17 regiones. Confluyen los criterios generales de coordinación sanitaria, que bajan desde el Ministerio, y los planes autonómicos, que suben desde las comunidades autónomas para formar el Plan Integrado de Salud. Se trata de algo similar al sistema de planificación del NHS británico de 1976, con un esquema racionalista y cartesiano en la estructura de contenidos y que nunca funcionó como sistema de coordinación. ¿Qué experiencias sacamos en España de los planes de salud de primera generación? Las Comunidades Autónomas fueron poniendo en marcha los Planes de Salud a lo largo de los años 90 con gran heterogeneidad en formato, limitada capacidad de elaboración técnica y pocos compromisos de recursos. Tras la publicación no había un grupo que vigilara e impulsara el cumplimiento. Sobre los ‘Planes de Salud de Segunda Generación’ hizo una reflexión ante la falta de efectividad de los modelos racionales a lo largo de los años 90. Cree necesario aprovechar las sinergias y fomentar las alianzas, desarrollar una estrategia de sistemas de información de base poblacional que identifique necesidades de salud y evaluar las intervenciones sanitarias con criterios de eficacia y efectividad, orientadas a resultados. Señaló que para hacer viables los Planes de Salud es esencial la investigación, impulsando estudios multidisciplinares, intersectoriales y multicéntricos cuyos resultados se traduzcan en acciones. Para que las políticas de salud respondan a las necesidades de la población es fundamental dar participación directa a los ciudadanos a nivel local, realizar inversiones importantes en recursos científicos y profesionales, desarrollar otras herramientas intersectoriales que permitan hacerlos operativos y evaluar los planes. La participación ciudadana en los Planes de Salud debe explicitarse en todas las fases de su elaboración para garantizar la eficacia y efectividad de los mismos.

¿Puede ser la planificación por objetivos de salud una alternativa para la cohesión efectiva del sistema nacional de salud? La verdad es que sería buena idea que los resultados en salud guiaran la coordinación, pero tendría que tener (el centro del sistema) una fuerte legitimidad científica de origen y nacer de una estructura común, donde todas las instituciones capitalizaran su protagonismo y ser gestionado por una agencia que fuera de todos y no fuera de nadie. Se trata de un reto de diseño institucional.

Mário Carreira, de la Dirección General de Salud habló de *Cooperación transfronteriza en salud pública*. “El mundo no tiene fronteras” –dijo– y añadió que “nadie ha visto las fronteras aunque sí los puestos fronterizos. Comentó casos reales, como el de un niño portugués con meningitis que fue atendido en Badajoz y un brote de salmonelosis sufrido por turistas españoles estando en Portugal, que se detectó en España y se notificó a Portugal. Habló de retos de futuro en la mejora de los sistemas de comunicación y coordinación, de los mecanismos de respuesta conjunta, y un desarrollo de simulaciones y entrenamiento conjunto para anticiparse a las situaciones y problemas.

María Luisa de la Puente Martorell, de la Dirección General de Planificación Sanitaria de la Generalitat de Cataluña habló de la *Planificación sanitaria más allá del 2000. Compartiendo experiencia en Planes de Salud a nivel regional y autonómico*. Confesó que provenía del mundo de la salud pública (pediatra, medicina preventiva y salud pública) y no de la gestión. Amparada en la experiencia de los últimos 15 años, la doctora de la Puente comenzó exponiendo los antecedentes como el cambio de orientación de la planificación sanitaria en los 80 de los recursos y la productividad a los objetivos de salud. Surgieron en 1977, cuando la OMS lanzó la estrategia *Salud para Todos en el Año 2000*. Europa se incorporó a la estrategia en 1980 y España lo hace con la Ley General de Sanidad (1986). El Sistema Nacional de Salud y el desarrollo de los Servicios de Salud de las CCAA son el inicio de la modernización y transformación del sistema sanitario del que se puede sacar un balance general muy positivo en cuanto a planificación por objetivos de salud, impulso a los sistemas de información y evaluación, identificación de necesidades y priorización de objetivos. En su opinión no se ha trabajado bien la evaluación para el cambio. Existe un déficit absoluto de sostenibilidad y eficiencia del sistema sanitario, que no existen en los planes de salud, y hay resultados negativos en cuanto a los estilos de vida (por ejemplo, la obesidad).

¿A qué se tiene que dedicar el sistema sanitario? Su respuesta es salud y equidad, porque sostenibilidad no significa inmovilidad y eficiencia. Citó la publicación reciente de un dato que señala que España ha pasado del puesto 14 al 26 en calidad del sistema sanitario, en el contexto europeo. Ha sido muy criticada esta encuesta porque se ve la salud como un bien de consumo y no

como un derecho primario. El concepto de sostenibilidad no es sólo económico sino que afecta también satisfacción de los profesionales. Alabó las estrategias multisectoriales que tienen en cuenta la perspectiva del entorno físico, cultural y de género así como los programas orientados a los resultados en salud e inversiones para el desarrollo de la salud y la atención sanitaria.

Se planteó una pregunta relevante: **¿A dónde se han de orientar los objetivos de la planificación sanitaria en este inicio de siglo XXI?** En opinión de María Luisa de la Puente Martorell hay que contribuir a la mejora de la salud, satisfacer a los ciudadanos y disminuir las desigualdades, desarrollando un sistema sanitario sostenible, eficiente y basado en las necesidades y fomentando la rendición de cuentas. Es una acción de gobierno y no se puede delegar, puesto que son los gobiernos los responsables de hacer este trabajo. En Cataluña se ha trabajado en este sentido con un impulso político fuerte, una planificación operativa y evaluación. Existe una nueva planificación sanitaria en Cataluña para el periodo 2004-2010. Una de las características fundamentales es la de hacer que sea la propia población la encargada de promover la propia salud y ser sujetos activos en la gestión de la enfermedad. Los gobiernos tienen la responsabilidad de desarrollar políticas saludables con el compromiso de los sectores implicados.

EL DEBATE PENINSULAR

Tomó la palabra una representante del Servicio Regional de Salud del Alentejo para hablar de los programas en ejecución en esta zona y, tras una larga exposición, preguntó cómo se pueden evaluar en términos de procedimientos y en cuanto a los resultados finales los 40 programas. “Es imposible”, se dijo. Y también planteó cómo motivar a los profesionales. El profesor Muñuera, por su parte, manifestó su sorpresa al no ver plasmada en los planes de salud la fractura osteoporótica, un verdadero problema de salud pública (‘un reto extraordinario actual y futuro’) que supone una enorme carga económica, social y sanitaria. Respondieron varios ponentes: la doctora de la Puente Martorell señaló que en Cataluña sí hay un plan de director de enfermedades del aparato locomotor y es un tema prioritario; La doctora Machado intervino para aclarar que en Portugal también se ha tenido en cuenta en el

Plan Nacional de Salud, dentro de las enfermedades crónicas, aunque reconoció que es más fácil mejorar los indicadores de las patologías agudas que de las crónicas. El doctor Correia plantea un asunto interesante: ¿por qué los países europeos sureños le dan tanta prioridad a la patología cardiovascular cuando tienen los mejores índices de morbimortalidad? El cronista, en otro orden de asuntos, apuntó que el factor humano es fundamental en cualquier organización o sistema, en la cooperación y dejó caer una pregunta: ¿Cómo pueden convivir el papel bloqueante y entorpecedor de la poderosa *Ordem dos Médicos* con la necesidad de profesionales en Portugal? En España hay necesidad de determinados especialistas y se consiguen de forma inmediata (por ejemplo, más de cincuenta médicos polacos en Extremadura). Le respondió la doctora Machado: Estoy de acuerdo completamente con su queja. Tuvimos *numerus clausus* en Portugal durante unos años en algunas facultades (por el ‘boom’ posterior a la Revolución de los Claveles). Los médicos ganarán más dinero sin son pocos: en este sentido, la *Ordem dos Médicos* mantiene el espíritu corporativista, cosa con la que no está de acuerdo. Este año ha aumentado el número de estudiantes de Medicina (1.600 al año) pero para formar un especialista son necesarios 16 años. Por lo tanto, seguimos con necesidad y el peor año será el 2013. Luego, se cree que mejorará pero sigue habiendo dificultades para abrir nuevas plazas, no hay facultades privadas y hay muchos estudiantes en España y en otros países. El Colegio de Médicos debería dejar de ser corporativista. Pero noto un cierto pesimismo. Cerró diciendo que no opinaba como alto cargo ministerial sino ‘a título personal’. Mário Correia apuntó que es un mito en Portugal el asunto de la falta de médicos. Está por encima de la media europea (llegada de médicos extranjeros y aumento de alumnos en las facultades). Hay una grave asimetría entre médicos de familia (número menor) y especialistas de hospital (más numerosos). Necesitamos un cambio de organización. Está de acuerdo en que la *Ordem dos Médicos* es excesivamente corporativista pero recalca que es una opinión personal y no oficial. El propio cronista preguntó al doctor Correia sobre un asunto de Salud Pública: “La presa de Alqueva (el gran lago) ha generado un escenario novedoso que puede modificar la ecología y hacer surgir nuevos retos en patología infecciosa. Por primera vez tenemos una enfermedad tropical (se

refiere al dengue, aunque también puede transmitir la fiebre amarilla y otras infecciones) vehiculada por el mosquito *Aedes aegypti* (ahora reclasificado como *Stegomyia aegypti*) que ha reaparecido en la isla de Madeira. Vamos a tener una enfermedad tropical endémica que se extiende en Europa (ya hay en Holanda). En Portugal no había programa respecto a la vigilancia de enfermedades y ahora existe uno de investigación sistemática de vectores. El Instituto de Medicina Tropical y el hospital Ricardo Jorge, ambos de Lisboa, buscan activamente en la presa de Alqueva, han analizado miles de aves al año en busca de vectores dado que existe el peligro de ‘tropicalización’.

Los directores del curso, José Manuel Freire y Maria de Belém Roseira, cierran el curso y, a modo de resumen, destacan la necesidad de que lo tratado en las jornadas fuera publicado en revistas especializadas, recomiendan al GIT que los temas de salud sigan teniendo un espacio en estos debates peninsulares y expresan sus agradecimientos a la Consejería de Sanidad y Dependencia y al Gabinete de Iniciativas Transfronterizas de la Junta de Extremadura

Hubo unas palabras de cierre de Maria de Belém Roseira señalando que la sanidad está incardinada con la estrategia de Lisboa, que hay una historia común de muchos siglos donde han predominado los conflictos y los perjuicios, pero que el siglo XXI debe ser de otro modo: hay que invertir en una cultura de cooperación, de respeto mutuo, de entendimiento. El artículo 152 del Acuerdo de Lisboa establece la importancia de las regiones y la redefinición de la Sanidad en las regiones transfronterizas. Tenemos la obligación de volver a volver a escribir la historia.

Una foto de familia cerró el curso y puso fin a esta fábula del gallo y el toro peninsulares. ❖