

FORMACIÓN

FERNANDO CARBALLO, VICEPRESIDENTE DE FACME

“La reespecialización no es una alternativa al paro”

Apuesta por una progresiva identificación de intereses entre proveedores, profesionales e instituciones

Jueves, 17 de abril de 2014, a las 18:53

Hiedra García Sampedro / Imagen: Miguel Á. Escobar y Pablo Eguizabal. Madrid

El número dos de Carlos Macaya en la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (Facme) y quien le sucederá en la presidencia en 2015 es Fernando Carballo, presidente electo de la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD). En esta entrevista concedida a Redacción Médica, Carballo desgana los retos inminentes de Facme, entre ellos, lograr que se ponga en marcha la gestión clínica o impulsar una formación continuada basada en la validación de los conocimientos. En cuanto a la docencia MIR, apuesta por la troncalidad como una trayectoria curricular ascendente, “no de ida y vuelta.”

¿Qué valoración hace de estos primeros meses como número dos de Facme?

Muy positiva. Ya en el anterior ciclo con José Manuel Bajo Arenas se percibía lo que Facme quiere ser, la voz del conjunto de las sociedades científicas y no de parte de ellas. En la nueva Junta hay buen ambiente, los temas se debaten entre todos y cada uno aporta su opinión. Veo dinamismo, oportunidades y retos.

¿Cuáles son esos retos?

El reto de Facme es saber aglutinar. Los colegios defienden el profesionalismo; y los sindicatos, los temas laborales, y se ha contado con ellos a la hora de debatir; pero hasta hace muy poco no se ha contado con las sociedades científicas más que en aspectos concretos específicos, y somos las que estamos en mejores condiciones de aportar valor científico-técnico a las decisiones sobre el modelo sanitario y la sostenibilidad del sistema. Facme pretende ser un interlocutor válido para las instituciones.



Fernando Carballo.

En cuanto a los objetivos operativos, el principal es la gestión clínica. Los profesionales debemos generar confianza para poder aportar nuestro conocimiento en las decisiones de gestión para sostener el SNS e incrementar la eficiencia.

Otro reto es la formación continuada, que esté estructurada en torno a la validación de los conocimientos y la acreditación.

¿En qué consiste la gestión clínica? ¿Es la mejor forma de gestionar?

Es transferir a los clínicos la capacidad de tomar decisiones sobre gestión en el entorno clínico, a través de las unidades clínicas; es la capacidad de decisión que siempre hemos tenido en los aspectos diagnóstico-terapéuticos. Nadie discute que tiene que haber gestores sanitarios, que sean profesionales y de mucha calidad, que gestionen lo ‘meso’, así como el político gestiona lo ‘macro’; sin embargo es necesario tener en cuenta lo ‘micro’. No lo vemos como una confrontación, sino como contribución a las decisiones globales dentro de una organización, para mejorar el equilibrio entre costes y calidad.

La crisis económica nos da la oportunidad de hacer lo que nunca debimos dejar de hacer, que todo el ahorro en sanidad se debe transformar en inversión, en nuevos valores de salud. Facme y el Foro de la Profesión Médica apoyamos ese modelo de eficiencia, es decir, la autonomía en la toma de decisiones en gestión en un modelo dirigido a la eficiencia pública centrado en el paciente y evaluado mediante resultados. También apoyamos que los incentivos o los estímulos al buen profesional se realicen no en función del ahorro, sino de los resultados. La mala calidad cuesta dinero.

¿La existencia de 17 administraciones autonómicas complica la implantación de este modelo?

Tienen que desaparecer los miedos del Estado a si esto es un movimiento sindical o ‘profesionalista’ o de privatización. El siguiente paso sería identificar intereses comunes entre gestores sanitarios y clínicos para transmitir un mensaje de confianza. La dispersión en 17 comunidades no es de gestores sanitarios sino que es política. A los políticos les debemos facilitar una base científico-técnica y de gestión sólida, y esta es nuestra obligación. A partir de ahí, los políticos confiarían y podrían ‘despolitizar’ a los gestores sanitarios.

Aunque aún no existe este modelo, se están dando las bases. No debemos correr a legislar por miedo a que se nos escape, o protestar para que la privatización no sea una vía. Lo primero es generar una comunidad de experiencias que puede surgir de los clínicos, de los directivos, de Facme, del Foro de la Profesión o de otro organismo. Esa comunidad de experiencias nos dirá si verdaderamente el modelo es ejecutable o qué reformas debe tener. En este sentido, nos faltan herramientas para poder evaluar y medir.

El pacto político por la sanidad parece que es inminente...

Creo que ese pacto es imprescindible. Los acuerdos entre el Ministerio de Sanidad y las diferentes fuerzas profesionales son sobre gestión clínica, recursos humanos y el pacto por la sanidad. El pacto es imprescindible porque la sanidad es un bien primario de la sociedad. ¿Cómo no puede haber pacto en este tema?

¿Por qué se ha tardado tanto?

Porque el sistema tiene una tremenda inercia. El Sistema Nacional de Salud es bueno y es un bien que no se discutía. Se utilizaba como arma política porque no peligraba; sin embargo, ahora que peligró, el pacto es imprescindible para que no se utilice como arma. Confío en que nuestros políticos tengan la serenidad y la capacidad de olvidarse de cualquier otro condicionamiento y para eso necesitan un mensaje muy claro de los profesionales, de los directivos y de la sociedad. No me refiero a que clamemos por la pérdida de la calidad de las prestaciones, sino que digamos que estamos en condiciones de ejecutar un plan pero necesitamos que nos faciliten el camino desde la política a través de ese gran pacto.

¿Qué motivos le han llevado a aceptar el reto de asumir el liderazgo de Facme cuando concluya la actual legislatura?

La interacción con Carlos Macaya me ha facilitado más el tránsito. Pero también, desde la SEPD hace unos años hicimos una reformulación estratégica y quisimos poner en valor a Facme. Ha sido una decisión fácil, las sociedades científicas han confiado en mí como vicepresidente y yo voy a estar al servicio de esta junta. Estoy absolutamente convencido del liderazgo de Carlos Macaya y en la próxima legislatura daré continuidad a su pensamiento.

Gestión Clínica: capacidad de aportar en las decisiones.

La SEPD necesita crecer y representar las diferentes áreas.

¿Tienen la SEPD y la especialidad que representa el suficiente peso en la medicina española para liderar a todas las sociedades científico-médicas españolas?

La Junta gestiona los intereses de más de 40 sociedades científicas, y no podemos quitarnos el gorro de nuestra sociedad. Pero el peso de un presidente como Macaya no lo recibe porque sea de Cardiología, sino porque las sociedades han depositado la confianza en él. Debemos ser prudentes y buscar un equilibrio a través de la buena sintonía entre las sociedades. Además, creo que ha sido un acierto estratégico la presencia de las tres sociedades de Medicina Familiar en la Junta.

Digestivo es de las grandes especialidades por volumen de pacientes y por historia, otra cosa es que sea de las sociedades más potentes, no lo es porque probablemente necesita crecer y representar a las diferentes áreas de capacitación. Estamos creciendo en capacidad organizativa, de comunicación, de generar proyectos competitivos, que van a estar al servicio del conjunto de la especialidad.

Esa buena sintonía entre especialidades a veces es complicado lograrla en algunos temas como en la troncalidad, ¿cómo ve este nuevo proyecto formativo?

Hasta ahora, la troncalidad ha sido un tema debatido entre las diferentes comisiones nacionales de la especialidad y el Ministerio de Sanidad. Facme ha tenido opinión pero no ha desarrollado una estrategia porque tampoco le correspondía. Tanto Bajo-Arenas como Macaya como yo, hemos defendido que la troncalidad en sí es buena porque permite unas bases sólidas en aspectos comunes. Pero lo ideal es que esta troncalidad se iniciase en los últimos cursos de Medicina, muchas facultades lo hacen ya.

El paciente necesita que los médicos no sean solamente técnicos, sino que tengan conocimientos integrados, siempre y cuando en el resto del programa se puedan desarrollar las habilidades específicas. Yo creo que el mayor problema de la troncalidad es su desarrollo, pero si lo solventamos, funcionará bien.

Ahora lo que necesitamos es clarificar los desacuerdos entre las disciplinas por intereses específicos. Y ahí Facme puede ayudar por ser la casa común de todos, es un foro para poder debatir esos temas.

La troncalidad pretende flexibilizar el sistema con algunos puntos como la reespecialización, ¿ve posible que un especialista en Aparato Digestivo se reespecialice en otra disciplina?

Para mí, la troncalidad implica una trayectoria curricular ascendente, no de ida y vuelta. Las células madre desaparecen cuando se especializan, lo importante es la pluripotencialidad inicial. A mí me parece muy bien que mantengamos la potencialidad de especialización del alumno hasta un punto, que conozca primero las especialidades en el medio real. Esto es la virtud de la troncalidad. No significa que cuando el residente acabe y no tenga trabajo, que salte a otra especialidad.

La virtud de la troncalidad es la elección informada.

Hay que ser respetuoso con la trayectoria curricular, y no utilizar el concepto de troncalidad, para decir

que cualquiera me vale para cualquier cosa. Este es uno de los problemas que ha tenido la Enfermería.

Se va a crear un área de capacitación en Hepatología a la que se podrá acceder desde Digestivo, ¿es necesario?

Sí. Desde la Comisión Nacional de la Especialidad y desde la propia SEPD hemos defendido la creación de esta área dentro de Aparato Digestivo. Todo especialista de Digestivo debe tener habilidades en gastroenterología, en Hepatología y en técnicas, que fundamentalmente son endoscópicas, pero también ecográficas y de otro tipo. Después, debemos pensar si puede haber un segundo periodo de capacitación o superespecialización; no para todos, pero sí para las personas que verdaderamente desarrollarán esas tareas. El ACE de Hepatología es necesario cuando hablamos de trasplante o hemodinámica hepática o del tratamiento sofisticado, por esto, nosotros lo consideramos 'Hepatología Avanzada'.

Entonces, las ACE están ligadas a los avances en la especialidad, ¿se ha avanzado mucho en estos años en Digestivo?

Sigue siendo muy importante la clínica pero efectivamente hay muchas innovaciones en todas las técnicas. La parte más importante es la endoscopia, porque su crecimiento y su avance tecnológico son constantes. Estamos muy orgullosos de que en Aparato Digestivo se integren las habilidades clínicas y las técnicas a favor del paciente.

Y en patologías, ¿alguna ha crecido en incidencia en los últimos años?

Tenemos por un lado las enfermedades hepáticas cuya prevalencia es importante, por eso se crea el ACE, y porque su manejo es muy complicado, y más si hablamos de trasplante. Su abordaje parece quirúrgico pero es multidisciplinar. Otro gran bloque son las enfermedades funcionales que disminuyen la calidad de vida de los pacientes.

Trabajamos con los especialistas en Oncología Médica en los tumores digestivos. Una gran parte del proceso diagnóstico, preventivo y a veces también de tratamiento recae en nosotros, por eso en algunos países se contempla la capacitación en Oncología Digestiva, pero no es un tema prioritario en nuestro país siempre y cuando seamos capaces de mantener los puentes entre las dos especialidades.

Por otro lado, está la enfermedad inflamatoria intestinal, cada vez más frecuente. Hay un grupo de personas que se dedican especialmente a esta patología, que será en el futuro una subárea de capacitación.

¿Cuáles son los mayores retos de la Sociedad Española de Patología Digestiva?

Tenemos el reto del desarrollo profesional continuo, ofertar un modelo en el cual el especialista pueda identificar lo que necesita saber. Es relativamente fácil aprender lo que uno quiere y hay mucha oferta, pero no es tan fácil aprender lo que uno necesita saber para construir su trayectoria curricular. Estamos desarrollando proyectos conceptuales y cambiando el modelo de una formación puntual a las trayectorias de formación que culminan con actividades combinadas de e-learning y presenciales.



Fernando Carballo en un momento de la entrevista con la redactora Hiedra García.

En esa oferta formativa, la industria está muy involucrada, ¿cómo ve esa relación entre las sociedades científicas y la industria?

Es un tema capital. Las instituciones no se han ocupado verdaderamente de la formación del profesional y lo han dejado en manos de la industria. Es un arma de doble filo, por un lado, la industria ha demostrado una gran generosidad y de capacidad de retorno hacia la sociedad, pero lógicamente hay que transparentar esa relación. Farmaindustria sigue esa línea y nosotros también, aunque es un proceso lento y difícil. La industria y sus productos se tienen que ganar el puesto por su calidad. El clínico que está bien formado y cuyos intereses son transparentes, es el mejor defensor del buen producto.

Debemos conseguir una progresiva identificación de intereses entre proveedores, profesionales e instituciones. Si lo lográramos, podríamos acordar modelos éticos de patrocinio de la formación como retorno a la sociedad. El viejo conflicto de intereses con la industria tiene que ir desapareciendo, y la primera fase es declararlo.

La formación es una actividad primordial en las sociedades científicas, pero ¿qué otro tipo de acciones desarrolla la SEPD?

Genera dos tipos de actividades: una dirigida a los profesionales y otra a la sociedad civil a través de su fundación. Una de nuestras tareas es fomentar una práctica clínica de calidad, lo que llamamos excelencia clínica. Debemos generar conocimiento, apoyando la investigación y difundiendo el saber a través de la formación. Con respecto a la sociedad civil, queremos generar hábitos saludables digestivos a través de guías, campañas y de la declaración del día de la salud digestiva. Estamos constantemente en interacción con sociedades de pacientes, lo que va a ir in crescendo dentro de una estrategia de comunicación. Consideramos que no solo hay que hacer bien las cosas sino saber llegar.