iSanidad Atención Primaria

Lo mejor de la Sanidad

www.isanidad.com

N. 8 • ENERO—FEBRERO 2017

- El pediatra de Primaria es el primer especialista al que acuden las familias de niños con dudas sobre su identidad de género
- La vacunación no es una cuestión exclusivamente pediátrica
- La mejora de la continuidad asistencial reduce las hospitalizaciones mejorando los costes del sistema
- Hasta 21.000 euros anuales de diferencia entre los médicos de Atención Primaria y de Atención Especializada
- El 60% de los antibióticos que son recetados para infecciones respiratorias son innecesarios
- Los pediatras de Atención Primaria piden un nuevo modelo de formación basado en las rotaciones por los centros de salud
- Los crónicos protagonistas activos del cuidado de su salud
- El móvil y el paciente digital
- Trabajar como médico sin el MIR
- La comunicación con el paciente necesita personalización en la era digital
- Los resultados lesivos no siempre se deben a una mala praxis

Dr. Manuel Bayona, de SEDAP: "El domicilio es el lugar idóneo para el cuidado y seguimiento de los pacientes"

Hasta 21.000 euros anuales de diferencia entre los médicos de Atención Primaria y de Atención Especializada

El 60% de los antibióticos que son recetados para infecciones respiratorias son innecesarios

Dr. Manuel Bayona, de SEDAP: ”El domicilio es el lugar idóneo para el cuidado y seguimiento de los pacientes”

El Dr.Manuel Bayona es vicepresidente de SEDAP (Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria), que acaba de celebrar una reunión en Sevilla para abordar la prioridad de la atención a pacientes crónicos para el sistema sanitario, así como el impacto social y económico que representa. Por este motivo, y dada su experiencia y conocimiento ha atendido a iSanidad. Lo mejor de la Sanidad para repasar la importancia de los cambios en Atención Primaria.

El 80% de las consultas de AP ya son de crónicos, ¿qué implicación puede tener esto para la gestión de la Atención Primaria?

Implica la necesidad de reordenar la prestación de servicios, recuperando por ejemplo el domicilio como lugar idóneo para el cuidado y el seguimiento de los pacientes.

Dotar a la AP de capacidad técnica, presupuestaria y funcional para ser más resolutiva y evitar derivaciones innecesarias al hospital, de casos que pueden resolverse en otros espacios asistenciales como son el centro de salud o el propio domicilio.

Que AP tenga un papel mucho más protagonista en la coordinación de procesos, para que la atención sanitaria de los pacientes con patologías complejas sea más segura, continuada y eficiente. Esto favorecería la visión de un sistema sanitario menos atomizado y más personalizado, centrado más en las personas que padecen enfermedades, que en las enfermedades que padecen las personas.

Potenciar el desarrollo de actividades preventivas y de promoción de la salud, tanto a nivel individual, como familiar y comunitario. Esto significa apostar por la educación sanitaria, la formación, la investigación, la puesta en valor de activos en salud de la comunidad, la adopción de hábitos y estilos de vida más saludables, etc. Tengamos en cuenta que el 80% de las enfermedades crónicas tienen cuatro factores determinantes: alimentación inadecuada, sedentarismo, tabaco y alcohol.

¿Es necesario “rediseñar” o “modificar” la Atención Primaria con estos datos?

Los sistemas sanitarios en su conjunto se diseñaron hace décadas, y a lo largo del tiempo intentan adaptarse a las nuevas necesidades de los pacientes y de la propia sociedad. Probablemente el cambio social de los últimos años ha sido tan grande, que sería necesario hacer un gran cambio en las organizaciones para adaptarse al momento actual, sin embargo, cualquier propuesta de cambio genera resistencias de manera natural, y por eso es tan difícil operativizarlo.

En la sociedad del siglo XXI han cambiado los patrones de morbimortalidad, existe un envejecimiento progresivo de la población, han irrumpido con fuerza las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, y cada día surgen nuevos tratamientos personalizados que son efectivos pero con costes difícilmente asumibles. Existe por lo tanto una imperiosa necesidad de rediseño y adaptación a los nuevos tiempos, no solo para la AP, sino para todo el sistema sanitario en su conjunto.

..(Continúa)

"El 80% de las enfermedades crónicas tienen cuatro factores determinantes: alimentación inadecuada, sedentarismo, tabaco y alcohol".

“Los sistemas sanitarios en su conjunto se diseñaron hace décadas, y a lo largo del tiempo intentan adaptarse a las nuevas necesidades de los pacientes y de la propia sociedad”.

Dr. Manuel Bayona, de SEDAP: ”El domicilio es el lugar idóneo para el cuidado y seguimiento de los pacientes” (y II)

"Como su propio nombre indica, el sistema sanitario es un conjunto y los cambios no pueden hacerse solo en alguna de las partes".

"Para que el cambio sea útil tendremos que ponernos en el lugar de los pacientes, y organizar los niveles asistenciales y los servicios sanitarios en función de las necesidades de los pacientes".

¿Cómo afecta esta nueva realidad a los pacientes?

El papel de los pacientes también ha cambiado. Se ha pasado de una medicina paternalista, donde las decisiones las tomaba el médico, fruto de la asimetría en el conocimiento y la información sanitaria, a una medicina más personalizada y participativa, donde los pacientes disponen de mucha más información sobre sus problemas de salud y de mucha más capacidad de decidir. Ante esta nueva situación, el futuro de los sistemas sanitarios tiene que pasar por la conexión y el trabajo en red. Hoy día el conocimiento científico-técnico no puede encerrarse en un espacio determinado, ya sea el hospital, un servicio o un profesional, sino que ha de estar “disponible” para resolver con agilidad y al menor coste, necesidades de salud de las personas.

¿Cómo afrontan las diferentes Comunidades Autónomas el reto del cambio?

En el último encuentro sobre gestión de la cronicidad, celebrado estos días en Sevilla, han compartido experiencias Extremadura, Andalucía, País Vasco y Canarias, y hemos visto que todos caminamos en la misma línea, aunque haya diferente nivel de recorrido. Salvando las diferencias entre unos y otro, como pueden ser el tamaño y el volumen de población a atender, todos los ponentes han coincidido en la necesidad de pasar de los planes estratégicos al operativo con más coordinación entre Atención Primaria y Hospital, aplicar un uso inteligente de la tecnología y de los instrumentos para facilitar el trabajo a los profesionales, disponer del tiempo que necesitan los pacientes para que les cuidemos, más comunicación, hablando más con los pacientes y entre los profesionales, más formación e investigación, y finalmente, más liderazgo para seguir avanzando.

Por lo que conoce, de la misma manera que hay que hacer un cambio en AP, ¿también habría que hacerlo con los pacientes en fases subagudas?

Como su propio nombre indica, el sistema sanitario es un conjunto y los cambios no pueden hacerse solo en alguna de las partes. Tenemos grandes hospitales, diseñados para atender procesos agudos por especialidad, donde cada día se dedica más tiempo recursos a atender la cronicidad.

Para que el cambio sea útil tendremos que ponernos en el lugar de los pacientes, y organizar los niveles asistenciales y los servicios sanitarios en función de las necesidades de los pacientes. Esto no siempre es fácil, porque nos cuesta salir de nuestra zona de confort, en la que estamos acostumbrados a trabajar, pero solo así será posible la verdadera sanidad del futuro, de calidad, eficiente, segura y sostenible.

..Redacción

El pediatra de Primaria es el primer especialista al que acuden las familias de niños con dudas sobre su identidad de género

"Cada vez más, las familias de niños y jóvenes trans se acercan a la consulta de sus pediatras a solicitar apoyo a la hora de comenzar el tránsito social de estos menores".

Las personas trans son aquéllas que expresan una identidad de género diferente al sexo biológico que les asignaron al nacer.

Desde hace unos años, los niños y adolescentes con dudas sobre su identidad de género comienzan a ser más visibles y, a menudo, el pediatra de cabecera es el primer profesional al que acuden las familias de estos menores en busca de asesoramiento e información.

Durante la rueda de prensa de presentación del 14º Curso de Actualización de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) -Madrid del 16 al 18 de febrero-, la presidenta de la AEPap, la Dra. Concha Sánchez Pina, y la coordinadora del curso, la Dra. Mª Jesús Esparza, han presentado los principales temas que se tratarán durante los dos días del curso acompañadas de Dña. Esther Arén, inspectora jefa de la Policía Nacional y Delegada Provincial de Participación Ciudadana de Madrid.

Como ha explica Isidro García Nieto, trabajador social y sexólogo de la Comunidad de Madrid, *"cada vez más, las familias de niños y jóvenes trans se acercan a la consulta de sus pediatras a solicitar apoyo a la hora de comenzar el tránsito social de estos menores o información sobre los procedimientos médicos que algunos de estos jóvenes necesitan", por lo que destaca el papel del pediatra de Primaria como pieza clave "a la hora de contener las primeras emociones, orientarles sobre los recursos y tratamientos médicos…".*

Si algo ha demostrado la literatura científica hasta la fecha es que la aceptación de la identidad de género que hagan las familias de los jóvenes transexuales y el apoyo que les den en la fase de tránsito es clave para reducir el impacto en la salud física y mental de los menores, afirman los especialistas de la mesa redonda.

Las personas trans son aquéllas que expresan una identidad de género diferente al sexo biológico que les asignaron al nacer. Como señala la Dra. Irene Halperin, de la Unidad de Género del Hospital Clínic de Barcelona, aunque esta disconformidad respecto al sexo biológico puede emerger desde la infancia, suele ser en la adolescencia cuando el inicio de la pubertad y el rechazo a los cambios físicos que se producen a esa edad pueden hacer aconsejable el inicio de un tratamiento farmacológico.

Seguimiento individualizado

La especialista del Hospital Clínic señala que esa terapia debe hacerse de manera individualizada, y suele iniciarse con análogos de la hormona liberadora de las gonadotropinas (aGnRH) con el objetivo de revertir o detener la progresión de los cambios físicos. *"Posteriormente, si la identificación transexual persiste, ese tratamiento puede ser sustituido por la terapia hormonal cruzada (THC), virilizante o feminizante, destinada a promover el desarrollo de caracteres sexuales del sexo contrario".*

..(Continúa)

El pediatra de Primaria es el primer especialista al que acuden las familias de niños con dudas sobre su identidad de género (II)

Actualmente existe un consenso extendido en la comunidad científica para dejar de considerar las identidades trans como una patología.

El papel del pediatra de Atención Primaria es clave para escuchar a la familia, orientar a los niños y adolescentes e informarles y acompañarles en su tránsito social.

La experiencia con estos tratamientos farmacológicos ha demostrado que son seguros y se asocian a un mayor bienestar de estos menores, aunque sí subraya la importancia de un adecuado seguimiento clínico de los adolescentes que reciben estos tratamientos. *"Hay que tener en cuenta que disponemos de poca información sobre las pautas de tratamiento óptimas, por lo que es crucial seguir cuidadosamente a estos pacientes y recoger toda la información que en futuro permita aumentar nuestros conocimientos y mejorar los resultados".*

Aunque la disforia de género o el trastorno de la identidad sexual en la infancia sigue apareciendo como un problema de salud mental en los manuales internaciones de clasificación de enfermedades (DSM-V y CIE 10), actualmente existe un consenso extendido en la comunidad científica para dejar de considerar las identidades trans como una patología. Porque además, como señala García Nieto, no todas las personas trans experimentan sufrimiento debido a su disforia de género; sino que este malestar y sentimiento de ansiedad existirán o no en función de la posibilidad de expresar libremente su identidad de género.

Y en este sentido, coinciden los expertos, el papel del pediatra de Atención Primaria es clave para escuchar a la familia, orientar a los niños y adolescentes e informarles y acompañarles en su tránsito social. Dos estudios publicados en la revista Pediatrics en 2014 y 2016 muestran que el apoyo familiar es clave para que estos menores no desarrollen niveles de ansiedad y depresión superiores a los del resto de la población de su misma edad.

Pediatras de la mano de las nuevas tecnologías

El Curso de Actualización en Pediatría de la AEPap, que cumple ya su decimocuarta edición, está coordinado por la Dra. María Jesús Esparza, que ha destacado el papel de esta actividad desde el punto de vista formativo para los pediatras. Porque el curso no sólo aborda el tema de la transexualidad en los menores, sino muchas otras cuestiones candentes tanto para los profesionales de la Pediatría, como para la sociedad en general.

En este sentido, destacan las ponencias sobre el uso de las nuevas tecnologías por parte de los más pequeños de la casa, para la que la AEPap ha contado con la presencia de Dña. Esther Arén, Inspectora Jefa de la Policía Nacional y Delegada Provincial de Participación Ciudadana de Madrid, quien aborda en la rueda de prensa el tema del acoso escolar y las nuevas tecnologías que se combate desde la Unidad Preventiva de la Policía Nacional en Madrid.

..(Continúa)

El pediatra de Primaria es el primer especialista al que acuden las familias de niños con dudas sobre su identidad de género (y III)

Arén ha subrayado que las redes sociales forman parte del día a día de los niños, *"pero pocos son los que detectan los peligros reales a los que se enfrentan nuestros menores de edad en el mundo digital"*. Por eso ha apostado por la prevención y la educación en el uso de las redes sociales para que los menores aprendan a hacer un buen uso de las nuevas tecnologías y estén prevenidos ante posibles delitos, como el ciberacoso, el *'sexting' o el 'grooming'*; pero también para que los pediatras tengan formación e información para enfrentarse a esta nueva realidad social: *"por un lado en el uso de las redes sociales y, por otro, las consecuencias de un mal uso aquellas por parte de los menores, a los que tratan como pacientes. Y por eso es tan importante que los profesionales trabajen en equipos multidisciplinares a la hora de prevenir, y más cuando hablamos de menores"*.

Alerta por el déficit de pediatras

Además de estas cuestiones, la rueda de prensa ha servido para poner de manifiesto la preocupación de la AEPap sobre la situación de la Pediatría de Atención Primaria en nuestro país. El número de pediatras que se incorporan a la AP es cada vez menor y en opinión de la Dra. Sánchez Pina, presidenta de la AEPap, no se toman las medidas necesarias para que este grave problema se resuelva.

Ésta ha manifestado la disposición de la Asociación para colaborar con las autoridades en la búsqueda de soluciones, pero advierte de que las medidas que se adopten han de tener un objetivo irrenunciable, y es que todo niño de entre 0 y 14 años sea atendido por un pediatra en cualquier nivel asistencial, y los pediatras no aceptarían ningún cambio en ese sentido.

Esta postura se fundamenta en la existencia de numerosos estudios de evidencia científica que demuestran que los indicadores de salud infantil son mejores en aquellos países donde la atención a los niños es realizada por médicos pediatras, y se considera que sería un retroceso que se produjera un cambio de modelo en nuestro país.

"Los pediatras españoles venimos advirtiendo de esta situación desde hace más de 10 años, porque nos parece irrenunciable el derecho que tienen todos los niños de 0 a 14 años a ser atendidos por especialistas en pediatría", advierte la Dra. Sánchez Pina.

El número de pediatras que se incorporan a la AP es cada vez menor.

"Es importante que los profesionales trabajen en equipos multidisciplinares a la hora de prevenir, y más cuando hablamos de menores".

La vacunación no es una cuestión exclusivamente pediátrica

Los calendarios vacunales abarcan de los 0 a los 100 años, y todos los profesionales sanitarios estamos obligados a participar en su difusión hacia la población.

La reciente unificación del calendario de vacunación infantil en nuestro país para este año 2017, ha supuesto sin duda un gran avance.

200 pediatras presentes en la Jornada de Avances en Vacunas de SEPEAP han analizado la situación actual de la vacunación en España, las nuevas vacunas recién puestas en el mercado, los efectos de las actuales y otros temas importantes, como la importancia de saber transmitir la seguridad en esta práctica que tantas vidas ha salvado en las últimas décadas.

Uno de los mensajes más repetidos es que *"La vacunación no es una cuestión exclusivamente pediátrica. Los calendarios vacunales abarcan de los 0 a los 100 años, y todos los profesionales sanitarios estamos obligados a participar en su difusión hacia la población. Para ello debemos formarnos adecuadamente y dar ejemplo activo"* afirmaba al final de jornada la Dra. Belén Aguirrezabalaga, responsable del grupo de trabajo de vacunas de la SEPEAP.

Otro tema de rotunda actualidad es el de las vacunas fuera de calendario. La reciente unificación del calendario de vacunación infantil en nuestro país para este año 2017, ha supuesto sin duda un gran avance. Sin embargo, existen vacunas no financiadas que los profesionales tienen obligación de conocer en profundidad para poder estar en disposición de informar sobre sus posibles beneficios. Entre estas nuevas vacunas mencionadas están las del rotavirus, meningococo B y VPH para varones. Los últimos datos sobre estas vacunas se comentaron durante la jornada.

Uno de los puntos en el que se ha incidido ha sido el tema de la seguridad vacunal, en todos sus aspectos. El conocimiento de la ficha técnica de las vacunas, vinculante para el ejercicio profesional de los pediatras, y de las posibles reacciones adversas de cada una de ellas, se ha expuesto detenidamente.

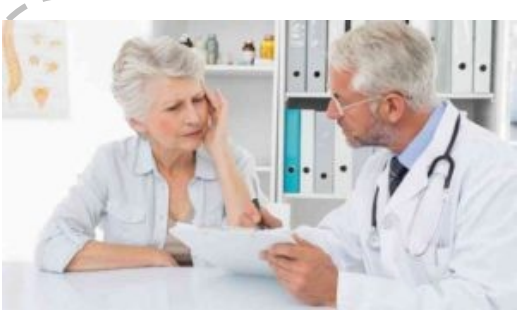
El Dr Fernando García Sala ha querido destacar la gran afluencia de público a la jornada, que además de resultar muy interesante a los ponentes por su contenido, ha tenido un formato muy dialogante, con gran participación por parte de los asistentes y mucha interacción con los ponentes, expertos en las materias que abordaba, lo que ha acercado a los asistentes a los mejores profesionales que les han ayudado a conocer mejor estos temas. En los próximos días, estará disponible en la web de la SEPEAP el documento elaborado por el VACAP de consentimiento de rechazo a la vacunación por parte de los padres, que se ha comentado en la jornada.

Lo mejor de la Sanidad

La mejora de la continuidad asistencial reduce las hospitalizaciones mejorando los costes del sistema

La continuidad asistencial abarca aspectos como las buenas relaciones médico-paciente o la disponibilidad de información sobre el paciente.

El estudio, centrado en pacientes de edades comprendidas entre los 62 y los 82 años, muestra que se valora especialmente la continuidad asistencial y se reducen las admisiones.



Las admisiones no planeadas suponen un enorme coste para los sistemas de salud de todo el mundo, y su prevención se ha convertido en una prioridad para gran parte de los gestores sanitarios. Un estudio publicado por la versión digital de British Medical Journal lo ha demostrado.

Las diferentes iniciativas para mejorar este aspecto se están enfocando en la mejora del acceso a la atención primaria, con iniciativas como aumentar las horas de apertura de los centros de salud o introducir la atención telemática, no obstante, en algunas ocasiones no se alcanzan los efectos deseados en la continuidad asistencial. La continuidad asistencial se asocia directamente con la satisfacción del paciente y con su calidad de vida a largo plazo.

La continuidad asistencial abarca aspectos como las buenas relaciones médico-paciente o la disponibilidad de información sobre el paciente. Los médicos de Atención Primaria consideran la continuidad asistencial un valor fundamental en el buen desempeño de su profesión, una cuestión que muchos pacientes reconocen que está en declive. Desde Estados Unidos y Reino Unido se reconoce que coinciden en el tiempo la bajada de la continuidad asistencial con el número creciente de pacientes con enfermedades a largo plazo. Esta bajada se produce porque los equipos clínicos barajan un mayor número de pacientes porque, siguiendo las indicaciones más precisas, hay una realidad y es que una mejor calidad en el manejo de las enfermedades crónicas, con tiempos de consulta más largos los pacientes reportan mayor satisfacción incluyendo la mejora de la continuidad asistencial.

Todavía no se pueden ofrecer datos sobre los recursos que deben adecuarse a mejorar la continuidad asistencial para mejorar las admisiones no planificadas frente a otras prioridades de mejora, como el acceso a los recursos sanitarios. Parte del problema es que no hay estudios concluyentes sobre si la continuidad de la atención se asocia con admisiones no planificadas, por tanto, en ausencia de pruebas sólidas, el vínculo entre la continuidad y las admisiones sólo es una conjetura, pero es una teoría muy razonable que la mejora de la continuidad asistencial podría aumentar la capacidad de los médicos para responder a las necesidades de los pacientes, además de que podría permitir la detección y tratamiento precoz de los episodios agudos o aumentar la aceptación de intervenciones preventivas, como la vacunación o la revisión rutinaria de fármacos.

Todavía se necesitan más estudios para determinar la relación entre continuidad asistencial y las admisiones hospitalarias, pero el estudio de British Medical Journal, ha demostrado que la mejora en la atención continuada ayuda a prevenir episodios de brotes de afecciones agudas o mejora las condiciones para posibilitar la vacunación, o evitar la gripe o la neumonía. El estudio, centrado en pacientes de edades comprendidas entre los 62 y los 82 años, muestra que se valora especialmente la continuidad asistencial y se reducen las admisiones.

..Lola Granada

Hasta 21.000 euros anuales de diferencia entre los médicos de Atención Primaria y de Atención Especializada

Los datos salariales de los médicos de Atención Primaria siguen mostrando una brecha salarial fuerte con respecto a los de Atención Especializada. El estudio realizado por la consultora de recursos humanos HAYS mantiene conclusiones muy llamativas. En España, el médico de Atención Primaria llega a cobrar hasta 21.000 euros menos al año que su compañero especialista en el hospital.

En España, el médico de Atención Primaria llega a cobrar hasta 21.000 euros menos al año que su compañero especialista en el hospital.

Estas diferencias son muy marcadas entre un médico con experiencia y otro que no la tenga porque en Madrid, Barcelona, Bilbao, Sevilla o Valencia un médico de Atención Primaria con una experiencia de 2-5 años puede alcanzar los 37.000-38.000 euros, mientras que un profesional con más de 10 años de experiencia puede alcanzar los 58.000 euros en Madrid o Barcelona por 51.500 en Bilbao, Sevilla o Valencia.

Pero también son fuertes las diferencias entre los propios médicos de Atención Primaria porque pasa de esos 37.000-38.000 euros a los 55.000 en Madrid o Barcelona si tiene una experiencia superior a los 10 años.

El techo salarial para un médico de Atención Especializada está en 51.500 euros en Bilbao, Sevilla o Valencia frente a los 42.500 euros de partida en las mismas zonas. En Madrid y Barcelona parten de 39.000 euros para llegar a los mencionados 58.000 euros.

En Madrid, Barcelona, Bilbao, Sevilla o Valencia un médico de Atención Primaria con una experiencia de 2-5 años puede alcanzar los 37.000-38.000 euros

También hay grandes diferencias en el Director Médico, que parte de los 4.6.000 euros con una experiencia de solo 2-5 años hasta los 76.000 a partir de los 10 años de experiencia. Unos datos todavía lejanos de los emolumentos del Gerente que parte de los 56.000 para llegar a los 90.000 con esos 10 años de experiencia.

Médico-perito en valoración daño personal

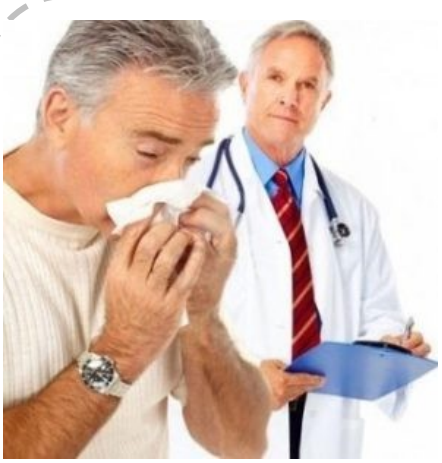
Por otro lado aparece la figura del médico-perito, muy valorada. Se trata, según Hays de un *"médico de empresa aseguradora, responsable de cumplimentar y catalogar las diferentes patologías y enfermedades cubiertas por una patología en particular y diseñar productos aseguradores médicos. Vela asimismo por el cumplimiento de los mismos desde un punto de vista científico".*

Su remuneración parte de 36.000-37.000 euros para una experiencia de 2-5 años hasta los 54.000 euros si alcanza los 10 años de experiencia.

El médico-perito es una profesión en auge y sin paro.

..Lola Granada

El 60% de los antibióticos que son recetados para infecciones respiratorias son innecesarios



Más del 60% de los antibióticos prescritos para tratar infecciones respiratorias son innecesarios, y es que así se desprende de un estudio del Instituto de Investigación en Asistencia Primaria (Idiap-Jordi Gol).

El estudio, en concreto, se realizó en varios centros de Atención Primaria de ocho Comunidades Autónomas durante el primer trimestre de 2015 (durante 15 días entre enero y marzo), período en el que los 126 médicos de familia que participaron, registraron los casos de faringitis y para infecciones respiratorias del tracto inferior (Irti) de pacientes mayores de 14 años, mediante un gráfico de 47 ítems en que proporcionaban datos sobre la enfermedad, sobre los pacientes, síntomas, diagnósticos o prescripciones.

En total, se registraron 1.012 episodios de faringitis y 1.928 casos de Irti, generalmente bronquitis. La mayoría fueron considerados leves, aunque los casos más graves registrados corresponden a pacientes con Irti. En concreto, el estudio concluyó que el 84,5 % de los antibióticos recetados en casos de faringitis son innecesarios. Este porcentaje se reduce al 69,8 % en el caso de los prescritos para infecciones respiratorias del tracto inferior (bronquitis, EPOC, neumonía …).

El médico coordinador del Grupo de Investigación en Infecciones en Atención Primaria (GRIP) del IDIAP (el único instituto de investigación específico de atención primaria en España) e investigador principal del estudio, Carles Llor, explica que *"una vez recogida toda la información, se valoró la prescripción real de antibióticos realizada por los médicos de Atención Primaria y también cuántos de estos medicamentos eran innecesarios, de acuerdo con las guías clínicas". "Para ello"*, continúa, *"comparamos todos los datos con las guías más recientes de manejo de la faringitis y de las Irti en que se define qué pacientes deben ser siempre tratados con antibióticos, qué pacientes nunca deberían ser tratados con estos medicamentos y un subgrupo de pacientes que sí podrían ser tratados con antibióticos".*

De los 1.012 pacientes con faringitis y de los 1.928 pacientes con infección respiratoria del tracto inferior, 497 del primer grupo (49,1%) y 963 pacientes con Irti (49,9%), respectivamente, fueron tratados con antibióticos. Pero siguiendo las indicaciones de las guías clínicas solamente se habría dado antibiótico al 7,6% de los pacientes con faringitis (77) y al 15,1% de los pacientes con Irti (291).

"Hemos observado que las prescripciones innecesarias se hubieran ahorrado con el uso adecuado de pruebas de detección rápida, recomendadas por la mayoría de las guías clínicas; sin embargo, en España su uso es muy poco frecuente", afirma Llor.

..(Continúa)

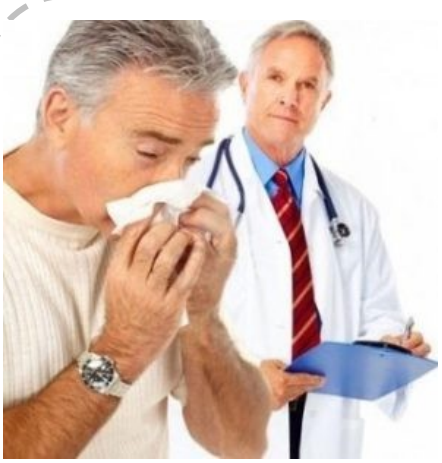
El estudio, en concreto, se realizó en varios centros de Atención Primaria de ocho Comunidades Autónomas durante el primer trimestre de 2015

De los 1.012 pacientes con faringitis y de los 1.928 pacientes con infección respiratoria del tracto inferior, 497 del primer grupo (49,1%) y 963 pacientes con Irti (49,9%), respectivamente, fueron tratados con antibióticos.

Lo mejor de la Sanidad

El 60% de los antibióticos que son recetados para infecciones respiratorias son innecesarios (y II)

El uso inapropiado de los antibióticos contribuye a generar bacterias resistentes a estos fármacos y tener consecuencias médicas adversas.

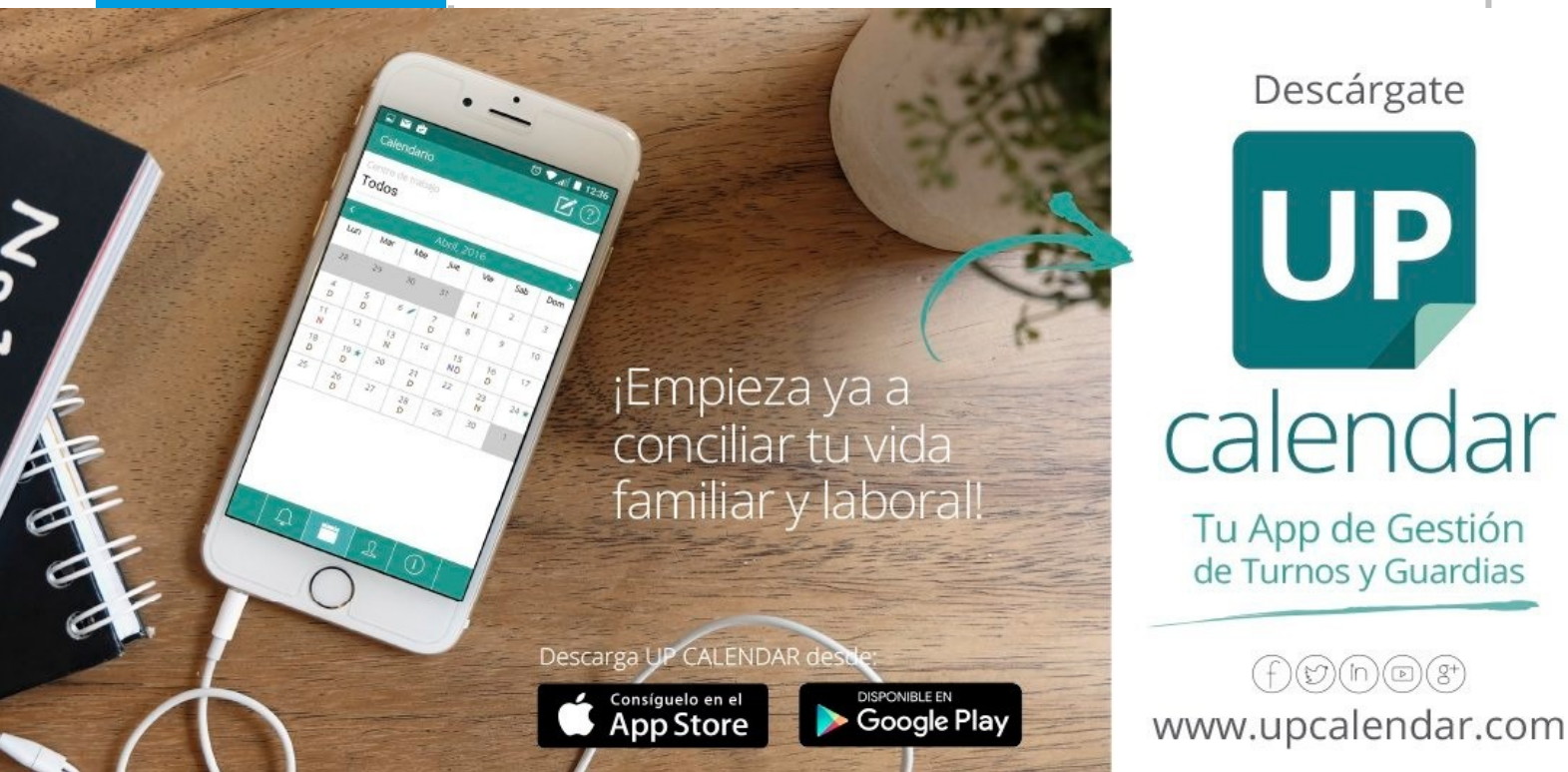


Según el especialista, el uso inapropiado de los antibióticos contribuye a generar bacterias resistentes a estos fármacos y tener consecuencias médicas adversas, por lo que a tenor de los resultados, se advierte que los Médicos de Familia en España incumplen las guías clínicas a la hora de recetar.

La Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) alerta que en España, el incremento de las enfermedades causadas por bacterias multirresistentes a antibióticos son responsables de alrededor de 2.500 muertes anuales, el doble de las causadas por accidentes de tráfico. En Europa el número se sitúa en 25.000 muertes anuales. En Estados Unidos, la resistencia antibiótica causa dos millones de infecciones graves y 23.000 muertes por año, según los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés).

"Los resultados de nuestra investigación demuestran que si los Médicos de Familia cumplieran las indicaciones de las guías clínicas y la introducción correcta de las pruebas de detección rápida en España, podrían reducir de forma considerable la prescripción innecesaria de antibióticos en la faringitis y las infecciones respiratorias del tracto inferior", concluye el investigador del Idiap.

..Redacción



Los pediatras de Atención Primaria piden un nuevo modelo de formación basado en las rotaciones por los centros de salud

El Sistema Sanitario Público español es diferente al de los países de nuestro entorno, con centros de salud y hospitales al servicio de los ciudadanos, ofreciendo una atención continuada en la salud .

Fuera de nuestras fronteras muy pocos países disponen de médicos especialistas en Pediatría y en Medicina Familiar y Comunitaria en equipos multiprofesionales.

La nueva propuesta de modelo de formación sanitaria especializada recientemente presentada por el Ministerio de Sanidad despierta una profunda preocupación en las dos principales sociedades científicas que agrupan a la mayor parte de pediatras de Atención Primaria en España.

Tanto la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) como la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria (SEPEAP), consideran que las directrices del nuevo programa formativo de las especialidades médicas, concretamente el programa de Pediatría y sus Áreas Específicas y el de Medicina Familiar y Comunitaria, actualmente en fase de redacción por las Comisiones Nacionales de las especialidades, no contemplan específicamente las rotaciones de los residentes de Pediatría ni de Medicina de Familia por los Centros de Salud. Los nuevos programas son listas de competencias clínicas a adquirir por los residentes, sin que en ellos se especifique el itinerario formativo ni el lugar específico en el que deben adquirirse los nuevos conocimientos por parte de los futuros especialistas. Tampoco se detalla el tiempo necesario para adquirirlas ni los criterios de evaluación.

El Sistema Sanitario Público español es diferente al de los países de nuestro entorno, con centros de salud y hospitales al servicio de los ciudadanos, ofreciendo una atención continuada en la salud y de la enfermedad, *"siendo la Atención Primaria donde mayor importancia tiene la atención biopsicosocial a las familias"*, apunta la Dra. Concepción Sánchez Pina presidenta de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap).

Fuera de nuestras fronteras muy pocos países disponen de médicos especialistas en Pediatría y en Medicina Familiar y Comunitaria en equipos multiprofesionales, sin copago y proporcionando una asistencia sanitaria de calidad para toda la población. Mientras que en España *"la atención preventiva se desarrolla en los centros de salud, con diversos programas de vacunación y de seguimiento tanto de los niños y adolescentes sanos como de aquellos con enfermedades crónicas"*, afirma por su parte el Dr. Venancio Martínez Suárez presidente de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria (SEPEAP).

Ambas sociedades consideran que los profesionales, gracias a su labor y compromiso, contribuyen a mejorar los indicadores de calidad y excelencia a nivel mundial. Asimismo, estas características diferenciales españolas con dos niveles bien distintos de asistencia pública, no se contemplan en los programas formativos médicos europeos con las directrices del Plan Bolonia, ya que carecen de Centros de Salud.

Desde hace más de diez años se ha avanzado mucho en el proceso de descentralización de la formación de los residentes de Pediatría, con la aprobación en el año 2006 de los requisitos generales para la acreditación de Centros de Salud vinculados a Unidades Docentes acreditadas para la formación de especialistas en Pediatría y sus Áreas Específicas. Así como, el reconocimiento desde el año 2006 de la rotación obligatoria de tres meses para los pediatras por Atención Primaria, *"creemos que estas rotaciones, cuanto más largas mejor, ya que son esenciales para la supervivencia de la Pediatría de Atención Primaria, y fundamentales también para despertar vocaciones de pediatras generalistas"*, afirman desde ambas sociedades.

..(Continúa)

Los pediatras de Atención Primaria piden un nuevo modelo de formación basado en las rotaciones por los centros de salud (y II)

Dos terceras partes de los pediatras españoles trabajan en Atención Primaria.

Los pediatras de Atención Primaria han solicitado audiencia y esperan la cita anunciada estos días en la prensa para tratar estos temas con la Ministra de Sanidad.

Por su parte, y para mejorar la formación en Atención Primaria (AP) de los residentes, los pediatras de AP han liderado en la Confederación Europea de Pediatras de AP (ECPCP), la creación de un plan de estudios específico. Este fue publicado en 2014 como el primer Currículum Europeo de Pediatría de Atención Primaria, y ha sido adoptado por el Global Pediatric Educational Consortium (GPEC), organismo mundial responsable de la formación en Pediatría. Además, actualmente se está extendiendo también a otros países de Hispanoamérica.

Éste propone un diseño curricular planteado para conseguir la excelencia en la formación de pediatría de AP, desde el convencimiento de que es el pediatra el profesional que debe ejercerla, *"por ello no entendemos cómo es posible que este reconocimiento a nivel mundial se nos niegue en nuestro país"*, manifiesta el doctor Martínez Suárez.

"Para los médicos en formación, residentes de pediatría y de medicina de familia, podría ser más cómodo no desplazarse a los desconocidos centros de salud, no salir del ´cascarón´ hospitalario, no experimentar la realidad de la Atención Primaria, pero no entendemos cómo van a aprender los residentes de las especialidades de Pediatría a ejercer su futura profesión sin conocerla, sin vivirla y sin ejercitarla antes de salir al ruedo", remarca la doctora Sánchez Pina.

Dos terceras partes de los pediatras españoles trabajan en Atención Primaria, sin embargo la representación en la Comisión Nacional de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas es de sólo un miembro de los once que la componen. Si ahora, tras muchos esfuerzos, faltan pediatras que quieran pasar las consultas de los centros de salud, la situación empeorará en los próximos años hasta su extinción con las nuevas directrices formativas, auguran ambas sociedades. *"Se busca tal vez, la privatización encubierta al vaciar de residentes los centros de salud, sin asegurar el recambio generacional. Con las nuevas directrices del Ministerio vamos para atrás como los cangrejos"* afirman los presidentes de AEPap y SEPEAP.

El pasado mes de diciembre los pediatras de primaria enviaron a los miembros de la Comisión Nacional de la especialidad de Pediatría un documento de 13 folios con competencias pediátricas específicas de Atención Primaria. Aunque saben que intentarán incluirlas en el nuevo programa formativo, demandan que conste claramente especificado el lugar de la rotación y el tiempo mínimo obligatorio de la rotación.

Para concluir, los pediatras de Atención Primaria han solicitado audiencia y esperan la cita anunciada estos días en la prensa para tratar estos temas con la Ministra de Sanidad *"les rogaremos que modifiquen estas directrices formativas o la pediatría de AP se verá, una vez más, amenazada"*.

Los crónicos protagonistas activos del cuidado de su salud

El Congreso ofrece un marco donde los pacientes crónicos, de forma individual y a través de sus asociaciones, conformarán los escenarios específicos para su formación.

"La formación es clave para las enfermedades crónicas y, por ello, agradecemos a SEMERGEN este Congreso".

"Pacientes ayer, protagonistas hoy" es el lema del V Congreso Nacional de Pacientes Crónicos que tendrá lugar en Pontevedra los días 4 y 5 de mayo. La reunión se marca como objetivos fundamentales la formación y la participación activa en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de los pacientes crónicos.

El Congreso, organizado por la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) junto con la Plataforma de Organizaciones de Pacientes, el Foro Español de Pacientes y la Alianza General de Pacientes, ofrece un marco donde los pacientes crónicos, de forma individual y a través de sus asociaciones, conformarán los escenarios específicos para su formación. Además, se erige también en un foro donde las autoridades sanitarias pueden recoger las demandas de estos enfermos, sensibilizarse sobre sus problemas y dar respuestas al futuro de la cronicidad.

Para el presidente de SEMERGEN, el Dr. José Luis Llisterri, es fundamental dar protagonismo a los pacientes dentro del SNS. *"Este Congreso pretende ser un foro de formación, una apuesta por el empoderamiento de los pacientes y, a su vez, convertirse un escenario que les permita transmitir a las autoridades sanitarias su papel participativo en aras de un cambio de paradigma sanitario".*

Fomentar la participación de los pacientes en el SNS

Durante la presentación de este próximo Congreso, que espera congregar a 300 pacientes, se ha puesto de relieve la necesidad de articular la participación de los pacientes en el Sistema Nacional de Salud.

A través de V Congreso Nacional, se pretende concienciar a las Autoridades Sanitarias acerca de la importancia de tomar decisiones sanitarias teniendo en cuenta la palabra de los pacientes, beneficiarios o perjudicados de las políticas públicas.

"Somos pacientes crónicos formados, responsables, muy activos y con una gran capacidad de decisión; ahora solo falta que se tenga en cuenta y organice nuestra participación en la toma de decisiones", exige Tomás Castillo, presidente de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes. Para este representante de los pacientes es fundamental la función de este colectivo en un medio tan crucial como la Atención Primaria y, según destaca, *"queremos estar presentes en Atención Primaria, junto a nuestros médicos, y así poder tomar decisiones de forma compartida";* y es que, según reconoce Tomás Castillo, *"esta especialidad es la más cercana para nosotros, la que más se tendría que cuidar y, sin embargo, la más olvidada en los últimos años".*

Sin formación no hay empoderamiento

Para Tomás Castillo no cabe duda que *"la formación es clave para las enfermedades crónicas y, por ello, agradecemos a SEMERGEN este Congreso, que es muy positivo para todos los pacientes y a través de cual tenemos la oportunidad de llegar a personas a las que, de otra forma, sería muy difícil de acceder".*

ENERO—FEBRERO 2017

iSanidad Atención Primaria

Lo mejor de la Sanidad

El móvil y el paciente digital

La tecnología actual permite poner en práctica una medicina individualizada y multidisciplinaria como nunca antes fue posible

Nadie pone en duda que el smartphone ha transformado nuestra vida diaria. Ese pequeño ordenador de bolsillo no habría alcanzado tal grado de difusión si no descendiera de la estirpe de los teléfonos. La comunicación es el área tecnológica más humana, si cabe humanizar la tecnología. Y el éxito de los teléfonos inteligentes ha convertido en digital incluso al más reacio al cambio. Sin embargo, y a pesar de la dedicación y el esmero de incontables devotos de la tecnología, la salud no termina de hacerse digital. Bueno, hasta cierto punto.

Y digo hasta cierto punto porque en realidad, la persona que usa el móvil para mejorar su salud es un paciente digital. El paciente digital busca información en internet sobre su salud y la de sus allegados, instala apps de salud y bienestar, saca fotos de los envases de medicamentos para mostrarlos al farmacéutico o enviarlos por algún sistema de mensajería a un contacto, consulta sus dudas acerca de su enfermedad en foros y redes sociales, … Las posibilidades se multiplican con el hábito y la experiencia con el dispositivo: todos los usuarios del teléfono móvil nos transformamos en algún momento en pacientes digitales.

Paradójicamente, son los propios profesionales de la salud los que parecen estar sumándose con más retraso a la medicina digital. Y no hablo de la tecnocratización de los procedimientos sanitarios que ha sido practicada con cierto exceso sin un claro beneficio al paciente. Estoy refiriéndome a una medicina integral, personalizada, centrada en el paciente y potenciada por la tecnología digital móvil.

La tecnología actual permite poner en práctica una medicina individualizada y multidisciplinaria como nunca antes fue posible. Estamos a las puertas de una auténtica revolución en la ciencias de la salud, una revolución en la que el centro de gravedad se traslada de la enfermedad al paciente, un paciente que gracias a la tecnología adquiere el poder para conocer y cuidar su salud, el paciente digital.

..Alvaro Dalloz. El Paciente Digital

capitalradio

Valor Salud

Todos los viernes de 10h00 a 11h00

Trabajar como médico sin el MIR

Conseguir una plaza MIR, no es igual a conseguir un trabajo indefinido.

Un médico prácticamente no puede trabajar sin el MIR, mientras que un enfermero o un psicólogo, por poner dos ejemplos, pueden perfectamente ejercer en un relativamente 'amplio' mercado laboral.

Imagino que todos los que hemos pasado por el MIR hemos tenido que escuchar cosas como que es una suerte que todos los años haya MIR, que ojalá en otros campos laborales hubiese una convocatoria anual para acceder a un trabajo y cosas por el estilo… Después de explicar en repetidas ocasiones a conocidos y familiares las expectativas laborales y de, en cierto modo, desconocer el mundo más allá del MIR me dio por indagar las alternativas al MIR en España y replantearme la duda de si realmente es un *'chollo'* que anualmente se convoque el MIR.

Para empezar, he tenido que aclarar, por activa y por pasiva, que las plazas que convoca el Ministerio de Sanidad NO son plazas vitalicias, conseguir una plaza MIR, FIR, BIR, EIR, QIR, PIR, RFIR… NO es igual a conseguir un trabajo indefinido. Son oposiciones para acceder a un trabajo de formación, el cual dependiendo de tu carrera de origen dura unos años, pero, como mucho, a los cinco años terminas tu formación, tienes tu título de Especialista y, en la mayoría de los hospitales, eres despedido y a buscarte la vida de nuevo. Hace no mucho un señor me contestaba indignado al comentarle el ratio de los médicos, alegando que su hijo, como policía, tuvo que competir con muchos más aspirantes por una plaza, tuve que matizarle que a mí a los cuatro años me echarían a la calle y a su hijo ya nadie le quitaría su trabajo. Partiendo de ahí, que es algo que cualquier persona del entorno sanitario tiene claro, voy a pasar a comentar las alternativas laborales al MIR que hay después de hacer Medicina.

En primer lugar y, como elemento diferenciador del resto de plazas convocadas por el Ministerio, un médico prácticamente no puede trabajar sin el MIR (hay excepciones que más adelante comento), mientras que un enfermero o un psicólogo, por poner dos ejemplos, pueden perfectamente ejercer en un relativamente 'amplio' mercado laboral. En el caso, por ejemplo, de un psicólogo tendrá que hacer el PIR si quiere dedicarse a la Psicología Clínica dentro de las instituciones del Ministerio de Sanidad, pero la gran mayoría de psicólogos que se gradúan anualmente ejercen, con menor o mayor suerte en cuanto a su calidad laboral, sin hacer el PIR o sin conseguir obtener una plaza PIR por el vergonzoso ratio de plazas ofertadas.

Ahora bien… Tú acabas tu carrera de Medicina, eres Licenciado o Graduado en Medicina tras, con suerte, seis años de esfuerzo. ¿Y ahora qué? Las alternativas a hacer el MIR son bastante limitadas:

Medicina Militar

Puedes entrar, previamente, como estudiante de Medicina y te ponen un pequeño sueldo de 500€ y entras con rango de alferez o puedes acceder como Médico Militar tras acabar la carrera. La información sobre la Medicina Militar es relativamente difícil de encontrar, actualmente la convocatoria del año pasado del BOE está borrada de los propios servidores web de reclutamiento del Ministerio de Defensa. Por lo que he podido saber, hay déficit de médicos en el ejército, está relativamente bien pagada, puedes hacer la especialidad si haces una especie de MIR confeccionado por Defensa… Pero tiene que ser muy vocacional, tienes que estar dispuesto a recibir instrucción militar, a ser destinado al extranjero y demás. Además de firmar un contrato de compromiso con el Ejército durante un número determinado de años.

..(Continúa)

Trabajar como médico sin el MIR (II)

Este año el Ministerio de Sanidad ha eliminado las plazas de Médico Forense de las ofertadas para este MIR con que actualmente el que quiera ser Forense no tiene muy claro cómo hacerlo.

Paralelamente al número de ofertas de empleo en residencias de ancianos se encuentran las ofertas de guardias en empresas privadas

Medicina Forense

Es la gran maltratada desde mi punto de vista. Hasta el año pasado había algo de confusión porque uno podía formarse en el Ministerio de Sanidad o en el Ministerio de Justicia. Si accedías por Sanidad era una formación de escuela en la que no sólo no te pagaban, sino que encima pagabas tú por formarte durante la residencia. Y si quieres trabajar como forense para Justicia directamente hace años que no se convocan plazas. Este año el Ministerio de Sanidad ha eliminado las plazas de Médico Forense de las ofertadas para este MIR con que actualmente el que quiera ser Forense no tiene muy claro cómo hacerlo. Supongo que la vía más fácil sería apuntarse como interino a las bolsas de trabajo del Instituto Forense más cercano y esperar a ir cubriendo vacantes y tratar de aprender algo, pero no lo considero una opción viable si quieres tener una cierta formación y estabilidad.

Residencias de ancianos

Los portales de empleo están plagados de ofertas para Licenciados en Medicina en residencias de ancianos. Me sorprendió este hecho, en primer lugar, porque existe una especialidad que es Geriatría y que son los profesionales adecuados para desempeñar dicho trabajo ya que tienen la formación necesaria. En segundo lugar porque, aunque supongo que es legal ya que son empresas privadas las que te contratan, me extrañó que en la mayoría lo único que pedían era ser Licenciado en Medicina en España o tener el título convalidado. En muchos casos siquiera pedían experiencia previa. Igual soy yo que considero que me falta formación y habilidades para desempeñar el trabajo, pero no sé cuántos de mis compañeros están capacitados, tanto a nivel de formación como de habilidades, para desempeñar el trabajo en unas condiciones de seguridad y garantías tanto para ellos mismos como para los pacientes. Manejar un paciente geriátrico es una de las cosas más complicadas que existen porque suelen ser pluripatológicos, multimedicados, con gran número de complicaciones y de exacerbaciones de sus procesos crónicos… Que se contrate a un *"chavalito/a"* (con todos los respectos, pues estoy en ese grupo) de 24-25 años, que acaba de salir de la carrera para cuidar – médicamente hablando – de pacientes geriátricos me parece una irresponsabilidad y una falta de respeto hacia nuestros mayores. Además estas ofertas de empleo, en muchos casos, iban acompañadas de sueldos bajísimos.

Guardias en la empresa privada

Paralelamente al número de ofertas de empleo en residencias de ancianos se encuentran las ofertas de guardias en empresas privadas. Hay multitud de ofertas donde buscan médicos para empresas privadas dispuestos a hacer guardias en pequeñas policlínicas, en servicios de atención domiciliaria y similares. Siguen el esquema de lo anterior: trabajo para el cual, a priori, un Licenciado de Medicina no está plenamente formado y sueldos precarios. De nuevo, rozando la irresponsabilidad y el verte en situaciones complicadas para las cuales no estás capacitado: te avisan de un domicilio porque un señor se encuentra mal, ahí te desplazas tú solo en tu coche, llevas un puñado de buenas intenciones, algunos conocimientos teóricos de la carrera, alguna habilidad práctica y tu fonendo con el que sanar al mundo. Llegas y el señor está teniendo un infarto o un ictus. Trágame, tierra.

..(Continúa)

Trabajar como médico sin el MIR (y III)

Si no tienes una necesidad imperiosa de empezar a cobrar dinero y ninguna de las alternativas comentadas te interesa (cosa que veo lógica), sólo queda volver a repetir el MIR.

El MIR cada vez está más complicado teniendo en cuenta que para más de 13.439 aspirantes hay 6.328 plazas.

Renovación del carnet de conducir y certificados médicos

Congrega la alternativa laboral más responsable y precaria para los Licenciados en Medicina. Responsable porque los únicos requisitos son ser Licenciado en Medicina y estar colegiado en la ciudad donde vayas a ejercer y porque el trabajo consiste en ver si el paciente cumple unos requisitos mínimos, establecidos por la DGT, para poder conducir un vehículo. En cuanto a precaria es la oferta laboral más precaria que he encontrado para un médico, al menos en mi zona. He contactado, por curiosidad, con dos empresas y ambas directamente incurrían en delito fiscal y me inducían a participar de dicho delito fiscal: en una me comentaron que me tendría que dar de alta como falso autónomo y que la empresa me facturaría lo que acordásemos, que si quería pedir que me facturasen sólo trescientos euros al mes y así ganaba yo más – al pagar menos impuestos – no habría problema, era cuestión de hablarlo. La conclusión fue que después de estafar a Hacienda, pagar los gastos de colegiación y demás ganaría en torno a 600/700€ por trabajar 4h cada tarde de lunes a viernes y alguna mañana suelta. En la segunda era aún más flagrante el chanchullo propuesto, me empezaron advirtiendo que en este sector todo funciona así y que ellos me pagaban 1000 o 1200, por trabajar por la mañana y por la tarde de lunes a viernes, pero el mecanismo de funcionamiento era que yo me daba de alta en Hacienda para poder facturar y que ellos me facturaban mensualmente por debajo del SMI y el resto del dinero me lo daban en negro. Así no me hacían contrato y yo ganaba más porque no tenía que darme de alta como autónomo, simplemente facturar como una persona física. Que ellos me lo arreglaban todo para que pudiese hacerlo así. Cuando le interpelé que yo creía que era necesario darse de alta como autónomo para poder facturar por una actividad con continuidad, aunque, en teoría, cobrase por debajo del SMI, me contestaron que no, que eso se hacía así y no hacía falta. Cometen delito fiscal y provocan que lo cometas si quieres un trabajo. La conclusión es que si te interesa este tipo trabajo puede que tengas unas condiciones laborales precarias, sin derecho a paro y, posiblemente, siendo inducido a cometer un delito fiscal. Marca España.

Trabajar en Mercadona

Aunque, a priori, puede sonar a broma, en los últimos meses están publicando una gran cantidad de ofertas de empleo para médicos, aparentemente bien remuneradas (creo que rondan los 3.000€ mensuales) y con el requisito de ser Licenciado en Medicina, aunque creo que también exigen un año de experiencia en un puesto similar.

Trabajar como médico de mutua o empresa de prevención

Es una alternativa, pero en la gran mayoría de las ofertas que ponen como requisito ser Licenciado en Medicina suelen 'valorar positivamente' el hecho de ser Médico del Trabajo. Algo lógico puesto que este empleo, en teoría, debe desempeñarlo un Médico del Trabajo. Por lo que parece sensato que si compites laboralmente con un médico del trabajo te pase por encima a la hora de conseguir el empleo.

A fin de cuentas, si no tienes una necesidad imperiosa de empezar a cobrar dinero y ninguna de las alternativas comentadas te interesa (cosa que veo lógica), sólo queda volver a repetir el MIR. Cosa que, por otro lado, cada vez está más complicado teniendo en cuenta que para más de 13.439 aspirantes hay 6.328 plazas.

..Dr. Marcos H. Pereña. FuturoDr

La comunicación con el paciente necesita personalización en la era digital

Como todos sabemos, Internet y las redes sociales lo cambiaron todo, y es un proceso en movimiento que no cesa. Las relaciones humanas y profesionales en la era digital tienen poco que ver con la forma de interactuar que tenían generaciones anteriores y este cambio es muy perceptible en el sector sanitario. A los cambios cada vez más profundos que está generando la eSalud en la asistencia sanitaria (de darlos a conocer se encarga la Asociación de Investigadores en eSalud AIES) hay que añadir el protagonismo que reivindica el paciente. Los pacientes demandan una interacción con su médico más personal y, si no la recibe, expresa su descontento en las redes sociales o en webs que valoran la reputación médica, como Doctoralia o Más que médicos.

Así, está comprobado que los pacientes valoran más a los médicos que comunican mejor: un estudio realizado por la Universidad de California hace algún tiempo ya reflejaba que el 86% de los pacientes eran propensos a reflejar críticas positivas de su médico en estas páginas de valoración si la comunicación con él había sido fluida.

Esta comunicación médico-paciente acontece por lo general en el hospital o en la consulta médica y depende de estas organizaciones implantar una estrategia de comunicación que fomente la personalización y que implique a todo el personal que participa en el proceso asistencial.

Algunos procesos para personalizar este trato con el paciente de forma planificada y efectiva son:

•Proporcionar al paciente una guía por escrito de su tratamiento;

•Informarle de los pasos y registro de su tratamiento mediante móvil o tablet;

•Enviarle correos electrónicos de seguimiento de su tratamiento;

•Realizar jornadas de formación para el personal en las que se explique cómo trabajar la empatía.

En dichas jornadas de formación será necesario trabajar con el personal los valores de marca, cómo plasmar estos valores en el trabajo diario y concienciar sobre la necesidad de automatizar los procesos.

El profesional sanitario debe recordar siempre que el paciente es el centro de todo su trabajo y que ya no es un sujeto pasivo sino un poderoso recomendador que hay que mimar. La estrategia de comunicación tendrá más garantías de ser un éxito si siempre tiene al paciente en mente.

..Ricardo Mariscal. COM SALUD

Los pacientes demandan una interacción con su médico más personal y, si no la recibe, expresa su descontento en las redes sociales o en webs.

La Universidad de California hace algún tiempo ya reflejaba que el 86% de los pacientes eran propensos a reflejar críticas positivas de su médico en estas páginas de valoración si la comunicación con él había sido fluida.

Los resultados lesivos no siempre se deben a una mala praxis

La medicina tiene márgenes de error. Además en función del paciente y su estilo de vida los resultados pueden ser diferentes. Hoy veremos cómo la demanda de un paciente acaba desestimada ya que la actuación e información del hospital público fueron correctas.

Un paciente interpuso una reclamación patrimonial contra la Administración tras ser intervenido de una hernia de hiato en un hospital público del servicio de Salud. Desestimada la vía administrativa el paciente presentó recurso contencioso administrativo contra la Consejería de Salud y la entidad aseguradora, solicitando 158.083,61 euros.

El paciente basó su demanda en diferentes motivos. El primero de todos, la mala praxis llevada a cabo en la atención que se le brindó en el hospital donde fue intervenido de hernia de hiato por laparoscopia. Durante la intervención se produjo una lesión iatrogénica gástrica con deshicencia del fundus gástrico. Esto provocó el cambio de técnica realizándose la cirugía mediante laparotomía, con extirpación parcial del fundus gástrico y técnica de Nissen sobre estómago.

El postoperatorio presentó complicaciones por lo que volvió a ser intervenido por peritonitis y se le ingresó en la UVI. Allí se le detectó fuga de contenido intestinal por una herida de la laparotomía por lo que se le trasladó a otro hospital, precisando una traqueotomía por distress respiratorio. Además el paciente presentaba síndrome confusional, agudo delirio y anemia. Fue dado de alta tras mes y medio ingresado. Tras meses de consultas externas se le realizó cierre quirúrgico de la traqueotomía.

En la demanda se alegaban secuelas como estenosis, gastrectomía parcial en el estómago, trastorno funcional en el intestino, deshicencia de la pared abdominal y trastorno depresivo. Por tanto el demandante alegaba una relación causal entre las supuestas negligencias en la asistencia en el primer hospital y los daños sufridos.

El otro motivo de la demanda se basaba en la vulneración de la lex artis ad hoc por el inadecuado e insuficiente consentimiento informado, ya que fue informado correctamente sobre la existencia o no de otros tratamientos, así como de los riesgos que podían derivar de la intervención. Por todo esto el demandante entendía que se daban los requisitos para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Por su parte las codemandadas negaron los hechos ya que entendían que la actuación médica fue conforme a la lex artis ad hoc, basándose en la documentación recogida. Además en la documentación se encontraba el consentimiento informado por lo que las partes demandadas solicitaban la desestimación del recurso.

La sentencia comenzaba analizando la controversia en la inexistencia del consentimiento informado por información insuficiente. El juez expuso lo que recoge la normativa sanitaria, así como la doctrina jurisprudencial, que establece que no existe vulneración de la lex artis ad hoc porque el documento no era un escrito genérico y tipo, ya que se recogía la patología expresa y constaban las complicaciones, entre ellas las sufridas por el paciente. Además el documento fue firmado ocho meses antes de la operación, tiempo más que suficiente para que el paciente se hubiera informado sobre la intervención.

Sobre la mala asistencia médica el juez analizó los requisitos necesarios para que se diera la responsabilidad patrimonial. Acudiendo a la jurisprudencia señaló que para que esa responsabilidad se dé además de sufrir una lesión real susceptible de valoración e imputable a la Administración hay que tener en cuenta si la técnica fue la correcta y si se pusieron todos los medios disponibles. Además el juez señalaba que el resultado dañoso no tenía por qué ser antijurídico y podía ser no indemnizable.

Tras analizar las complicaciones sufridas por el paciente, basándose en los informes periciales, el juez entendió que la asistencia fue correcta, al igual que la información, por ello desestimó íntegramente la demanda condenando en costas al paciente. Así se demuestra que un resultado lesivo no siempre conlleva una culpa del doctor y por ende una indemnización para el paciente.

..LexSanitaria

Lex Sanitaria
La información que te interesa

Seguros para los Profesionales Sanitarios

y además: Seguros de Salud, Hogar, Autos y todos los seguros disponibles en el mercado

Uniteco funciona,
Uniteco te protege

ISO 9001
ISO 14001
BUREAU VERITAS
Certification

UNITECO PROFESIONAL
CORREDURÍA DE SEGUROS

C/ Pez Volador, 22 · 28007
Tel.: 91 504 55 16
www.unitecoprofesional.es

Correduría de Seguros inscrita en el Registro de la Dirección General de Seguros con el Número J-664. Tiene concertado Seguro de Responsabilidad Civil, previsto en el artículo 27.1 e) de la Ley 26/2006 de 17 de Julio de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados. Registro Mercantil de Madrid. Libro de Sociedades Hoja N 14986-2, folio 142, tomo 10.111 Sección 4. C.I.F. B-79325395. Aviso Legal, Política de Privacidad y Tratamiento de Datos de Carácter Personal en: www.unitecoprofesional.es/aviso-legal-uniteco-profesional.