Lo mejor de la Sanidad

- •Solo 10 de los 1000 primeros MIR eligen Medicina de Familia
- Decálogo para una Atención
 Primaria de calidad
- La Fundación Uniteco Profesional entrega los Premios
 MIR ensalzando la profesión médica y el sistema MIR
- Dr. Antonio Fernández Pro: Con DP-SEMG es "el profesional es el gestor de su propio proceso de acreditación"
- •SEMG presenta una herramienta gratuita para facilitar su futura recertificación
- •23 medidas para mejorar la Atención Primaria en el medio rural
- •En torno a un tercio de las personas mayores de 75 años presenta diabetes en nuestro país
- Los pacientes con dolor visitan hasta 4 veces más al médico de Atención Primaria que aquellos que no lo sufren
- •El 70% de los casos de dolor crónico se controla de manera eficaz con el seguimiento del farmacéutico comunitario durante seis meses
- •No es lo mismo humanización que humanismo: Hacia el humanismo sociosanitario
- •Científicos descubren gen que protege al feto de la diabetes de la madre
- •Coloquio sobre Cuidados Paliativos: Alivio del dolor para mejorar la calidad de vida

www.isanidad.com

N. 9 • MARZO—ABRIL 2017

La Fundación Uniteco Profesional entrega los Premios MIR ensalzando la profesión médica y el sistema MIR





Solo 10 de los 1000 primeros MIR eligen Medicina de Familia

Coloquio sobre Cuidados Paliativos: Alivio del dolor para mejorar la calidad de vida

Lo mejor de la Sanidad

Solo 10 de los 1000 primeros MIR eligen Medicina de Familia



han decantado por esa especialidad.

En los 100 primeros, tan solo un residente eligió Medicina de

Pese a ser la especialidad que Familia; en los 500 primeros tres residentes más, y en los 500 siguientes seis más, lo que hace un total de 10 jóvenes residentes que se formarán en esta especialidad.

> En la convocatoria del año pasado, Medicina de Familia cubrió las 1.690 plazas para médicos internos residentes que ofertaba, bien es cierto que esta especialidad, en esa convocatoria estuvo al alza. El dato es significativo: nueve de los primeros 500 MIR la

10 MIR que se eligieron; este año se ha reducido a cuatro residentes.

> En la convocatoria de este año que, entre los primeros 500 MIR, tres se hayan decantado por Medicina de Familia, supone igualar un registro que no se daba desde el año 2012, y es que desde ese año hasta la convocatoria del 2016 la inercia de la especialidad para los 500 primeros MIR fue ascenden-

Así, en 2013 alcanzó los cuatro residentes entre los primeros 500 MIR; en 2014, fueron cinco; en 2015 aumentó hasta ocho, y el año pasado los nueve citados.

..Emilio Ramírez

En los 100 primeros, tan solo un residente eligió Medicina de Familia.

> Si analizamos las especialidades escogidas por los 100 primeros, 500 y 1000 primeros MIR, en relación a Medicina de Familia, en esos tres intervalos suman un total de

más plazas oferta con 1.771

este año en la convocatoria MIR 2017, la realidad es que

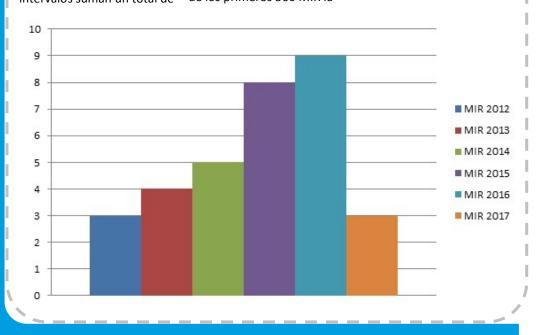
Medicina de Familia no es de

dentes, o al menos eso para-

las preferidas para los resi-

ce entre los 1000 primeros

En la convocatoria del año pasado, Medicina de Familia cubrió las 1.690 plazas para médicos internos residentes que ofertaba.



Lo mejor de la Sanidad

Decálogo para una Atención Primaria de calidad



La Atención
Primaria es el eje
del sistema
sanitario, y así debe
ser reconocida a
todos los efectos.

Los Médicos de familia y pediatras deben, a su vez, liderar la toma de decisiones relacionadas con la organización y gestión de los recursos sanitarios.

La celebración del Día de la Atención Primaria en Toledo organizada por el Foro de Médicos de Atención Primaria ha servido para recordar el decálogo de objetivos para estos especialistas que son la "puerta de entrada" en el Sistema Nacional de Salud

- 1. La Atención Primaria es el eje del sistema sanitario, y así debe ser reconocida a todos los efectos: incremento presupuestario, dotación adecuada de recursos humanos, aumento de la capacidad de realización de pruebas diagnósticas...
- a. Incremento del presupuesto de AP dentro del sistema sanitario en los próximos presupuestos. Objetivo: 16% en un año y 20% en cuatro años.
- b. Determinación de criterios para la adecuación de las los procesos plantillas profesionales a la realidad sociodemográfica de la población a atender. tructuras de los procesos personal dire tros de salud (profesionalizados).
- 2. La Atención Primaria debe liderar, por tanto, la gestión

de los procesos del enfermo crónico dentro del sistema sanitario y social, incluyendo

la coordinación con el nivel hospitalario, centros geriátricos y de discapacitados, asociaciones de pacientes...

- En todos los procesos que se desarrollen dentro de la Estrategia Nacional de Enfermedades Crónicas debe quedar patente el papel fundamental del médico de Atención Primaria.
- 3. Los Médicos de familia y pediatras deben, a su vez, liderar la toma de decisiones relacionadas con la organización y gestión de los recursos sanitarios.
- a. Creación de estructuras de participación activa de los médicos en la gestión estratégica de la Atención Primaria.
- b. Definición, desde esas estructuras de participación, de los procesos de selección del personal directivo de los centros de salud (profesionalización de la gestión)
- 4. Dado su papel central en el

sistema sanitario, los médicos de familia y pediatras deben tener acceso al catálogo completo de pruebas complementarias según indicación razonada y criterios de eficiencia clínica.

- a. Incremento de la disponibilidad de pruebas diagnósticas en AP (ecografía, radiología, endoscopias...)
- b. Definición de un catálogo de pruebas complementarias homogéneo en todo el Estado español.
- 5. El ejercicio de la Medicina en Atención Primaria debe tener un entorno profesional y laboral atractivo: estabilidad, incentivación basada en criterios profesionales, reconocimiento de la penosidad (turnos de tarde, soledad...)
- a. Carrera profesional vinculada a un auténtico proceso de desarrollo profesional y científico evaluable en el tiempo.
- b. Estabilización del ejercicio profesional mediante la realización periódica de procesos selectivos.

..(Continúa)

Lo mejor de la Sanidad

Decálogo para una Atención Primaria de calidad (y II)



La gestión de la Incapacidad Temporal debe tener un diseño basado en criterios clínicos.

La formación en Atención Primaria debe empezar en la universidad, con la creación de un área de competencias en Medicina de Familia.

6. Las agendas deben adecuarse a una asistencia de calidad, con un tiempo mínimo de 10 minutos por paciente, siempre teniendo en cuenta el contexto socio demográfico y eliminando toda actividad burocrática que no tenga justificación clínica, facilitando al máximo su realización.

- a. Diseño personalizado de la agenda en base a criterios de eficiencia v calidad asistencial.
- b. Estandarización de documentos asistenciales que facilite su cumplimentación a nivel de todo el Estado.
- 7. La gestión de la Incapacidad Temporal debe tener un diseño basado en criterios clínicos, evitando la multiplicación de informes que requiere la nueva regulación, y haciéndola extensiva a todos los niveles asistenciales.
- 8. La receta electrónica debe extenderse a todos los niveles asistenciales y a todo el Sistema Nacional de Salud,

en un formato ágil y que garantice la interoperabilidad. así como el acceso

médico integrado a nivel nacional.

- 100% de implantación de la receta electrónica con total interoperabilidad en un plazo a. Garantizar el acceso a la máximo de 4 años.
- 9. La formación en Atención Primaria debe empezar en la universidad, con la creación de un área de competencias en Medicina de Familia y la definición de competencias específicas de Pediatría de AP en la formación de pregrado, adecuando los criterios de acceso a la docencia universitaria a la realidad de la Atención Primaria.
- a. Creación del área de conocimiento de Medicina de Familia y definición de competencias específicas de Pediatría en AP en todos los programas de pregrado de Medicina del Estado en un plazo máximo de cuatro años.
- b. Conversión de dicho criterio en requisito para la acreditación de facultades de Medicina.

- c. Redefinición de los criterios de acceso a la docencia universitaria para los profesionales de Atención Prima-
- 10. Se debe facilitar el acceso de los profesionales de AP a al historial las actividades formativas y promover la investigación teniendo en cuenta las características propias de dicho nivel asistencial.
 - formación continuada desde los equipos asistenciales.
 - b. Adaptar las bases para la convocatoria pública de ayudas para la investigación a las características de AP / Creación de partidas específicas de ayudas a la investigación en AP, mediante la constitución de los instrumentos necesarios para ello (fundaciones de investigación...)
 - c. Facilitar el desarrollo de proyectos de investigación colaborativos.

Lo mejor de la Sanidad

La Fundación Uniteco Profesional entrega los Premios MIR ensalzando la profesión médica y el sistema MIR



na, desde vuestra individualidad, como médicos, actuará con la individualidad del enfermo".

"La medicina, desde vuestra individualidad, como médicos, actuará con la individualidad del enfermo".

Los V Premios a la Excelencia MIR organizados por la Fundación Uniteco Profesional, en colaboración con la Fundación CTO, fueron entregados ayer lunes en un acto en el que se ensalzó la profesión médica y el sistema MIR. En palabras del profesor Melchor Álvarez de Mon, catedrático de Medicina de la Universidad de Alcalá, "el MIR conlleva el mejor sistema de formación" y, es que es un período que, a su juicio, "en los primeros años MIR hay que empaparse de la profesión, realizar la práctica existencial al lado de grandes maestros", pero, prosigue el catedrático, "que no solo es un periodo de formación", y es que "no podemos ser elementos pasivos, se aprende haciendo, por ello en la segunda parte de vuestra residencia, menos cursos y más investigación", alentó a los 50 primeros alumnos de

2017.

Para Álvarez de Mon, cuatro son los pilares en los que se debe sustentar el período MIR: asistencia, investigación, docencia y enfermo, al que hay que darle "respeto y dedicación para sacarle del

sufrimiento". Y es que esa es, para él "la humanización de la medicina", el saber que "estamos ante un humano que sufre, que es persona".

Pilar Díaz, presidenta de la Fundación CTO, alabó la gran responsabilidad que les espera a estos "protagonistas ya, y jóvenes estandartes de la medicina en años venideros". Les animó a que desde ya "visualicéis el espacio dónde vais a ejercer, el mundo de lo enfermos" y que "la medici-

Para la presidenta de la Fundación CTO, desde el día de ayer en el que eligieron especialidad para formarse, en ellos y ellas "acaba de encenderse el fuego de vuestra vocación profesional", por eso, "debéis mantener viva esa llama, poner vuestro talento al servicio de los demás, canalizar vuestra fuerza a la sanación de los enfermos".

Gabriel Nuñez, presidente de la Fundación Uniteco Profesional les recordó a los nuevos médicos que "habéis elegido la mejor profesión de todas", sin duda. "Sois la sal



de la sociedad española, por vuestras manos, durante vuestra trayectoria profesional pasarán más de 75.000 personas", por esta razón, "enhorabuena y ser maestros", dijo.

..(Continúa)

El número I de este año, Jorge Martínez, aseguró, hablando en nombre de todos, que "cuánto mejores sean los médicos que nos preceden mejores seremos nosotros".

Lo mejor de la Sanidad

La Fundación Uniteco Profesional entrega los Premios MIR ensalzando la profesión médica y el sistema MIR (y II)



"Será el momento en el que asumiréis la responsabilidad del contacto con el paciente".

"El MIR es un modelo reconocido por los demás y que todos creemos en él. Es uno de los emblemas del Sistema Nacional de Salud".

Sin embargo, lo más emotivo de los premios vino de parte de los propios nuevos residentes. El número 1 de este año, Jorge Martínez, aseguró, suyas, la entrega de estos hablando en nombre de todos, que "cuánto mejores sean los médicos que nos preceden mejores seremos nosotros. Nuestros formadores y tutores van a seguir siendo esenciales para nosotros, por eso os pedimos que nos acompañéis en estos años de residencia que nos esperan, para que nuestra formación sea lo más completa y productiva posible, y estos años de estudio nos permitan ser buenos médicos, que es lo que queremos ser".

La Organización Médica Cole-representante de la cartera

gial (OMC) estuvo presente en el acto en la persona de Javier Font, vicepresidente de la institución. En palabras premios pone de manifiesto que "habéis demostrado una excelente preparación académica". Ahora "será el momento en el que asumiréis la responsabilidad del contacto con el paciente [...] y seréis líderes y referentes en vuestros servicios y hospitales" siendo esta, "otra responsabilidad más para asumir".

En ausencia de la ministra de Sanidad Dolors Montserrat, el director general de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad, Carlos Moreno, cerró el acto. Como

de Sanidad, mostró su compromiso en "mejorar este" modelo de excelencia que es el MIR, modelo reconocido por los demás y que todos creemos en él. Es uno de los emblemas del Sistema Nacional de Salud", concluyó.

Numerosas personalidades participaron en el acto, como José Luis Álvarez-Sala Walther, Decano de la Universidad Complutense; Miguel García Salom, Decano de la Universidad de Murcia; Manuel Rodríguez Zapata, Decano de la Universidad de Alcalá; Juan Antonio Vargas, Decano de la Universidad Autónoma; Aurora Valenzuela Garach, Decana de la Facultad de Medicina de Granada; José María Rodríguez, secretario de la OMC; Julio Zarco; Carlos Macaya; Carmen Valdés; Francisco Toquero; Honorio Bando; Antonio Bascones; Fernando Anaya; Jaime del Barrio; Frederic Llordachs; Manuel Moya Mir, Luis Cabeza... y una larguísima lista de profesionales entre los que estaban catedráticos, jefes de servicio o representantes de sociedades científicas.

..Redacción

Lo mejor de la Sanidad

Dr. Antonio Fernández Pro: Con DP-SEMG es "el profesional es el gestor de su propio proceso de acreditación"



personas, la mayoría médicos generales y de familia, desde una visión cercana a la práctica diaria y como buenos conocedores de las necesidades de los ciudadanos a los que atienden. Así mismo, también han aportado su pun-

to de vista los propios pacien-

La Sociedad
Española de
Médicos Generales
y de Familia
(SEMG) ha creado
una herramienta
para facilitar al
colectivo que
representa el futuro
trámite de la
recertificación.

La Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia acaba de presentar DP-SEMG, un servicio para valorar la situación de cada profesional y comprobar si cumple los criterios para su recertificación. El Dr. Antonio Fernández-Pro Ledesma ha atendido a iSanidad. Lo mejor de la Sanidad para explicar el porqué de esta herramienta y qué le aporta al profesional, así como quién ha participado en su desarro-

cualificación para el ejercicio profesional, algo que entrará en vigor próximamente, según marca la Directiva Europea de Cualificaciones Profesionales.

Bautizada como Desarrollo Profesional SEMG (DP-SEMG), es un servicio sin coste para sus socios que valora la situación de cada profesional y comprueba si cumple con los criterios para la recertificación. En el caso de no ser así, la SEMG proporcionará al médico toda la formación necesaria para que pueda renovar la licencia profesional cada seis años.

¿Qué objetivo tiene DP-SEMG?

La Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) ha creado una herramienta para facilitar al colectivo que representa el futuro trámite de la recertificación, es decir, la renovación de las competencias específicas del profesional médico que garantizan su

¿Quién ha participado en el desarrollo de DP-SEMG?

La Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia lleva desde 2007 trabajando en la creación de esta herramienta en cuyo diseño han participado más de 300

¿Para quién está destinada DP-SEMG?

Nace con el objetivo de dar una solución a los médicos de familia con ejercicio profesional en Atención Primaria de la Salud (sectores público y privado) cuando entre en vigor en España la nueva normativa (Directiva europea 2013/55/UE).

La plataforma DP-SEMG, que ya está operativa, podrá ser utilizada por los profesionales a partir del XXIV Congreso Nacional de Medicina General y de Familia, que se celebrará del 18 al 20 de mayo en San Sebastián y en el que se ha programado una actividad específica para dar a conocer sus detalles.

..(Continúa)

La plataforma DP-SEMG, que ya está operativa, podrá ser utilizada por los profesionales a partir del XXIV Congreso Nacional de Medicina General y de Familia.

Lo mejor de la Sanidad

Dr. Antonio Fernández Pro: Con DP-SEMG es "el profesional es el gestor de su propio proceso de acreditación" (y II)



debe dirigir y la
SEMG le ofrecerá
formación específica para poder
satisfacer las
competencias. En
este sentido, y
para facilitar esta
identificación, la
SEMG ya está
incluyendo un
informe de competencias en cada
una de las activi-

dades formativas y cursos que ofrece.

Su propia actividad
asistencial y
profesional le
indicará si cumple
con las condiciones
para obtener la
recertificación.

Una vez que el médico se registra en la plataforma online e ingresa todos sus datos curriculares el programa de forma automática le genera un documento final.

¿Qué diferencia tiene con otras plataformas?

Para crear el DP-SEMG, lo primero que hizo la SEMG fue definir un mapa competencial, ordenado y ponderado, tras analizar todos y cada uno de los mapas de competencias de Medicina de Familia del país, incluidos los desarrollos de las administraciones autonómicas. Un intenso trabajo cuyo resultado es un esquema general de competencias clínicas (353) correspondientes a tres ámbitos y con su correspondiente puntuación: ética y profesionalidad; actividad asistencial; y formación, docencia e investigación.

No pretende examinar al profesional, ya que será su propia actividad asistencial y profesional la que le indicará si cumple con las condiciones para obtener la recertificación.

Una de las características más relevantes del DP-SEMG es que el profesional es el gestor de su propio proceso de acreditación: él decide en qué momento desea acceder al mismo, cuándo quiere finalizarlo y cuáles son las pruebas que desea aportar procedentes de su práctica diaria.

¿Cómo funciona?

El funcionamiento del DP-SEMG es muy sencillo. Una vez que el médico se registra en la plataforma online e ingresa todos sus datos curriculares (experiencia, formación, cursos realizados, publicaciones, proyectos de investigación, premios, etc.), el programa de forma automática le genera un documento final o informe curricular que le indica si cumple con los requisitos necesarios para completar el mapa competencial. Si no es así, le indica las áreas hacia las que se

..Redacción

Lo mejor de la Sanidad

SEMG presenta una herramienta gratuita para facilitar su futura recertificación



El DP-SEMG nace con el objetivo de dar una solución a los médicos de familia con ejercicio profesional en Atención Primaria de la Salud.

La SEMG lleva desde 2007 trabajando en la creación de esta herramienta en cuyo diseño han participado más de 300 personas. La Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) ha creado una herramienta para facilitar al colectivo que representa el futuro trámite de la recertificación, es decir, la renovación de las competencias específicas del profesional médico que garantizan su cualificación para el ejercicio profesional, algo que entrará en vigor próximamente, según marca la Directiva Europea de Cualificaciones Profesionales.

Bautizada como Desarrollo Profesional SEMG (DP-SEMG), es un servicio sin coste para sus socios que valora la situación de cada profesional y comprueba si cumple con los criterios para la recertificación. En el caso de no ser así, la SEMG proporcionará al médico toda la formación necesaria para que pueda renovar la licencia profesional cada seis años.

El DP-SEMG ha sido presentado de forma oficial hoy en

el Colegio de Médicos Madrid y nace con el objetivo de dar una solución a los médicos de familia con ejercicio profesional en Atención Primaria de la Salud (sectores público y privado) cuando entre en vigor en España la nueva normativa (Directiva europea 2013/55/UE). No pretende examinar al profesional, ya que será su propia actividad asistencial y profesional la que le indicará si cumple con las condiciones para obtener la recertificación.

Una de las características más relevantes del DP-SEMG es que el profesional es el gestor de su propio proceso de acreditación: él decide en qué momento desea acceder al mismo, cuándo quiere finalizarlo y cuáles son las pruebas que desea aportar procedentes de su práctica diaria.

La SEMG lleva desde 2007 trabajando en la creación de esta herramienta en cuyo diseño han participado más de 300 personas, la mayoría médicos generales y de familia, desde una visión cercana a la práctica diaria y como buenos conocedores de las necesidades de los ciudadanos a los que atienden. Así mismo, también han aportado su punto de vista los propios pacientes.

Para crear el DP-SEMG, lo primero que hizo la SEMG fue definir un mapa competencial, ordenado y ponderado, tras analizar todos y cada uno de los mapas de competencias de Medicina de Familia del país, incluidos los desarrollos de las administraciones autonómicas. Un intenso trabajo cuyo resultado es un esquema general de competencias clínicas (353) correspondientes a tres ámbitos y con su correspondiente puntuación: ética y profesionalidad; actividad asistencial; y formación, docencia e investigación.

..(Continúa)

Lo mejor de la Sanidad

SEMG presenta una herramienta gratuita para facilitar su futura recertificación (y II)



La plataforma podrá ser utilizada por los profesionales a partir del XXIV Congreso Nacional de Medicina General y de Familia.

EI DP-SEMG recoge las competencias necesarias para la valoración de la práctica de un profesional competente y las evidencias y las pruebas que van a permitir medirlas.

La plataforma DP-SEMG podrá ser utilizada por los profesionales a partir del XXIV Congreso Nacional de Medicina General y de Familia, que se celebrará del 18 al 20 de mayo en San Sebastián y en el que se ha programado En definitiva, tal y como seuna actividad específica para dar a conocer sus detalles.

Funcionamiento sencillo

Su funcionamiento es muy sencillo: una vez que el médico se registra en la plataforma online e ingresa todos sus datos curriculares (experiencia, formación, cursos realizados, publicaciones, proyectos de investigación, premios, etc.), el programa de forma automática le genera un documento final o informe curricular que le indica si cumple con los requisitos necesarios para completar el mapa competencial. Si no es así, le indica las áreas hacia las que se debe dirigir. En este sentido, la SEMG le ofrecerá formación específica para poder satisfacer esas

competencias. De hecho, la sociedad médica ya está incluyendo un informe de competencias en cada una de las actividades formativas y cursos que ofrece.

ñala el presidente de la SEMG, Antonio Fernández-Pro Ledesma, de lo que se trata "no es que el profesional apruebe", sino de poner a su disposición los medios para que supere el trámite de recertificación en base a su experiencia y bagaje profesional que, en la mayoría de los casos, podría ser suficiente para conseguirlo. Es decir, el programa DP-SEMG lo que realiza es un registro dinámico de la vida profesional, en el que en determinados momentos de su trayectoria se podrá hacer una "foto fija" para comprobar si cumple los requisitos (competencias), y en caso de no ser así, desde la SEMG se le proporcionará la formación para que pueda conseguirlo.

Así mismo, se trata de "poner método" a lo que hacía antes el profesional médico, que ha pasado de llamarse formación médica continuada (FMC) a Desarrollo Profesional (DP), para ser planteado de una forma más estructurada y con unos objetivos adaptados a su entorno de trabajo.

El DP-SEMG recoge las competencias necesarias para la valoración de la práctica de un profesional competente y las evidencias y las pruebas que van a permitir medirlas. Todo ello orientado a reconocer los logros del profesional en su trabajo cotidiano, a hacer más visibles sus mejores resultados, invitándole además a reflexionar sobre su práctica real, lo que permite identificar espacios de mejor continua de su actuación profesional.

Lo mejor de la Sanidad

23 medidas para mejorar la Atención Primaria en el medio rural



"Los profesionales coinciden en que tal y como está organizada la atención sanitaria en nuestra Comunidad hay muchos aspectos que hacen ineficientes al sistema y que es susceptible de mejora".

Este documento es fruto de 6 meses de trabajo y aportaciones de los socios.

La Sociedad Castellana y Leonesa de Medicina de Familia y Comunitaria (SocalemFYC), asociación científico médica más numerosa de Castilla y León con más de 800 socios, ha presentado hoy en una rueda de prensa el documento de trabajo Presente y futuro de la medicina en el ámbito rural en Castilla y León en el que propone 23 medidas, agrupadas en 3 propuestas de cambio, que hagan posible seguir ofreciendo una buena calidad de la atención y la sostenibilidad del sistema público de salud. Las 3 propuestas de cambio se resumen en la organización de los equipos; la organización y estructura de la atención y la incentivación de los profesionales.

"Los profesionales coinciden en que tal y como está organizada la atención sanitaria en nuestra Comunidad hay muchos aspectos que hacen ineficientes al sistema y que es susceptible de mejora, para hacer frente a los retos futuros; que además es un buen momento porque existe tecnología disponible y va a producirse una remodelación de las plantillas por las jubilaciones", señala la Dra Elvira Callejo Giménez, presidenta de Socalemfyc.

Este documento es fruto de 6 meses de trabajo y aportaciones de los socios, que culminó con la Jornada realizada en Ávila en noviembre de 2016 y donde se concluyó que:

Nuestro sistema sanitario en el mundo rural, dispone de profesionales altamente cualificados que pasan muchas horas en carretera (70.000km al día/en conjunto)

- Los profesionales trabajan en condiciones inadecuadas
- Hay deficiencias en la estructura (consultorios)
- Hay problemas de organización

Algunas de las medidas que

se proponen son: una reestructuración de las zonas básicas de salud con criterios profesionales, y con reasignación de efectivos donde sean más necesarios y eficientes; transporte a la demanda para los profesionales y pacientes; mejora de las herramientas de comunicación entre los profesionales y con el nivel hospitalario; potenciar la telemedicina, el administrativo "virtual" centralizado, con atención y resolución vía telefónica; autogestión real de los equipos para todos los temas organizativos así hasta 23 medidas.

..(Continúa)

Lo mejor de la Sanidad

23 medidas para mejorar la Atención Primaria en el medio rural (y II)

La Socalemfyc ha decidido crear un grupo de trabajo específico "que haga seguimiento de las preocupaciones de los profesionales y plantee soluciones de calidad para hacer frente a los retos futuros".



Castilla y León es una de las comunidades autónomas con una de las redes de consultorios locales más amplias de España, de hecho el 35% de los consultorios locales del país se ubican en nuestra Comunidad (datos de Sacyl 2015) con más de 3.500 consultorios locales, de los cuales más de 1.500 se encuentran en municipios de menos

de 50 habitantes. Además, hay más de 2.300 profesionales (Médicos de Familia y profesionales de Enfermería) atendiendo una media de 2,82 Consultorios/Médico, que en conjunto recorren 70.000 Km al día.

En este contexto, la Socalemfyc ha decidido crear un grupo de trabajo específico "que

haga seguimiento de las preocupaciones de los profesionales y plantee soluciones de calidad para hacer frente a los retos futuros" señala el Dr Francisco Javier de Juana Izquierdo, coordinador del recién grupo de trabajo de medicina rural. "Nuestra sociedad científica está dispuesta a apoyar a la Junta de Castilla y León en acciones que contribuyan a mejorar y prestar una atención de calidad y la sostenibilidad del sistema, en el marco de una atención primaria de calidad, dentro del sistema público de salud", agrega la Dra Callejo.

Acceso al documento <u>Presente y futuro de la medicina en</u> <u>el ámbito rural en Castilla y</u> León



Descárgate



Tu App de Gestión de Turnos y Guardias

www.upcalendar.com

Lo mejor de la Sanidad

En torno a un tercio de las personas mayores de 75 años presenta diabetes en nuestro país



En nuestro país, en torno a

tes celebradas en Córdoba por la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG).

La estrategia terapéutica en el anciano con diabetes tipo 2

debe individualizarse y consensuarse con el paciente y sus cuidadores, en función del objetivo planteado.

"Mejorar la calidad de vida, preservar la seguridad del paciente y evitar los efectos adversos del tratamiento antidiabético deben ser objetivos básicos", tal y como afirma el Dr Carlos Miranda Fernández-Santos, coordinador científico.

El Dr Miranda hizo estas afirmaciones apoyándose en los últimos estudios que respaldan que, dada la mayor predisposición de los ancianos a

las hipoglucemias y sus graves consecuencias en esta población, deberían priorizarse las terapias antidiabéticas que minimicen el riesgo de episodios hipoglucémicos.

Y es que las hipoglucemias son el principal efecto secundario del tratamiento de la diabetes en los ancianos, dada su mayor predisposición a padecerlas y por sus graves consecuencias en esta población (detrimento de la calidad de vida, caídas, fracturas, deterioro cognitivo y episodios cardiovasculares).

La dieta y el ejercicio, adecuado a este tipo de personas con diabetes, también son importantes en este grupo de edad, debiendo ser incluidas recomendaciones en todas las etapas de la diabetes.

En nuestro país, en torno a un tercio de las personas mayores de 75 años presenta diabetes.

un tercio de las personas mayores de 75 años presenta diabetes. Teniendo en cuenta que la prevalencia de diabetes se incrementa con la edad, es previsible que próximamente se produzca un marcado incremento de los casos de diabetes en edades avanzadas debido al progresivo envejecimiento poblacional.

El manejo de la diabetes en el paciente frágil polimedicado es uno de los contenidos que se han abordado dentro de las IV Jornadas en Diabe-







Valor Salud Todos los viernes de 10h00 a 11h00



Lo mejor de la Sanidad

Los pacientes con dolor visitan hasta 4 veces más al médico de Atención Primaria que aquellos que no lo sufren



este problema, ya que constituyen la puerta de entrada del Sistema Nacional de Salud y son los profesionales más próximos y que realizan el seguimiento del paciente.

El abordaje del dolor crónico supone uno de los principales retos de estos profesionales ya que es la causa de más del 50% de sus consultas.

La OMS califica al dolor como la mayor amenaza para la calidad de vida a nivel mundial. Y es que el dolor crónico conlleva importantes repercusiones clínicas con limitaciones de las actividades diarias, interrupción de la vida social, absentismo e incapacidad laboral, incremento de las depresiones y pensamientos suicidas, así como disminución significativa de la calidad de vida. Se trata de uno de los problemas de salud más frecuentes en la población adulta y que más consecuencias conlleva a nivel físico y socioeconómico.

"El dolor es una experiencia desagradable que sufre el paciente y en la que influyen todos los aspectos vitales de la persona, y es precisamente ahí donde el médico de Atención Primaria se encuentra como profesional sanitario", apunta el doctor José Luis Llisterri, presidente de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), quien sitúa a los médicos especialistas en Medicina de Familia en una posición clave para abordar

El abordaje del dolor crónico supone uno de los principales retos de estos profesionales ya que es la causa de más del 50% de sus consultas. "El porcentaje de pacientes con dolor intenso que visita al médico de familia varía entre el 58,8% de los pacientes con artrosis en las manos a un 75,9% de los pacientes con fibromialgia", según afirma el La importancia de la formadoctor Francisco José Sáez, vicepresidente segundo de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG). Y añade que los pacientes con dolor intenso visitan 3 veces más al médico de familia que aquellos pacientes con dolor leve y casi 4 veces más que la población que no padece dolor, lo que supone cuantiosos recursos para el Sistema Nacional de Salud: "Un ejemplo de esto es nológicos y organizativos que casi el 40% de las personas que sufren dolor intenso se ausentan de su puesto de trabajo mientras que apenas lo hace un 3% de la población que no lo sufre. Solo la lumbalgia representa una de las mayores cargas económicas en los países desarrollados".

Bajo el lema: Avances en Dolor en Atención Primara: un reto alcanzable, la Sociedad Española del Dolor (SED), la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFyC) y la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), con el apoyo de Grünenthal, han organizado este curso que ha reunido en Madrid a alrededor de 200 profesionales relacionados con el ámbito del dolor.

ción en dolor entre los distintos profesionales clínicos

Se trata de la cuarta edición de una actividad formativa ya consolidada, y que, según el doctor Víctor Mayoral, director del curso y miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Española del Dolor (SED): "Su objetivo es actualizar y compartir nuevos conocimientos farmacológicos, tecpara un correcto diagnóstico y tratamiento del dolor, siempre teniendo en cuenta la importancia de la continuidad asistencial entre Atención Primaria y especialistas en dolor".

..(Continúa)

Los pacientes con dolor intenso visitan 3 veces más al médico de familia que aquellos pacientes con dolor leve y casi 4 veces más que la población que no padece dolor.

Lo mejor de la Sanidad

Los pacientes con dolor visitan hasta 4 veces más al médico de Atención Primaria que aquellos que no lo sufren (y II)



"Casi el 40% de las personas que sufren dolor intenso se ausentan de su puesto de trabajo mientras que apenas lo hace un 3% de la población

que no lo sufre".

"Una apuesta clara por la Atención Primaria garantizará una atención sanitaria integral". En este sentido, el doctor José Luis Llisterri hace hincapié en que la formación sobre el dolor es deficitaria tanto a nivel pregrado en Universidades, careciendo de programas propios relacionados con dolor en la formación de especialistas y en la formación continuada de los profesionales. "Es necesaria una formación constante y continuada para poder controlar desde el inicio a estos pacientes, ofreciéndoles calidad asistencial y las mejores garantías de eficiencia y excelencia", destaca.

De la misma opinión es el Dr. Juan Carlos Hermosa, Médico de Familia y representante de SEMFyC, para quien "entre las principales líneas de mejora y carencias que se han debatido se encuentra la necesidad de una formación específica en dolor dirigida a los profesionales de Atención Primaria". Y es que, según ha destacado, estas jornadas se han diseñado para poner de manifiesto "que una apuesta clara por la Atención Primaria garantizará una atención sanitaria integral, lográndose la máxima calidad de vida y funcionalidad de las personas con dolor crónico en su entorno social, familiar y laboral".

Abordajes diferentes y pacientes en "situaciones especiales"

Otro de los aspectos que se ha presentado es el abordaje del dolor en pacientes en "situaciones especiales" como pueden ser personas con otras comorbilidades, trastornos anímicos, o deterioro cognitivo. En el caso de estos últimos, el dolor está infravalorado ya que estos pacientes pueden llegar a perder la capacidad para identificar y expresar el dolor. "Es clave recordar que el dolor en estos pacientes es un factor de riesgo importante en el empeoramiento de su calidad de vida, y un inadecuado control del mismo puede producir deterioro funcional y cognitivo, lo que está llevando a considerar el dolor como factor de riesgo de mortalidad", apunta el vicepresidente segundo de la SEMG. A este respecto, el presidente de SEMERGEN añade que "los pacientes ancianos tienen necesidades especiales porque su fisiología es diferente por la edad y suelen tener otras enfermedades añadidas (comorbilidades) suelen estar polimedicados, tienen mu-

chas veces condiciones sociales y familiares complejas".

Asimismo, durante el curso, los profesionales reunidos han abordado temas como las combinaciones farmacológicas de analgésicos, así como las nuevas dianas terapéuticas y fármacos de experimentación. "Para los profesionales que trabajamos con el dolor son importantes también los enfoques no farmacológicos que ayudan de manera directa a mejorar la calidad de vida de los pacientes con dolor crónico, por eso, durante el curso, también hemos querido dedicarle un espacio a estos tratamientos complementarios como pueden ser el ejercicio o la terapia cognitivo-conductual y el midfulness", comenta el doctor Mayoral. A este respecto, el doctor Llisterri destaca que "el dolor crónico es frustrante y debilitante, y aquí es donde el mindfulness se demuestra eficaz".

Lo mejor de la Sanidad

El 70% de los casos de dolor crónico se controla de manera eficaz con el seguimiento del farmacéutico comunitario durante seis meses



El dolor crónico es la causa más frecuente de consulta médica y afecta al 15-25% de la población en España.

El 71,4% de los casos de resultados negativos asociados a la medicación en pacientes con dolor músculo-esquelético, el 75% en migraña y el 50% en dolor isquémico.

El dolor crónico es la causa más frecuente de consulta médica y afecta al 15-25% de la población en España. Sin embargo, existen casos en los que los pacientes no tienen el dolor controlado por un error en la farmacoterapia, y es en esos casos en los que el seguimiento del farmacéutico comunitario es clave para ayudar al paciente a optimizar el uso de medicamentos y mejorar los resultados.

Y es que, el seguimiento farmacoterapéutico durante seis meses de pacientes con dolor crónico en oficinas de farmacia es eficaz hasta en el 70% de los casos. Así se desprende de un estudio prospectivo presentado esta semana en el encuentro europeo de farmacia INFARMA, en el que han participado casi 200 pacientes captados por más de 1.200 farmacéuticos comunitarios de España que realizaron el programa formativo más completo hasta ahora en nuestro país de seguimiento farmacoterapéutico (SFT) en pacientes con dolor crónico, organizado por la Fundación Pharmaceutical Care con la colaboración de ratiopharm, de enero a julio de 2015.

El objetivo de este curso ha sido conocer la evolución de los resultados negativos asociados a la medicación de inefectividad e inseguridad en los pacientes con dolor crónico (músculoesquelético, neuropático, migraña, isquémico y oncológico) que acuden a las oficinas de farmacia. Además, también se ha estudiado el número y tipo de intervenciones del farmacéutico comunitario a lo largo de seis meses de seguimiento farmacoterapéutico.

En concreto, a los seis meses de seguimiento por el farmacéutico, se resolvieron de manera eficaz el 71,4% de los casos de resultados negativos asociados a la medicación en pacientes con dolor músculo-esquelético, el 75% en migraña y el 50% en dolor isquémico.

Respecto al motivo de la consulta en la farmacia, el 79% de los casos de dolor músculo-esquelético estaban relacionados con inefectividad del tratamiento, mientras que el 20% se asociaban a inseguridad. En el caso de migraña y del dolor neuropático, el porcentaje ligado a inefectividad fue superior, de hasta el 90%. Asimismo, el 56% de las intervenciones del farmacéutico fueron derivadas al médico mientras que el 22% se centraron en educación sanitaria.

"Este programa es fruto del compromiso de la Fundación Pharmaceutical Care España y ratiopharm por mejorar el abordaje de los pacientes con dolor crónico desde la farmacia comunitaria, debido a la alta incidencia de esta enfermedad y de consultas de este tipo de pacientes en farmacias", pone de relieve Pablo González Ipiña, director de la unidad de negocio de genéricos de ratiopharm.

Lo mejor de la Sanidad

No es lo mismo humanización que humanismo: Hacia el humanismo sociosanitario



Humanización de la asistencia sanitaria es aplicar en el ejercicio y cuidado de los pacientes los principios del humanismo médico.

Queda un largo recorrido por hacer, comenzando por el grado de las disciplinas de ciencias de la salud y trabajo social.

En nuestros días es habitual que el sector sanitario debata sobre el concepto de humanización. La humanización está de moda, hay congresos y jornadas médicas donde se celebran debates y mesas redondas sobre la humanización. Varias comunidades autónomas han creado planes estratégicos sobre la humanización de la asistencia sanitaria, incluso la estructura administrativa v política de estas comunidades han creado direcciones generales dedicadas a la humanización de la asistencia sanitaria. Yo mismo durante dos años he ocupado una de ellas, he creado una subdirección de humanización y presentamos un plan estratégico ambicioso y no carente de críticas por el propio sector.

Las críticas siempre se han centrado en que se hace demasiado énfasis en los pacientes y poco o nada en los profesionales, en que parece una redundancia que se trate de humanizar la asistencia sanitaria, que por definición

es meramente humana y en que esta "humanización" se basa en poner el acento en la empatía, la dignificación del ser humano y acondionar los espacios sanitarios a una decoración amable y cercana. Quizás esta confusión que tenemos sobre el concepto "humanización", se deba a que no hemos sabido explicar y explicitar de qué estamos hablando, o quizás porque el sector ha percibido como un elemento novedoso este término y lo ha elevado a la categoría de axioma de moda. Nada más lejos de ello, pues estamos hablando de un concepto tan antiguo como el propio ejercicio médico.

Humanización de la asistencia sanitaria es aplicar en el ejercicio y cuidado de los pacientes los principios del humanismo médico, que como Pedro Laín Entralgo definía, es la actitud y aptitud Según lo comentado nos del profesional de armonizar la ciencia con las humanidades médicas. Para Laín el médico bueno y buen médico, parafraseando a Albert Jovell, es aquel que se acerca al enfermo desde una perspectiva integral de lo científico y lo humano. El médico no solo debe de ser científico y versado en la ciencia médica, sino que debe de tener conocimiento de las humanidades que engloban disciplinas co-

mo la ética médica, la antropología, la filosofía, la sociología, comunicación, psicopatología, historia de la medicina e incluso la estética, como disciplina filosófica.

Siguiendo esta definición podríamos decir que humanización seria la aplicación práctica de una visión del enfermo, unos cuidados e incluso un sistema sanitario, que contemple una visión ecológica del ser humano doliente, desde este amplio abanico de disciplinas. Por ello el concepto lainiano de "humanismo médico", lo deberíamos traducir en "humanismo sociosanitario", pues implicaría a todos los profesionales sanitarios, sociales y cuantos contacten con el enfermo y las estructuras sanitarias y sociales donde desempeñan su encomiable trabajo.

queda un largo recorrido por hacer, comenzando por el grado de las disciplinas de ciencias de la salud y trabajo social, hasta la formación de nuestros residentes y nuestros profesionales sociosanitarios. Recuperemos el verdadero espíritu humanista y centremos nuestro esfuerzo en el verdadero camino.

..Dr. Julio Zarco

Lo mejor de la Sanidad

Científicos descubren gen que protege al feto de la diabetes de la madre



ción de enzimas que eliminan los radicales libres para hacer frente al estrés oxidativo".

"Por el contrario, cuando Alx3 está anormalmente inactivo, los genes que codifican estas enzimas no se estimulan, lo que dispara la incidencia y gravedad de las malformaciones congénitas", añadió el investigador.

"La diabetes es un riesgo grande para la aparición de malformaciones en el desarrollo embrionario y fetal".

Científicos del Instituto de Investigaciones Biomédicas Alberto Sols, de la Agencia Estatal Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) y la Universidad Autónoma de Madrid, descubrieron el gen Alx3, presente en los embriones durante el desarrollo intrauterino, que protege al feto de las malformaciones causadas por la diabetes de la madre.

El director del estudio e investigador del Centro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (Ciberdem), Mario Vallejo, explicó que "la diabetes es un riesgo grande para la aparición de malformaciones en el desarrollo embrionario y fetal, que afectan fundamentalmente a la formación del sistema nervioso y del corazón".

Asimismo, se cree que el aumento de glucosa en la sangre de la madre provoca una producción excesiva de radicales libres en las células del embrión, "lo que produce estrés oxidativo con el consiguiente daño y muerte celular", expresó Vallejo.

En el estudio se utilizó un modelo de diabetes materna en ratones, los investigadores descubrieron que el gen Alx3 se activa en las células embrionarias durante el desarrollo intrauterino, al detectar cantidades de glucosa anormalmente altas en la sangre materna.

El director de la investigación indicó que "se pone en marcha la síntesis de una proteína reguladora codificada por este gen, cuyo papel es estimular la actividad de un conjunto de genes diferentes, responsables de la produc-

Por otra parte, los investigadores describieron, en el mismo estudio, que el mecanismo por el que esta respuesta se pone en marcha incluye la estimulación de la producción de otro factor, Foxo1, que también juega un papel importante en la defensa del organismo contra los radicales libres.

Los científicos demostraron que Alx3 es una pieza fundamental para la defensa de las células embrionarias contra el daño producido por el estrés oxidativo generado por la hiperglucemia de origen materno.

..Diego Armando M

En el estudio se utilizó un modelo de diabetes materna en ratones.

Lo mejor de la Sanidad

Coloquio sobre Cuidados Paliativos: Alivio del dolor para mejorar la calidad de vida



"El objetivo de los Cuidados Paliativos es mejorar la calidad de vida o mantenerla hasta el final".

"Si el paciente tiene derecho a una sedación paliativa, el médico tiene el deber de atenderlo". Para la Dra. Teresa García Baquero los cuidados paliativos son "una filosofía de atención, de asistencia, de cuidados y tratamientos a aquellas personas con una enfermedad incurable, activa, progresiva... que amenaza su vida, desde un enfoque interprofesional", es decir, "se atienden todas las dimensiones de la persona: la física, la social, psicológica y emocional, la espiritual y la de los profesionales". Mientras que para Marta Albert los Cuidados Paliativos "no son la eutanasia ni el momento a decidir la propia muerte", estos conceptos "no forman parte de nuestro ordenamiento iurídico".

De esta manera ha comenzado el coloquio ¿A dónde deben dirigirse los cuidados
paliativos? es el título del
coloquio organizado por iSanidad. Lo mejor de la Sanidad
en el que han participado la
Dra. Teresa García Baquero,
médico especialista en Cuidados Paliativos y Marta Albert,
profesora agregada de Filosofía del Derecho y miembro
del Observatorio de Bioética.

Ambas han mostrado los aspectos más relevantes de los Cuidados Paliativos, comenzando por definir conceptos para que no se confundan términos como cuidados paliativos o sedación paliativa.

"El objetivo de los Cuidados Paliativos es mejorar la calidad de vida o mantenerla hasta el final", aludiendo al alivio del dolor, pero el objetivo no es el alivio del sufrimiento, ha dicho García Baquero, en referencia a la definición de Cuidados Paliativos de la OMS (Organización Mundial de la Salud).

La propia García Baquero ha explicado que en Cuidados Paliativos la sedación paliativa se utiliza habitualmente como la sedación hasta reducir el nivel de consciencia para evitar que el enfermo sufra innecesariamente, mientras que en muchas ocasiones se entiende como una sedación continua y profunda, llegando a eliminar el nivel de conciencia. Ha sido Marta Albert la que se ha atrevido a afirmar que, de manera genérica, se entiende la sedación paliativa como sedación en la fase final o en la agonía, una sedación irreversible.

"Una sedación continua y profunda normalmente es irreversible", ha dicho la Dra García Baquero, en clara referencia a la manida expresión "Ya está sedado", que se utiliza tan habitualmente.

En cuanto a la eutanasia, Teresa García Baquero ha señalado que es sólo un término legal, "es la despenalización de un homicidio por compasión". Marta Albert ha recordado que el Código Penal no se habla de eutanasia, sino "de un tipo con una pena más reducida dentro del homicidio".

Las dos han coincidido en que si el paciente tiene derecho a una sedación paliativa, el médico tiene el deber de atenderlo, por lo tanto la relación médico-paciente pasa a ser vulnerable. Albert ha destacado, además, que "la objeción de conciencia es un derecho fundamental", y la no aparición de este derecho en estas leyes es algo "deliberado". Para ella realizar un acto, (sedación paliativa se entiende) ante el que el profesional no está obligado, puede ser considerado un homicidio

"La madurez de una sociedad se mide por como cuida a sus miembros más vulnerables", ha recordado García Baquero, que insiste en afirmar que en el acuerdo reciente de la Comunidad de Madrid no ha habido discusión.

<u>Ver coloquio completo</u> (<u>Video</u>)

..Redacción

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





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

