iSanidad
Atención Primaria

www.isanidad.com

N. 10 • MAYO 2017

•Llegan las reclamaciones automatizadas contra médicos

•Atención Primaria rechaza la sedación a la carta

•La investigación en Atención Primaria, que es sólo el 4% de las publicaciones, revierte directamente en el paciente

•La enfermería debe cobrar más protagonismo en la asistencia al paciente crónico

•El 61% de las hospitalizaciones puede reducirse con una adecuada coordinación Atención Primaria-Cardiología

•Extremadura crea el Centro de Salud Online que permitirá mayor interacción entre los pacientes y el sistema sanitario

•Hablamos, discutimos, pero no solucionamos

•Ransomware. La amenaza nº 1 para las organizaciones sanitarias

•José Rambla: La medicina del futuro será deslocalizada, personalizada y proactiva

•Más del 50% de los pacientes no cumplen adecuadamente los tratamientos interpuestos

Llegan las reclamaciones automatizadas contra médicos

La enfermería debe cobrar más protagonismo en la asistencia al paciente crónico

Atención Primaria rechaza la Sedación a la carta

iSanidad
Atención Primaria

Llegan las reclamaciones automatizadas contra médicos

El éxito de las reclamaciones masivas contra aerolíneas o productos bancarios ha provocado la aparición de despachos de abogados que han automatizado la reclamación de responsabilidades en el ámbito médico.Una de estas webs ha asegurado que este año se realizarán más de 20.000 reclamaciones solo a odontólogos en 2017. A tenor de las cifras que se manejan es previsible el aumento por esta vía de las reclamaciones contra médicos.

El problema para los médicos en este caso es que ya han llegado las reclamaciones automatizadas, al estilo de las que se venían haciendo contra aerolíneas, para reclamar a los bancos por productos con información engañosa, cláusulas suelo o por la salida a Bolsa de Bankia.

Consejos para evitar una reclamación

Las reclamaciones a médicos están creciendo severamente. Este año 2017, con motivo del auge de los reclamadores online y nuevos despachos que se dedican a ello, se espera recibir más de 20.000 reclamaciones, una cifra muy elevada comparada con otros años.

En nuestra experiencia, hemos podido constatar que muchas de las demandas que se reciben actualmente se pueden evitar o minimizar siguiendo unas recomendaciones muy sencillas:

1. El Consentimiento Informado: Elemento clave en el mundo sanitario. Debe ser entregado al menos con 24 horas de antelación a la intervención, con todo el proceso explicado minuciosamente y dirigido a la persona a la que va a intervenir. Más del 70% de las reclamaciones a médicos vienen por la falta del consentimiento informado, porque tengan defectos o porque sean demasiado generalistas, un hecho que implica mala praxis del profesional.

2. Correcta realización de la historia clínica, columna vertebral de cualquier proceso asistencial: la historia clínica de cada paciente debe de ser completa y detallada. Es muy difícil desmentir a un paciente descontento porque actualmente no se están realizando unas buenas historias clínicas. Hay que plasmar el cuadro clínico del paciente y sus antecedentes, además de las incidencias que vayan ocurriendo, como incumplimientos de las recomendaciones terapéuticas o retrasos en las citas, junto a todos y cada uno de los actos clínicos que se lleven a cabo, de cuya consecución lógica determine que en todo momento se actuó conforme a la clínica de un paciente en su propio beneficio.

UNITECO PROFESIONAL
DS legalgroup

..(Continúa)

Muchas de las demandas que se reciben actualmente se pueden evitar o minimizar.

La historia clínica de cada paciente debe de ser completa y detallada.

iSanidad
Atención Primaria

Llegan las reclamaciones automatizadas contra médicos (y II)

3. Comunicación entre médico y paciente: El canal de comunicación entre paciente y profesional tiene que ser más estricto. Hay que dejar claro al paciente qué le vamos a realizar y lo que supone para él. Este deber de información debe ser siempre verbal, tomarse el tiempo necesario para ello y reflejarlo en la historia y en el consentimiento informado, por el cual el paciente, mediante su firma, consiente libre y voluntariamente a someterse al tratamiento propuesto y asumir los riesgos y complicaciones que ello implica.

4. Cultura del seguro: Es necesario crear una cultura del seguro dentro de la medicina. Hay que interesarse por él para que, en el caso de tener que ser utilizado, tenga un seguro personalizado y adaptado a sus necesidades que cubra todos los hechos y eventualidades de su actuación y responda por usted debidamente.

5. Ante cualquier indicio de problema hay que ponerse inmediatamente en contacto con el abogado o correduría: Antes de responder a un paciente sobre una complicación en un tratamiento o cirugía póngase en contacto con su abogado. También, ante cualquier tipo de reclamación o queja que le pueda hacer es recomendable que hable con su abogado antes de que se llegue a algo formal. Cuanto antes se sepan las causas o la intención que tiene un paciente, será más fácil trabajar.

Uniteco ofrece un servicio de consentimiento informado digital

Desde Uniteco queremos hacerles llegar que, con la colaboración de nuestro despacho jurídico de referencia (DS Legal Group), estamos preparados para cualquier imprevisto o tipo de demanda que se interponga contra los médicos a los que damos servicio. Son 50 años dentro de la responsabilidad civil profesional que nos avalan para defenderles ante cualquier tipo de reclamación que se interponga.

Sabemos que, debido a la aparición de herramientas online y nuevos despachos de abogados especializados en interponer demandas a los profesionales de la salud, las reclamaciones van a ir a más. Es inevitable, pero para eso tienen un seguro de RC de experiencia y éxito contrastados desde hace casi 50 años.

..LexSanitaria

Lex Sanitaria
La información que te interesa

El canal de comunicación entre paciente y profesional tiene que ser más estricto.

Ante cualquier indicio de problema hay que ponerse inmediatamente en contacto con el abogado o correduría

iSanidad
Atención Primaria

Atención Primaria rechaza la sedación a la carta

"Cuando existe una adecuada indicación para la sedación paliativa, la objeción de conciencia no tiene cabida, como tampoco sería posible objetar ante cualquier otro tratamiento correctamente indicado", según el doctor Jacinto Bátiz, responsable del Grupo de Trabajo de Bioética de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), para quien *"tan grave es abusar de la sedación como no aplicarla cuando es necesaria para el paciente"*.

El también jefe del Área de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi (Bizkaia) ha moderado hoy una mesa de controversia sobre cuidados al final de la vida en el XXIV Congreso Nacional de Medicina General y de Familia que se celebra en San Sebastián hasta el 20 de mayo.

Según señala este experto referente a nivel nacional en Bioética, *"hay enfermos que, a pesar de todos los tratamientos disponibles, tienen en algún momento de la evolución de su enfermedad (oncológica o no), uno o más síntomas refractarios al tratamiento que le provocan un sufrimiento insoportable. Esto obliga al médico a disminuir la consciencia del enfermo para garantizar una muerte serena"*.

La sedación paliativa se ha de considerar actualmente como un tratamiento adecuado para aquellos enfermos que *"son presa de sufrimientos intolerables"* y no han respondido a los tratamientos adecuados. *"Cuando la sedación está indicada y existe consentimiento, el médico tiene la obligación de aplicarla"*, indica el Dr. Bátiz. En esta situación, *"si un médico se negara a realizarla, el paciente o en su defecto, la familia, la podría exigir como un derecho, que se corresponde con el deber profesional del médico"*.

La sedación es un recurso terapéutico prescrito por el médico con unos criterios de indicación concretos. La sedación, en sí misma, *"es un recurso terapéutico neutro más y por tanto éticamente neutro. Lo que puede hacerla éticamente aceptable o reprobable es el fin que busca y las circunstancias en que se aplica"*, advierte Bátiz.

La sedación en la agonía representa el último recurso aplicable al enfermo para hacer frente a sus síntomas biológicos, emocionales o existenciales, cuando otros recursos terapéuticos hayan demostrado su ineficacia. Cuando el médico seda al enfermo que se encuentra sufriendo en fase terminal y lo hace con criterios clínicos y éticos *"no está provocando su muerte; está evitando que sufra mientras se muere; está realizando una buena práctica médica"*.

"El enfermo tiene derecho a no sufrir cuando padece una enfermedad avanzada incurable en fase terminal", pero puntualiza que será un derecho *"siempre que esté indicada"*, lo cual no debe interpretarse como *"una sedación a la carta"*.

La sedación paliativa se ha de considerar como un tratamiento adecuado para aquellos enfermos que "son presa de sufrimientos intolerables".

La sedación en la agonía representa el último recurso aplicable al enfermo para hacer frente a sus síntomas biológicos, emocionales o existenciales.

iSanidad
Atención Primaria

La investigación en Atención Primaria, que es sólo el 4% de las publicaciones, revierte directamente en el paciente

La vicepresidenta de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), la doctora Pilar Rodríguez Ledo, ha reivindicado, en el XXIV Congreso Nacional de Medicina General y de Familia, el papel de la investigación en Atención Primaria que, a pesar de ser la que *"revierte directamente en el paciente y en la comunidad"*, tan solo representa en la actualidad un 4% del total de investigaciones.

Según la representante de la SEMG, mediante la investigación en los centros de salud se puede analizar directamente qué situación hay, si la prevalencia se está disparando en alguna enfermedad o cómo los médicos de familia pueden aplicar un consenso en la práctica clínica para mejorar la atención o evaluar los resultados para saber si hay que modificarlo.

El alto capital humano, la elevada identificación de las necesidades y acceso directo a los pacientes y a la población, son algunas de las ventajas que la doctora Rodríguez Ledo ha señalado a la hora de investigar en el primer nivel asistencial. Sin embargo, en contraposición, nos encontramos con los problemas de la formación o la falta de tiempo. *"Al final, si reivindicamos los diez minutos por paciente que son necesarios para atenderlo ¿quién se va a encargar de reivindicar algún minuto para investigar para que el paciente sea bien atendido? Espontáneamente no se va a producir".*

La también responsable del Investigación en la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia quiere ser optimista, y prueba del interés investigador de los médicos de familia son, según ella, las 1.825 comunicaciones que se han presentado en el XXIV Congreso Nacional de Medicina General y de Familia.

En este sentido, la vicepresidenta de la SEMG afirma que *"no podemos decir que la investigación no es significativa. Lo que no se tiene a veces son los resultados brillantes que podemos esperar. Nos encanta la tecnología, pero los problemas básicos que vive nuestra población son mucho más mundanos, mucho más sencillos, y lo que requieren son reflexión. La reflexión es una decisión estructurada, nos permite tomar decisiones para avanzar".*

"Lo que nos hace falta para tener una buena investigación en AP es tener ideas, identificar las necesidades y las lagunas de conocimiento e intentar de alguna forma, con una metodología adecuada y estructurada, dar respuesta para que se pueda aplicar", según Rodríguez Ledo.

Dentro del compromiso de la SEMG en ese campo, los que más preocupan son esos investigadores que necesitan ayuda para ponerse en contacto con otros y para empezar a desarrollar proyectos. Por eso la sociedad médica ha creado una cartera de proyectos de investigación, de distintos niveles de complejidad e implicación, de todas las áreas (asistencial, docente e investigadora) para los profesionales que quieran colaborar.

Las temáticas que abordan son muy variadas y van desde artrosis, diabetes mellitus, pie diabético, cáncer renal, insuficiencia cardiaca, osteoporosis, dermatoscopia, hasta un registro de centenarios con el que se pretende estudiar las condiciones que les han permitido llegar a esa edad con salud.

La investigación en los centros de salud se puede analizar directamente qué situación hay.

"Pidamos algunos minutos también para la investigación".

iSanidad
Atención Primaria

La enfermería debe cobrar más protagonismo en la asistencia al paciente crónico

EPOC, diabetes y dolor crónico representan a la perfección lo que es la enfermedad crónica. En España son muchos pacientes los que padecen estas patologías porque como muestran los datos, la esperanza de vida de hombres y mujeres ha aumentado mucho hasta superar los 80 años en ambos sexos. Por ello, durante el Congreso Internacional de Enfermería de Barcelona, Esteve ha reunido a varios expertos en el tema para que comentasen dónde estamos, hacia dónde se dirige el sistema sanitario y qué papel tiene la enfermería en ese futuro envejecido. *"Queríamos conocer qué está haciendo en estas áreas tan importantes de la cronicidad"*, ha comentado David González, Medical Unit Manager de Integral Care de Esteve.

Cristina Columbo, enfermera especialista en Diabetes del Hospital Clínic de Barcelona, mostró los programas educativos en los que están trabajando. *"Es un proyecto que está empezando pero que nos ilusiona mucho porque refleja el papel tan importante que tenemos las enfermeras, su rol en la educación y en la atención al paciente"*, ha expuesto la enfermera. Los hábitos de vida saludable son el mejor tratamiento para estos pacientes y formarlos en este aspecto es cosa de la enfermería. *"De cara al futuro pedimos más apoyos por las instituciones"*, ha añadido.

Las enfermeras piden más autonomía, *"creo que debemos cobrar más protagonismo y estrar dentro de las estructuras que regulan estos pacientes. Tenemos mucho potencial para llegar más lejos pero debemos asumir nuestra autonomía profesional para poder tomar las decisiones correctas y estar en las reuniones donde se habla de los cambios que tienen lugar en la asistencia al paciente"*, ha asegurado María Carrión, enfermera de Práctica Avanzada de la Clínica Universidad de Navarra. Carrión ha expuesto durante el simposio el pilar fundamental para la atención del paciente crónico: multidisciplinariedad, porque *"ahora mismos solo estamos médicos y enfermeros y queremos que participen más profesionales"*.

La EPOC es una enfermedad muy frecuente, prevenible y tratable. *"Antes EPOC era igual a tabaquismo pero las últimas definiciones han cambiado y la relacionan con otros factores como por ejemplo los gases nocivos"*, ha expuesto Jordi Giner, enfermero en el Hospital Santt Pau de Barcelona. *"Es una enfermedad en la que la enfermera tiene la labor de localizar casos lo antes posible lo que permitirá que el paciente menos medicación y la gravedad de la enfermedad no pueda ir en aumento"*, ha añadido Giner.

Las enfermeras tienen un gran impacto en la población *"porque hacemos muchas visitas de seguimiento a pacientes crónicos"*, ha relatado Carolina Lapena, enfermera de Atención Primaria (AP) del Sanllehy. En la asistencia, las personas que tratan en AP tienen pluripatologías, *"y tenemos que manejar todos estos problemas de forma sincronizada"*.

Las nuevas tecnologías desarrollan un papel crucial en este nuevo paradigma. *"Ha cambiado la forma de comunicarnos y las nuevas tecnologías forman parte de eso también"*, ha finalizado Lapena.

..Alicia Almendros. Diario Enfermero

"Debemos cobrar más protagonismo y estrar dentro de las estructuras que regulan estos pacientes".

La EPOC es una enfermedad muy frecuente, prevenible y tratable.

iSanidad
Atención Primaria

El 61% de las hospitalizaciones puede reducirse con una adecuada coordinación Atención Primaria-Cardiología

La coordinación Atención Primaria y Cardiología ha conseguido una reducción del 61% de las hospitalizaciones y una reducción de costes sanitarios del 45%.

"Tradicionalmente en el paciente crónico, la coordinación no ha existido, siendo una situación que ha ido cronificándose a lo largo del tiempo".

El 56% de los pacientes con patologías cardiovasculares son atendidos por diversas especialidades médicas como la Medicina de Familia, Medicina Interna, Urgencias o Cardiología. Concretamente, la coordinación Atención Primaria y Cardiología ha conseguido una reducción del 61% de las hospitalizaciones y una reducción de costes sanitarios del 45%, cifras que ponen de manifiesto la importancia de la coordinación asistencial entre ambas especialidades. Es por ello que las IX Jornadas Nacionales Cardiovasculares de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), que se han celebrando los días 18, 19 y 20 en Girona, han tratado de forma específica este aspecto de las patologías cardiovasculares.

"*Implementar protocolos de coordinación entre Atención Primaria y Cardiología es prioritario",* apunta el Dr. Vicente Pallarés, coordinador del Grupo de Trabajo de Hipertensión y Enfermedad Cardiovascular. *"El perfil del paciente que atendemos en la actualidad es mayoritariamente anciano y pluripatológico, lo que le confiere una especial fragilidad y la necesidad de una asistencia reglada".* Por ello, se requiere de un manejo multidisciplinar, clínico y social, donde la continuidad asistencial sea imprescindible.

"Tradicionalmente en el paciente crónico, la coordinación no ha existido, siendo una situación que ha ido cronificándose a lo largo del tiempo", indica el Dr. Pallarés. La habitual organización asistencial en los hospitales, establecida sobre especialidades fragmentadas, y en Atención Primaria no facilita la continuidad en la atención de los pacientes ni el planteamiento multidisciplinar que necesitan.

Esta falta de coordinación que tantas veces se produce es percatada por los propios pacientes, quienes indican que son necesarios cambios en la organización asistencial y en el modelo de relación médico-médico y médico-paciente para mejorar la accesibilidad y la continuidad de cuidados.

Por ello, muchas veces se generan situaciones de desconfianza, incumplimiento de las órdenes médicas, más utilización de los recursos asistenciales, más recurrencia a los servicios de urgencias y más hospitalizaciones, lo que redunda en una peor calidad de vida del paciente, pero también de los cuidadores y/o familiares.

Por suerte, esta situación está cambiando gracias a la importante implicación de muchos profesionales y de las sociedades científicas que de forma coordinada están trabajando en la creación de protocolos asistenciales entre Atención Primaria y resto de especialidades, destacando la interrelación Atención Primaria-Cardiología.

Las tres sociedades de Atención Primaria (SEMERGEN, SEMG, semFYC) y la Sociedad Española de Cardiología (SEC) crearon un programa denominado SEC-PRIMARIA, cuyo objetivo es mejorar la calidad en la asistencia de las enfermedades cardiovasculares a través de una continuidad asistencial entre ambas especialidades.

"El programa implica a muchos profesionales de ambas especialidades que han trabajado en la preparación y puesta en marcha de protocolos de interrelación de las patologías más prevalentes en cardiología, entre ellas la que tratamos en nuestras Jornadas Cardiovasculares: la insuficiencia cardíaca", indica el coordinador de SEMERGEN.

iSanidad
Atención Primaria

Extremadura crea el Centro de Salud Online que permitirá mayor interacción entre los pacientes y el sistema sanitario

Los extremeños, a través de chat o vídeo podrán consultar con su propio médico o enfermero de Atención Primaria. Y es que esta experiencia se pondrá en marcha de forma experimental en los próximos meses dentro del proyecto de Centro de Salud Online, cuya primera fase entró en funcionamiento el pasado 12 de mayo.

José María Vergeles, consejero de Sanidad y Políticas Sociales, presentó en rueda de prensa este proyecto, junto al director gerente del Servicio Extremeño de Salud (SES), Ceciliano Franco; y al subdirector de Sistemas Informáticos de este organismo, Santiago Tovar.

Vergeles destaca que este centro de salud virtual permitirá a los extremeños acceder a servicios sanitarios a través de sus ordenadores, tablets o dispositivos móviles, mediante una página web (saludextrememadura.ses.es /web/) y aplicaciones para smartphones, tanto Android como iOS.

Destacar que en la primera fase del Centro de Salud Online, no está incluida todavía la consulta por chat con el médico de cabecera, pero sí para otros servicios novedosos en España, como el acceso de cada paciente a su historia o informes clínicos, de urgencia u hospitalización, así como al resultado de pruebas de laboratorio, para lo que necesitará estar en posesión de DNI electrónico, firma digital o sistema de @clave, similar al de la declaración de la renta, en este último caso cuando esté operativo, para garantizar la confidencialidad y el respeto a la Ley de Protección de Datos.

Asimismo, como indicó el consejero, los usuarios del SES, tendrán acceso desde sus dispositivos a la gestión de citas para Atención Primaria de Salud (pedir, consultar o anular) o ver la planificación de las citas que tienen, y es que como destacó, con esta primera fase del Centro de Salud Online se da *"un paso muy importante en la autonomía del paciente"* y en lo que defiende su departamento de que *"el ciudadano se considere como lo que es, propietario de su información clínica"*.

Dar de alta o baja en servicios que son consejos de salud y acceder a través de GPS a la localización de centros de salud, hospitales y farmacias.

También se podrán dar de alta o de baja en servicios que son recomendaciones o consejos de salud para la población en general y para determinados colectivos o consultar el recordatorio del calendario vacunal.

..(Continúa)

La primera fase del Centro de Salud Online, no está incluida todavía la consulta por chat con el médico de cabecera, pero sí para otros servicios novedosos en España.

Dar de alta o baja en servicios que son consejos de salud y acceder a través de GPS a la localización de centros de salud, hospitales y farmacias.

Sanidad
Atención Primaria

Extremadura crea el Centro de Salud Online que permitirá mayor interacción entre los pacientes y el sistema sanitario (y II)

El paciente, acreditado con DNI electrónico o firma digital, también podrá consultar el calendario de dispensación de la receta electrónica.

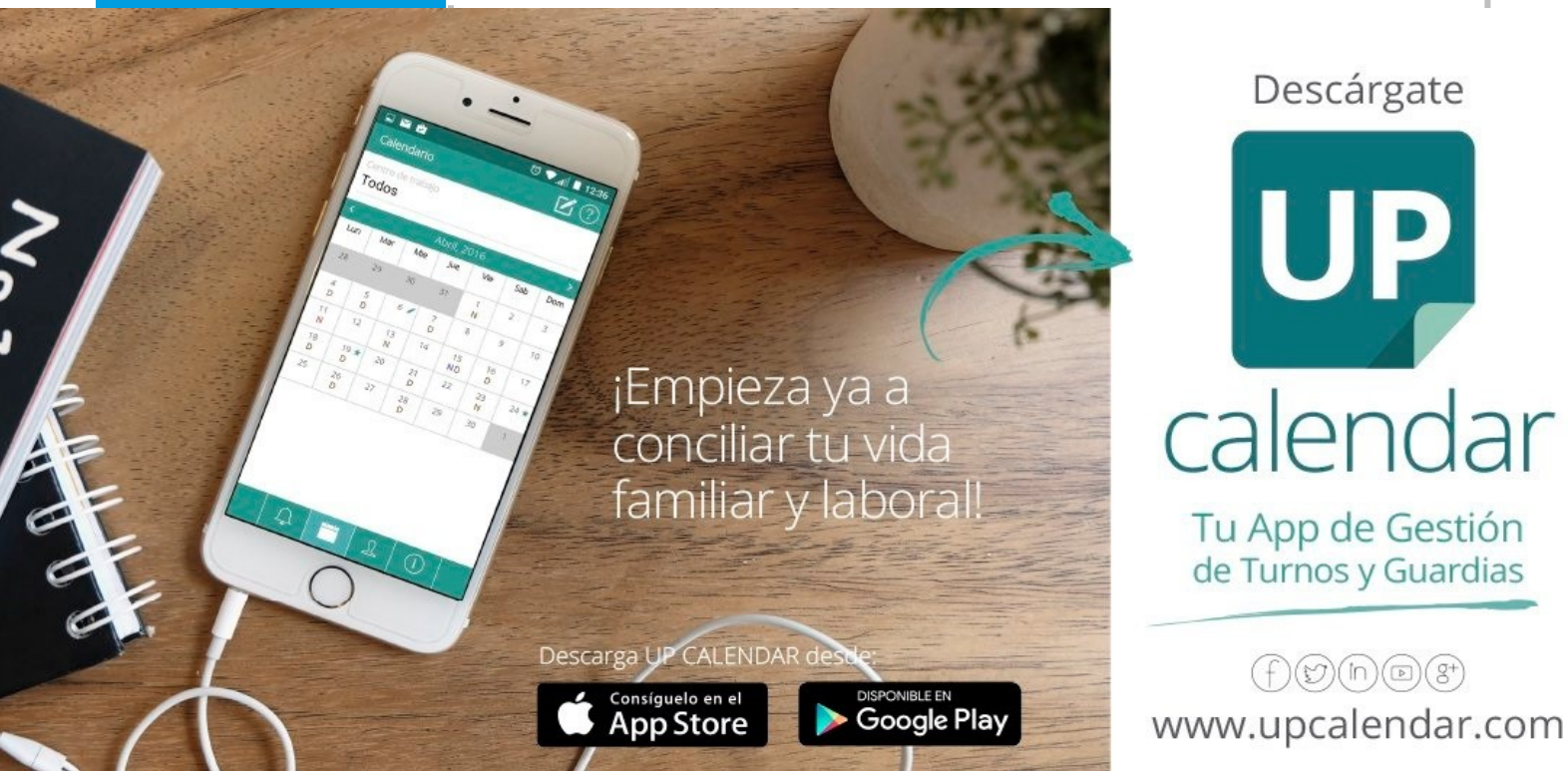
Igualmente, tendrán la posibilidad de acceder a través de GPS a la localización de los centros de salud, de los hospitales y de las farmacias, así como consultar y cambiar los datos personales de los que dispone el SES para futuras comunicaciones, si existe, por ejemplo, un cambio de domicilio.

Consultar el calendario de dispensación de la receta electrónica o las pautas de sintrom

El paciente, acreditado con DNI electrónico o firma digital, también podrá consultar el calendario de dispensación de la receta electrónica, los tratamientos activos en el historial o las pautas de sintrom en el caso de los pacientes que tomen este anticoagulante.

El consejero ha anunciado que de forma periódica se irán incorporando otros servicios a este centro de salud virtual que permitirán mayor interacción entre los pacientes y el sistema sanitario, como la consulta por chat con el médico de cabecera o el acceso al historial farmacoterapéutico completo. Del mismo modo, según José María Vergeles, en próximas fases se establecerá un canal para pacientes con enfermedades crónicas y también se podrá acceder al cambio de las citas en consultas externas de Atención Hospitalaria.

..Redacción



iSanidad
Atención Primaria

Hablamos, discutimos, pero no solucionamos

Ahora que todo el mundo se reúne, que todos los partidos buscan consenso, que el mosaico de padres de la patria es de lo más plural, que se pone el acuerdo en lo que funciona y no en la crítica, ahora que todos los políticos ponen el énfasis en lo que quiere y desea la ciudadanía, no se habla de sanidad.

Pues bien, nada mas lejos de la realidad, no solo ha sido clamorosa su ausencia en los debates de precandidatos a cargos de partido, de preguntas en el parlamento, de denuncias mediáticas etc, si no que estando en jaque la financiación y continuidad del modelo, y pasando los días con cotas de calidad cada vez mas propias de países en desarrollo, que de los llamados de nuestro entorno, nos centramos en lo trascendental, que no fundamental, en lo etéreo, que no objetivo, y seguimos sin buscar soluciones a medio y largo plazo del deterioro que excava los cimientos de lo que un día fue sanidad modelo.

La mejora de la financiación del sistema sanitario público es a todas luces imprescindible ante la evidencia del déficit generado y comparando el gasto con el de los países de nuestro entorno. Máxime cuando observamos que con una ínfima cantidad de lo que ha movido la corrupción que tanto nos asusta, se hubiera no solo mantenido sino que mejorado nuestros estándares crediticios de calidad asistencial, ante la comparación mundial de los sistemas del resto de países.

Hay que tener en cuenta además las características obsoletas de nuestro modelo, recogidas en la Ley General de Sanidad de 1986. No se tiene en cuenta los factores que generan el gasto desmesurado, y por supuesto no se vela por ese servicio de salud que pase lo que pase en las diatribas políticas, será el ciudadano el que lo financie.

La educación para la salud es una asignatura pendiente, por eso la medicina fracasa

Seamos rigurosos y objetivos con los factores que nos perturbarán y seguirán aumentando el gasto. Además del envejecimiento, la tecnología, el aumento de población, debemos tener en cuenta al propio ciudadano, en relación a su comportamiento y a hábitos en relación con su salud y con la de los demás, y en relación también con la utilización que de los servicios sanitarios hace. La educación para la salud es una asignatura pendiente, por eso la medicina fracasa y hay enfermedades, los aspectos de cuidados de salud y preventivos están en el baúl de los recuerdos, en segundo lugar es importante también la importancia de los profesionales en la toma de decisiones, en relación a las pruebas y tratamientos más idóneos para los pacientes. Y el sesgo que produce una gestión politizada y economicista.

Este es un factor menos valorado, pero que actúa sobre el gasto de una manera inconmensurable, decisiones políticas sobre la planificación y organización de los servicios, sobre la estructura organizativa y su colosal dimensionamiento, así como también la legislación de carácter general, que incide sobre el sector sanitario, y que además no puede influir en los precios y regulación como otros sectores.

..(Continúa)

La educación para la salud es una asignatura pendiente, por eso la medicina fracasa.

La mejora de la financiación del sistema sanitario público es a todas luces imprescindible ante la evidencia del déficit generado y comparando el gasto con el de los países de nuestro entorno.

iSanidad
Atención Primaria

Hablamos, discutimos, pero no solucionamos (y II)

El paquete de las decisiones políticas de planificación y organización, regulaciones a veces discutibles, supuestamente, persiguen la mejora en la calidad y seguridad de los servicios, pero lo que es seguro es que condicionan también el gasto. De este modo, las inversiones para abrir nuevos centros u ofrecer nuevos servicios parecen preocupar más que sostener el gasto de su funcionamiento futuro, cuando la equidad de acceso geográfico es tomada como prioridad.

Las administraciones son generadoras también de gasto sanitario a partir de sus decisiones

Por tanto, debemos considerar a las propias administraciones del Estado y de las Comunidades Autónomas como generadoras también de gasto sanitario a partir de sus decisiones. No se actúa con criterios, ya no de eficiencia, efectividad y eficacia, sino teniendo en cuenta el más mínimo, sentido común, para con las necesidades reales de cobertura de cartera de servicios y racionalización del gasto, con un mínimo criterio profeisonal y a veces ético, como paradigmático y reciente ejemplo, las fusiones hospitalarias revertidas en Andalucía.

Mucho se podría hacer con el gasto si se diera un acuerdo razonable y sostenible con los agentes sociales, los profesionales y los usuarios en un sector con intensidad en la utilización de recursos humanos y con una importante carga social.

Criterios y gestión profesional, presupuestos finalistas e implicación responsable de todos los participes en el mantenimiento de un bien tan preciado como es la cobertura sanitaria universal, deberían ser mandamientos de obligado cumplimento para ser lo que se era y sin duda mejorar en cotas de calidad

Hay que poner fin sin más remedio a este *"parcheo"* en la patología de insuficiencia financiera del sistema sanitario público, agravada con los PGE de 2017. Todo ello ha favorecido la inequidad, en las prestaciones, y lo que es peor un descenso en la calidad asistencial prestada, que comienza a alarmar.

La financiación finalista es la clave de cualquier solución

Ahora precisamente, que todo el mundo dialoga, que solicita pactos de estado, que pide regeneración, que pide hacer causa con los deseos de la población, y que se empieza a hablar del empoderamiento de la sociedad civil establezcamos unas bases sólidas.

Estamos ante una la mejor oportunidad para resolver de manera definitiva un problema antiguo que ha ido parcheándose, mal resuelto y que la crisis ha desnudad y hecho visible. La financiación finalista es la clave de cualquier solución, si no se pone en marcha la sanidad seguirá siendo la excusa de todas las CCAA, para conseguir una financiación que ellas mismas se encargan de despilfarrar en otras cosas, por eso rechazan este sistema, olvidando que es el único con capacidad para garantizar la protección de la salud para todas las personas en todo el territorio del país.

.. Dr. Francisco M Toquero de la Torre. Ex Vicesecretario de la OMC

Las administraciones son generadoras también de gasto sanitario a partir de sus decisiones

La financiación finalista es la clave de cualquier solución.

iSanidad
Atención Primaria

Ransomware. La amenaza nº 1 para las organizaciones sanitarias

Hoy en día uno de los mayores riesgos que puede sufrir la informática sanitaria viene derivada de los virus informáticos y especialmente de una variante de los mismos, conocida como ransomware, y que lleva algunos años siendo especialmente popular y dañina en todos los entornos.

¿Qué es el ransomware?

A estas alturas no habrá mucha gente que desconozca lo que es el ransomware (incluso que lo haya visto en acción) pero por si alguien no lo sabe, se trata de toda una serie de virus informáticos que encriptan (o restringen el acceso a) ficheros de los sistemas infectados y solicitan un rescate económico (generalmente en bitcoins) para su liberación. El término proviene de las palabras inglesas ransom- (rescate) y –ware (software) y se popularizó internacionalmente a partir del año 2013, procedente inicialmente de Rusia. El enorme número de variantes así como las consecuencias que acarrea ha hecho que hoy en día sea una de las mayores amenazas informáticas a las que estamos expuestos.

El virus utiliza habitualmente (aunque no siempre) técnicas de ingeniera social para que el usuario se infecte. A través de un archivo adjunto en un correo electrónico o de un enlace consiguen que el usuario ejecute el programa malicioso, que a partir de ese momento comienza a realizar su dañino trabajo.

Hay que tener en cuenta que el virus no sólo ataca los archivos del ordenador infectado. Si éste se encontrara conectado a una red local afectaría también a todas aquellas carpetas y recursos compartidos a los que el usuario tuviera acceso. Esto hace que este tipo de virus sea especialmente peligroso para las empresas y organizaciones, su principal objetivo.

¿Por qué se han hecho tan populares estos ataques?

Lo que más puede extrañar es la popularidad que están teniendo este tipo de ataques, a pesar del tiempo que llevar circulando por la red y de lo conocidos que se han hecho.

Pero si imaginamos esa pequeña empresa, tienda, despacho de abogados o usuario particular (seguro que ejemplos encontramos muchos) con pocos conocimientos informáticos y que de pronto se encuentra con toda su información encriptada y sin una copia de seguridad, imaginamos lo que puede pasar. Desesperación, frustración, agobio… al final alguno siempre decidirá que pagar es la única solución para recuperar la información y esto es lo que buscan los delincuenes.

Y aunque el porcentaje de infectados que pagan es relativamente bajo (las cifras son relativas y varían mucho entre las fuentes, desde un 0,3% de algunos estudios a un 52% en el caso de empresas españolas infectadas), el número de infectados es tan alto que los ataques de este tipo se han hecho muy rentables. Por este motivo cada vez más delincuentes (e incluso gente más "normal") se lazan a generar variantes de estos virus para recaudar dinero de sus actividades ilícitas.

..(Continúa)

No sería difícil para un programa de este tipo enviar información al exterior para pedir un rescate que evite su divulgación

El ransomware se trata de toda una serie de virus informáticos que encriptan ficheros de los sistemas infectados y solicitan un rescate económico para su liberación.

Sanidad
Atención Primaria

Ransomware. La amenaza nº 1 para las organizaciones sanitarias (y II)

El entorno sanitario es y será siempre el objetivo principal de los ciberdelincuentes.

¿Cómo prevenir este tipo de ataques?

Aunque todo el mundo puede pensar que está más o menos libre de esta amenaza, lo cierto es nadie lo está. Incluso los usuarios más avanzados pueden, en un momento de despiste, abrir un archivo adjunto e infectarse.

Todos recordamos ese tipo de reglas básicas que se deben seguir: tener un buen antivirus, mantenerlo actualizado, no abrir correos de remitentes desconocidos o poco fiables, no abrir ficheros sospechosos o inesperados, no pulsar enlaces sospechosos… Pero lo cierto es que ninguna de estas medidas es 100% eficaz. Tampoco los antivirus, programas anti-malware o similares se muestran efectivos ante este tipo de virus, que utilizar diversas fórmulas para esquivarlos.

La única fórmula realmente efectiva es la prevención, no abriendo correos de gente desconocida o sospechosos, no descargando aplicaciones de fuentes no confiables y manteniendo al día todas las medidas de seguridad tanto individuales (antivirus y demás) como perimetrales (cortafuegos, etc).

Pero nada se ha mostrado completamente eficaz hasta la fecha. Y en caso de infección solo hay una alternativa: disponer de un buen sistema de respaldo (backup) que nos permita restaurar la información totalmente o al menos con una pérdida mínima en el menor tiempo posible. Es cierto que existen algunas herramientas que dicen poder desencriptar la información pero en mi experiencia no son demasiado efectivas y no podemos confiar en que lo consigan en la mayoría de los casos.el control de los archivos infectados.

..Pedro Gonzalo. Hablando de eSalud

capitalradio®

Valor Salud

Todos los viernes de 10h00 a 11h00

iSanidad
Atención Primaria

José Rambla: La medicina del futuro será deslocalizada, personalizada y proactiva

"La gestión remota de pacientes no es nada más que otro tipo de herramienta, que en este caso dota al profesional de una visión más continua sobre el estado del paciente".

"Tanto el cortoplacismo derivado de los ciclos de gestión política como las limitaciones presupuestarias son realidades con las que convivimos".

"Las nuevas tecnologías como palanca de inversión en salud", es el nombre de la mesa de trabajo coordinada por José Rambla Lop, Management Consulting Manager en Accenture, para la realización del libro 100 medidas que mejoran el sector de la salud de la Fundación Economía y Salud. Ha atendido a iSanidad. Lo mejor de la Sanidad para explicar la importancia de la tecnología de gestión, para la captación de datos clínicos y no clínicos y la propia explotación la masiva de datos en el futuro de la sanidad.

Las tecnologías, tipo la gestión remota de pacientes, ¿pueden acabar con la humanización de la medicina?

Los que trabajamos con tecnología y salud sabemos que lo que hacemos no es más que desarrollar herramientas para que los profesionales médicos puedan hacer su trabajo de manera más sencilla, con nuevos enfoques o con mayor seguridad. Pero son ellos los que deciden cómo usar estas herramientas y son los mejores guardianes de aspectos como la humanización de la asistencia. No por resistencia al cambio y a usar la tecnología, sino porque van a decidir cómo usarla para obtener los mejores beneficios de la misma sin perjudicar la asistencia en otros aspectos.

La gestión remota de pacientes no es nada más que otro tipo de herramienta, que en este caso dota al profesional de una visión más continua sobre el estado del paciente y le permite anticipar mejor las situaciones de riesgo o llegar a pacientes a los que no podría llegar de otra manera, pero que llevada a la práctica, suele incrementar la calidad de la asistencia más que perjudicar su aspecto humano. El reto para las organizaciones está en conseguir este objetivo de manera eficiente y sin incrementar los recursos.

¿La nuevas tecnologías en salud pueden acabar siendo un "objetivo" en lugar de una "herramienta"?

Pueden serlo y no es necesariamente malo, pero solo puntualmente. Las organizaciones necesitan encontrar tracción, objetivos, para desarrollarse. El tener como objetivo desarrollar una tecnología puede ser un motor poderoso para conseguir el cambio y por tanto ser beneficioso. Dicho esto, un enfoque liderado exclusivamente desde las áreas de tecnología estará condenado a fracasar en su puesta en marcha si la tecnología adoptada no responde a necesidades reales de la práctica clínica u operacional de la organización. Solo involucrando a distintos perfiles desde fases tempranas del desarrollo de la estrategia tecnológica se puede garantizar la aplicación exitosa de la tecnología.

¿Es inevitable pensar en el cortoplacismo de la política o las limitaciones presupuestarias?

Tanto el cortoplacismo derivado de los ciclos de gestión política como las limitaciones presupuestarias son realidades con las que convivimos y que tienen impacto real en el desarrollo del negocio de la tecnología sanitaria. Esto no significa que haya que agarrarse a estas barreras para justificar fracasos al iniciar proyectos o llevarlos a buen término, sino que hay que ser consciente de que la situación es así, de que no va a cambiar y trabajar por tanto para que las barreras no lo sean o tengan impacto mínimo.

..(Continúa)

iSanidad
Atención Primaria

José Rambla: La medicina del futuro será deslocalizada, personalizada y proactiva (y II)

"Algunos proveedores tecnológicos hoy día priorizan -al menos en sus primeras etapas- conseguir su funcionalidad objetivo antes de hacerla segura".

"Un enfoque liderado exclusivamente desde las áreas de tecnología estará condenado a fracasar en su puesta en marcha si la tecnología adoptada no responde a necesidades reales".

¿Cómo? Un aspecto importante es mejorar la forma de comunicación de los beneficios de la tecnología. Cuando una tecnología es verdaderamente útil y esta utilidad se transmite de manera efectiva, pasa a convertirse en una necesidad real y los responsables de las organizaciones sanitarias hacen el esfuerzo necesario para incluirla en sus presupuestos o en sus objetivos políticos.

¿La seguridad tecnológica es también ya un objetivo más allá de la lógica?

Es un tema complejo. Por un lado, no existe el riesgo 0, con lo que efectivamente no es "lógico" aspirar a ser totalmente invulnerable en términos de seguridad, pero de nuevo, no vale como excusa para desarrollar prácticas irresponsables. La seguridad de los datos es importante y lo va a ser cada día más. El problema que tenemos es que la identificamos como un freno al progreso, a la investigación, a la experiencia de usuario, cuando debería ser una fortaleza, algo que poder llevar por bandera.

Algunos proveedores tecnológicos hoy día priorizan -al menos en sus primeras etapas- conseguir su funcionalidad objetivo antes de hacerla segura y esto vale en la medida en que el consumidor le conceda poca importancia a este aspecto o la legislación no esté adecuadamente desarrollada y aplicada, pero tarde o temprano eso cambiará

Cuando pase a ser un argumento de venta o un requisito para operar, se pondrá esfuerzo este tema y surgirán más sistemas que sean seguros y a la vez usables, tal y como ha ocurrido en otras industrias como la banca.

¿El futuro de la tecnología sanitaria está ligado a la personalización de la medicina?

Sí, existen en mi opinión dos aspectos fundamentales en la medicina del futuro: uno es que será deslocalizada -no siempre prestada físicamente desde instalaciones sanitarias - y otro es que será mucho más proactiva -en oposición al enfoque reactivo mayoritario de atención a la agudización actual-. La medicina personalizada entronca directamente con el segundo punto, dado que para anticiparse a los posibles problemas que pueda tener un paciente es necesario conocer bien sus necesidades específicas y su posible evolución. Perseguir este objetivo además es muy interesante porque el conjunto de tecnologías que la posibilitan, una vez desarrolladas con éxito, generan una explosión de aplicaciones con gran potencial transformador.

Hablamos de las tecnologías de explotación masiva de información clínica (y no clínica), es decir, técnicas de big data, analítica avanzada, IA o robótica, que aplicadas de manera conjunta y con acceso a grandes cantidades de datos -estructurados y no estructurados- generar inteligencia de negocio. Esta inteligencia se aplica en casos de uso como los de la medicina personalizada (en su aspecto proactivo y en la asistencia al profesional en tiempo real), los asistentes de salud virtuales, los sistemas de recomendación -con aplicación tanto clínica como comercial- o el desarrollo de nuevos fármacos.

..Redacción

iSanidad
Atención Primaria

Más del 50% de los pacientes no cumplen adecuadamente los tratamientos interpuestos

El Observatorio de la Adherencia al Tratamiento ha presentado un estudio único, probablemente uno de los análisis más importantes y exhaustivos elaborados en el mundo sobre esta materia por su metodología, ámbito, diseño y resultados. En palabras de su director general Jesús Díaz "nuestro ánimo es continuar con la labor de investigación que venimos desarrollando de una forma multidisciplinar, aportando datos objetivos que puedan ser de utilidad para establecer estrategias que traten de abordar y atajar este importante problema de salud pública relacionado con la falta de adherencia a los tratamientos interpuestos".

"No cabe ninguna duda que el paciente ha de ser corresponsable en la gestión de su propia salud y para ello precisa de una información acorde con su patología y un proceso de comunicación que le permita comprender su enfermedad y la importancia de realizar una cumplimentación terapéutica adecuada contando con el profesional de la salud y con su propia involucración en el proceso" subraya Díaz.

La falta de adherencia a los tratamientos es una constante y en mayor o menor proporción ocurre en todos los procesos crónicos analizados, lo cual incide sin duda en una mayor demanda asistencial, un incremento en los gastos destinados a salud por las ineficiencias generadas y una carencia de los resultados esperados en cada proceso.

El presidente del comité científico del OAT, José Manuel Ribera confirma que "*el objetivo de este trabajo es conocer el grado de adherencia al tratamiento de los pacientes crónicos en nuestro país así como las causas principales del incumplimiento terapéutico, en definitiva, mejorar el conocimiento técnico de la situación que vivimos en estos momentos en relación con la adherencia terapéutica y los hábitos saludables además de favorecer la difusión social de este problema que nos incumbe a todos. Solo mediante la cuantificación y segmentación del problema es como seremos capaces de plantear soluciones específicas, adaptadas a cada agente implicado en la cadena de valor del medicamento*".

Encuesta Nacional de Adherencia al Tratamiento

La metodología del estudio ha requerido un gran esfuerzo por parte de todos los participantes puesto que se han realizado 6.150 encuestas en 132 oficinas de farmacia repartidas por toda España, por CC. AA y por provincias. Encuestas realizadas en abril de 2016 que contienen 38 variables repartidas en 5 bloques temáticos (datos personales y sociodemográficos, patologías que padece, cumplimiento terapéutico, información sobre la enfermedad y calidad de vida y hábitos saludables). Ello ha permitido un análisis de variantes y multivariantes que aporta un nivel de confianza muy elevado, del 99,9% y un nivel de error mínimo del (± 2%). El análisis ha permitido realizar estudios individuales por patologías (Diabetes, hipertensión, EPOC, asma, hipercolesterolemia, osteoporosis, enfermedades reumáticas, depresión, enfermedades cardiacas y vejiga hiperactiva) y por CC. AA, lo cual ofrece una riqueza extraordinaria de datos concluyentes que permitirán desarrollar protocolos específicos de actuación básica en adherencia al tratamiento.

..(Continúa)

"La soledad es un factor de riesgo para la adherencia terapéutica".

Se han realizado 6.150 encuestas en 132 oficinas de farmacia repartidas por toda España, por CC. AA y por provincias.

iSanidad
Atención Primaria

Más del 50% de los pacientes no cumplen adecuadamente los tratamientos interpuestos (y II)

Las patologías crónicas de alta prevalencia reflejadas en la encuesta nacional desarrollada por el Observatorio de la Adherencia al Tratamiento (OAT) muestran que el mayor nivel de adherencia viene representado por las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia. Por el contrario, las que menor adherencia tienen según los datos de este estudio son: EPOC, osteoporosis, enfermedades reumáticas, vejiga hiperactiva, asma y depresión; estando en cualquier caso todas ellas en cifras de adherencia que se encuentran en torno al 50%.

La adherencia en general al tratamiento segmentada por sexo es muy similar en hombres y en mujeres y a mayor edad, se incrementan los niveles de adherencia. En el conjunto de la población, los mayores niveles de adherencia se sitúan en las "rentas intermedias", entre los 1.301 y los 2.700 € al mes. Por el contrario, los índices más reducidos de adherencia se localizan en el rango de 2.701 a 3.450 € al mes.

Respecto a las causas de la no adherencia se encuentran el olvidar la toma de sus medicamentos que es especialmente frecuente en hombres menores de 51 años, otras causas están relacionadas con el hecho de notar mejoría o por apreciar efectos secundarios. Una de cada cuatro personas encuestadas recurre a *"trucos"* para evitar el olvido en la toma correcta de su medicación, siendo también los extremos de los rangos de edad de la muestra.

La gran mayoría de las personas encuestadas afirman cumplir estrictamente con los horarios establecidos por su facultativo siendo la mujer más estricta en este aspecto, especialmente en el rango de edad de 31 a 40 años y la mayoría de la población parece no tener ningún tipo de problema con la toma íntegra de su medicación diaria, encontrándose en los extremos de los rangos de edad de la muestra el mayor porcentaje de no adherentes por esta causa.

Dos de cada tres pacientes participantes en este estudio manifiestan que retira de la farmacia siempre todos los medicamentos prescritos por su facultativo, es muy significativo que haya un tercio que no lo hacen así. El motivo fundamental es por manifestar tener existencias todavía en casa, los motivos económicos constituyen una razón baja siendo especialmente frecuentes en los menores de 30 años.

En cuanto a la automedicación es muy importante resaltar este dato ya que algo más de una de cada tres personas participantes en este estudio reconoce realizar esta práctica, especialmente en los rangos de edad de la muestra más jóvenes y de forma muy frecuente en los procesos más banales.

La mayoría de los encuestados dicen disponer de teléfono móvil y tan solo una de cada tres personas encuestadas se muestran receptivas a recibir mensajes de recordatorio o seguimiento. Es muy llamativo que dos de cada tres personas rechazan abiertamente esta posibilidad. Al igual que en el caso de los mensajes, dos de cada tres personas rechazan el uso de aplicaciones gratuitas para el control de su enfermedad, tan solo un tercio de los consultados acepta este tipo de herramientas.

"La renta no es un factor que determine la adherencia al tratamiento".

"Sigue habiendo un 33% de pacientes que se automedican"

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.