

Recobremos el placer de ser médicos

Boletín Informativo SMC-CESM

<http://www.sindicatomedico.es/>

MEDICOS

que defienden a los

MEDICOS

Unidos podemos



Unidos podemos

OPINIONES

Domicilios (a donde apenas llega el sistema sanitario)

El autor se ve sorprendido por el descenso, en algunos casos práctica desaparición, de la asistencia a domicilio de los médicos de Atención Primaria, en un momento en que, como consecuencia de la técnica, comienzan a disminuir las camas hospitalarias para tratar a los pacientes en los propios domicilios.

07/10/2013, Juan Gervas

Mujer de 90 años, vive de una pensión de viudedad de miseria, ha tenido dos hijas, una vive con ella. Incapacitada para salir a la calle desde hace tres años, por insuficiencia cardíaca invalidante. Es capaz por sí misma de pasar de la cama al sillón y viceversa. Además de la insuficiencia cardíaca padece enfermedad de Parkinson avanzada, diabetes, depresión, insomnio, incontinencia de esfínteres y estreñimiento intenso persistente (obliga al vaciado rectal manual). Es atendida por la hija que vive con ella, casi en dedicación exclusiva. Lo más molesto para la hija es el insomnio, el estreñimiento con incontinencia de esfínteres y la incapacidad para la marcha. La hija tiene 56 años, es soltera, ha vivido siempre en casa de los padres y obtiene algunos ingresos mediante su trabajo de costurera y modista

en el mismo domicilio. La hermana mayor, de 59 años, vive cerca y está casada, tiene una hija y una nieta, y todas ayudan a la cuidadora principal principalmente en las "relaciones exteriores" (compra diaria y ocasional, papeleos y burocracia, etc.). La cuidadora principal pasa las 24 horas del día en el domicilio con la madre, tiene la piel pálida y puede pasar meses sin salir a la calle. Sus contactos sociales son algunas clientes y amigas, y la hermana y la sobrina con su hija. No ha tenido vacaciones desde que su madre empeoró hace seis años. Las relaciones entre las hermanas son excelentes, de confianza e intimidad entre ellas. Ambas padecen artrosis. No consumen ni psicofármacos ni alcohol, pero abusan de los analgésicos, "por los dolores de huesos". La cuidadora principal tiene una actitud sobreprotectora con la paciente, con una intensa relación de dependencia. Presenta un callo en un dedo por los años de estímulo anal a la madre, para que evacue las heces. Le angustian de forma intensa y continuada las fantasías sobre la muerte o el empeoramiento brusco de su madre. Tiene miedo a no saber qué hacer si hay una complicación grave. Confía en su médico y enfermera que le visitan regularmente. La hermana expresa gran preocupación acerca del destino de la cuidadora cuando fallezca su madre, dada la intensa relación que existe entre ambas.

Adolescente de 14 años, con grave afectación mental y física por parálisis cerebral tras su nacimiento. Vive con sus padres y un hermano mayor de 16 años en casa de la abuela materna, viuda. Desde que nació, prematuramente y con hipoxia cerebral grave presenta un cuadro de oligofrenia profunda, incapacidad para el lenguaje verbal, parálisis de las extremidades inferiores, incontinencia de esfínteres y opistótonos. Necesita cuidados permanentes las 24 horas. El padre tiene trabajo de administrativo, bien remunerado. La madre se dedica en exclusiva a cuidar de su hija. Las tareas de la casa, la compra y los problemas domésticos van de mano de la abuela. La madre no realiza ninguna actividad social, pasa el día y la noche al lado de su hija con la que establece una relación casi continua a base de mantener las manos entrelazadas, "me las aprieta cuando quiere que haga algo", dice. La baña y le da masajes a diario. Duerme con ella y desde que nació no ha vuelto a tener relaciones sexuales con su marido (ni con nadie). Ha perdido sus amistades. Han dejado de ir de vacaciones y de salir a divertirse. Hay graves problemas de pareja y familiares pues el marido se queja amargamente de la excesiva dedicación de la esposa a la hija enferma, con abandono de cualquier otra responsabilidad y afecto incluso respecto al hijo mayor. La abuela también vive mal su papel de "doméstica", le angustia la situación de su hija y de su nieta y siente rechazo y evitación fóbica de la chica enferma. La cuidadora principal estuvo en tratamiento psiquiátrico durante dos años tras el nacimiento de su hija, ha padecido úlcera gástrica. Por "artrosis" consume grandes dosis de analgésicos, pero no psicofármacos ni alcohol. El hermano mayor ha tenido dos lipotimias cuyo estudio no ha permitido llegar a diagnóstico alguno. La abuela padece de depresión hace 7 años. El padre de la paciente es el que peor lleva la situación, pero contribuye a la sobreprotección de la enferma. La madre no tiene límites en la dedicación a la chica: "mi hija es mi felicidad", "lo que más me ayuda es cuidarla", etc. Tiene fantasías de muerte brusca de la hija, especialmente nocturnas y por ello duerme mal; no soporta pensar que ella pueda morir antes y que "la niña vaya a una institución". La abuela rechaza la situación y evita entrar en la habitación de la enferma. Hay buenas relaciones con el médico y la enfermera de cabecera que visitan regularmente a la paciente.

Nota, estos dos casos se describieron en: Puig C, Hernández-Monsalve LM, Gervas JJ. Los enfermos crónicos recluidos en el domicilio y su repercusión en la familia: una investigación cualitativa. *Aten Primaria*. 1992;10:550-2. Aunque no siempre se establezcan estas relaciones extremas entre el enfermo y el cuidador principal conviene tener presente la carga física, psicológica, económica y social para los familiares de los pacientes con graves enfermedades crónicas, recluidos y no recluidos a domicilio

<http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/articulo/los-enfermos-cronicos-domiciliarios-su-15096>

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2009000200004&script=sci_arttext

<http://www.dovepress.com/articles.php?articleid=14393>

Las "camas" de los médicos de cabecera (y de los hospitales)

El personal de los hospitales suele hablar de la "cama" tal y de la "habitación" cual. Por supuesto, ello refleja la continua rotación de pacientes, y el descuido en la personalización de la atención. Muchas veces los pacientes no son "Juan", "Dolores" ni "García Muñoz", ni "Esquirol", ni "Pepe", o "Merche", y mucho menos "Don Antonio", o "Doña Ana". Son sencilla y horriblemente "el de la cama 5", o "la vieja de la habitación siete", o más horrible "el glioma" (así, tal cual, como si todo el paciente fuera simplemente una enfermedad).

En todo caso hablamos de "las camas" de un hospital, de cuántas camas tiene un servicio de Medicina Interna, y cuántas lleva un adjunto de Trauma. Todavía hoy "la cama" da una cierta idea de la carga de trabajo y parece que a mayor número de "camas" mayor importancia (del hospital, del servicio, del adjunto). En realidad los hospitales están evolucionando a tener menos camas y ser más resolutivos. Lo demuestra bien el Orbis Medical Parck, en Sittard, Holanda

<http://apps.who.int/bookorders/espagnol/detart3.jsp?codlan=1&codcol=34&codbch=91&content=1>

Estos hospitales del futuro tendrán menos pisos o ninguno, con la tecnología, los despachos y los quirófanos concentrados en los sótanos, y encima jardines

<http://www.medicosypacientes.com/articulos/gervas21013.html>

Los hospitales con menos camas serán más resolutivos y con especialistas más generalistas, capaces de prestar sus servicios en la propia habitación del paciente al contar con la tecnología adecuada para ello

<http://www.kingsfund.org.uk/press/press-releases/our-response-royal-college-physicians-report-future-hospital-caring-medical>

Mientras llegan estos cambios, convendría al menos ser conscientes de que los médicos de cabecera (y pediatras de primaria) siempre han tenido "camas", en el sentido de pacientes reducidos a domicilio y muchas veces encamados en el mismo. Para una lista de dos mil pacientes puede estimarse un total de veinte "camas a domicilio". Naturalmente, en estos casos los pacientes suelen ser conocidos por su nombre y/o apellidos. Así, por ejemplo, le pregunta la médico general-de familia a su enfermera: "¿Fuiste a ayer a ver a Doña Fe? Su vecina vino a consulta y me comentó que algunas noches da voces y molesta a todo el mundo". Estos pacientes suelen ser bien conocidos por el personal sanitario pues muchas veces las situaciones de reclusión persisten por años, como en los dos casos relatados en este texto.

Como es lógico, los pacientes reducidos a domicilio (temporal o permanentemente) deberían recibir allí el máximo de servicios, para los que cada vez hay más y mejor tecnología especialmente si cooperan distintas entidades (sanitarias de todos los niveles y especialidades, sociales de variadas administraciones, organizaciones no gubernamentales y otras). Es posible hacer tratamientos oncológicos a domicilio, especialmente importantes en caso de niños y de adolescentes para evitarles la brutalidad del desplazamiento al hospital. También la diálisis peritoneal en caso de insuficiencia renal. O el aborto voluntario a domicilio con medicación tipo mefipristona, misoprostol y metrotexate. O todos los servicios precisos para un paciente en su fase terminal, desde la evacuación de la ascitis a la sedación final. O la atención diaria a úlceras complejas. O los servicios necesarios para un paciente en coma persistente por traumatismo craneoencefálico. O la atención al niño con bajo peso y alta precoz. Sin olvidar el sencillo uso del teléfono, que tanta seguridad puede dar al paciente y a su familia cuando permite el enlace en el momento oportuno con el médico-enfermera-farmacéutico-trabajadora social de

cabecera. Cada vez contamos con más y mejor tecnología que nos permite ofrecer atención a domicilio de calidad. Además, hay tecnología para monitorizar a los pacientes y ayudarles a mantener una vida independiente en su propio domicilio, sin tener que ser reclusos en el asilo ("residencia").

Lamentablemente, los profesionales de atención primaria suelen rechazar cada vez más los domicilios. En muchos casos se turnan para atender los "avisos" del día y van a visitar a los crónicos un día a la semana (o cada dos semanas). En el extremo, los pediatras de primaria pueden pasar años sin visitar a un solo paciente a domicilio, lo que a veces lleva a situaciones terribles de niños y adolescentes con enfermedades graves e invalidantes traídos al centro de salud para evitar el desplazamiento del profesional. Según las cifras de 2011, en España hay CCAA en las que los pediatras de primaria no salen de los centros de salud, y en cualquier caso hacen 28 veces menos domicilios que los médicos generales-de familia (que ya de por sí hacen muy pocos domicilios, muchos menos que las enfermeras a pesar de que estas temen "hacer la calle" y salir de sus despachos para dejar de ser "enfermeras") <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/docs/2011Actividad.pdf>

El "vacío" de atención a domicilio lo va cubriendo el hospital. Por ejemplo, con sus unidades de cuidados paliativos, unidades de insuficiencia cardíaca, unidades de hospitalización domiciliaria, unidades de alta precoz a neonatos y otras. En el futuro, el hospital tendrá sus "camas" en los domicilios de los pacientes, no en instalaciones propias.

Todo ello obliga al rediseño de la prestación de servicios, y a un futuro de cooperación entre primaria y especializada para prestar mejor atención a los pacientes reclusos en domicilio. Las "camas" en los hogares particulares serán muchas más y compartidas por primaria y hospitalaria, bajo la coordinación del médico de cabecera. Es de esperar, por ejemplo, que entonces no se hable de "la cama de la calle Adolfo Bécquer, 25" sino de "Pedro, el hijo mayor de Rosa y Luis" (por un paciente de 7 años con leucemia, en tratamiento oncológico domiciliario). Por ejemplo, en el Reino Unido el médico general debe proveer un servicio las 24 horas del día, los 7 días de la semana para los pacientes "frágiles", generalmente ancianos reclusos en su domicilio que se desestabilizan fácilmente y precisan de una atención coordinada entre primaria y especializada

<http://www.pulsetoday.co.uk/commissioning/commissioning-topics/urgent-care/gps-to-co-ordinate-24/7-care-for-the-elderly-from-next-year/20004257.article#:UjFg5n8l-QM>

El lema es "máxima calidad, mínima cantidad, tecnología apropiada, por el personal idóneo, en momento y lugar adecuado y tan cerca del domicilio del paciente como sea posible". Tal aspiración sólo se puede cumplir si se derriban los muros de los centros de salud (y de farmacias y despachos "sociales") y los profesionales de primaria pasan a ofrecer a diario servicios a domicilio, si dejan de temer "hacer la calle" y se convierten en peces en el mar de la comunidad. El desiderátum sería la cooperación con el hospital para "sacar" "camas" a la comunidad en beneficio de la salud de la población (no para mayor "grandeza" de unidades varias fragmentadas). Si no lo logra el sector público lo hará el privado, con menos equidad (si alguna).

¡Pobres pacientes reclusos a domicilio, y pobres sus familiares, especialmente los cuidadores "principales"!

NOTICIAS DE CANTABRIA

EL MUNDO

La UE aumenta el nivel de competitividad de Cantabria por la mejora sanitaria y educativa

Un informe para la Comisión Europea señala que la región brilla en los dos pilares del Estado del Bienestar, pero sigue aún lastrada por comunicaciones y desempleo

ENRIQUE MUNÁRRIZ / Santander

Utrecht, con algo más de 1,2 millones de habitantes, es el territorio más competitivo de la UE. Cantabria está muy lejos del nivel de la pequeña región holandesa. Ocupa una posición inferior a la media comunitaria y sobre el papel suspende en competitividad, al igual que casi todas las comunidades españolas, aunque el último informe que maneja la Comisión Europea indica que la región mejoró su posición desde 2010, en medio de la crisis.

Ese documento sugiere que Cantabria brilla en aspectos relacionados con la calidad de vida y la educación y registra avances en innovación y tecnología. También, que las principales taras son el paro y las comunicaciones.

La Comisión Europea ha desarrollado el llamado «índice de competitividad regional» (RCI, por sus siglas en inglés), una herramienta de diagnóstico cuyo objetivo es ayudar a los territorios de la Unión a identificar dónde deben incidir las políticas de desarrollo económico.

Europa utiliza un concepto amplio de competitividad, más allá de la mera comparación contable de costes laborales o productividades.

Para elaborar el índice RCI se valora un extenso catálogo de cuestiones: el mercado laboral, la calidad de la sanidad, las infraestructuras, la educación, el desarrollo tecnológico, la innovación y hasta factores institucionales como la estabilidad política, la transparencia, la corrupción o el marco regulatorio legal.

La primera entrega del índice regional de competitividad se elaboró en 2010. La segunda corresponde a este año y su contenido acaba de conocerse. Es el único que la mide por regiones y no solo por Estados miembros.

«CANTABRIA ASCIENDE HASTA LA QUINTA POSICIÓN.

Con respecto al año 2010, la región suma 19 puntos en el ranking de las comunidades autónomas. Antes estaba la cola y ahora solo está por detrás de Madrid, País Vasco, Navarra y Cataluña.

En todo caso, salvo Madrid y País Vasco, el resto está por debajo de la media europea, incluida Cataluña, que ha sido la única que se ha caído del grupo de las regiones más desarrolladas. Ha perdido nada menos que 47 posiciones y ahora se sitúa en el 153 de un total de 262.

El informe no razona las causas por las que una región gana o pierde competitividad. No obstante, sí aclara que casi todas las capitales de Estado siempre están muy por encima de valor asignado a su país, debido a que su condición de capitalidad funciona como un foco de atracción que aleja al resto de los territorios de situaciones de privilegio.

«FORTALEZAS.

La UE solo señala

tres fortalezas de la comunidad cántabra. Su entramado institucional, la sanidad y la educación. Son los únicos factores calificados por encima de la media europea.

Juega dos puestos claves en los que se refiere a los dos pilares de la Sanidad y la Educación. El primero está en el ranking 24 y el segundo en el 100

DEBILIDADES.

La principal es el mercado de trabajo, conclusión obvia derivada de la crisis y la alta tasa de paro. En este apartado, la Comisión Europea le otorga la posición 159.

Pero también falla en su capacidad de desarrollo tecnológico y su aplicación al tejido productivo. En este apartado, queda relegada a la posición 160. En innovación tampoco anda mejor. Ocupa el puesto 178.

Los técnicos realizan también una evaluación de la «eficiencia» del mercado laboral. Lo hacen mediante un coctel que tiene en cuenta las tasas de paro, el desempleo de larga duración, el de las mujeres, la productividad del trabajo y la tasa de jóvenes que ni estudian ni trabajan, los llamados *Ninis* (denominados con el acrónimo NEET en la jerga de los funcionarios de Bruselas). Entre 262 territorios analizados, Cantabria ocupa el puesto 173.⁰ en funcionamiento del mercado de trabajo.

Aunque no deja el terreno negativo (numéricamente su índice es -0,277, inferior a la media comunitaria),

De Utrecht (Holanda) a Cantabria

La región más competitiva de toda Europa, según el informe encargado por la Comisión Europea, es Utrecht. Le siguen, por orden descendente, el área de Londres, la de B e r k s h i r e (Gran Bretaña) y la de Estocolmo (Suecia). Hasta llegar a Cantabria hay que seguir la lista oficial del informe, que está compuesto por casi 170 páginas, hasta el 161. Aunque tiene varios puntos débiles, lo cierto es que mejora en casi todos. Ese es el motivo que ha permitido a la región escalar a la quinta CC AA más competitiva.

la Comunidad escala 19 posiciones y se sitúa a la altura del puesto 161 entre 262 territorios.

¿Qué visión tienen los expertos de la CE sobre la capacidad de competir de Cantabria?

Del texto se infiere que la región se ve desde los despachos de Bruselas como un territorio que tiene unas instituciones de calidad aceptable, buen nivel de capital humano (formación, sobre todo superior) y gran nivel de salud y a la que le quedan algunos escalones por subir para homologarse a la media europea en capacidad de innovación y desarrollo de las nuevas tecnologías –asuntos ambos en los que mejora su calificación en relación a 2010– o de los negocios de alto valor añadido, como los servicios avanzados a las empresas.

NOTICIAS C E S M

ANDALUCÍA. Agreden a dos sanitarios tras interrumpir el paso de una ambulancia

GRANADA HOY se hace eco del último caso de agresión a profesionales sanitarios registrados en Granada. Según denunció ayer el Sindicato Médico, los hechos ocurrieron el miércoles por la noche y ocasionaron la agresión a dos profesionales del equipo de guardia del dispositivo de Gran Capitán: un médico y un enfermo.

El equipo de guardia que trabajaba esa noche recibió un aviso sobre las cinco de la madrugada, por lo que subieron a la ambulancia y se dispusieron a acudir al lugar requerido en la llamada de urgencia. Pero cuando el vehículo sanitario iba por la calle Duquesa, se encontraron con dos vehículos parados y obstaculizando la calle y con varias personas discutiendo. Los conductores no movieron los coches pese a los avisos luminosos y las sirenas de la ambulancia, por lo que dos de los sanitarios,

concretamente el médico y el enfermero, se bajaron del vehículo para requerir que se dejara espacio para atender a la urgencia. En ese momento, las personas que estaban discutiendo se volvieron contra los sanitarios dándoles empujones y agredidos.

Los sanitarios han presentado denuncia y se activó el protocolo de atención ante las agresiones, dándoles apoyo y facilitando la denuncia de los hechos. (...)

Fuentes: GRANADA DE HOY, 04-10-2013

<http://www.gradahoy.com/article/granada/1616251/agreden/dos/sanitarios/tras/interrumpir/paso/una/ambulancia.html#>

CATALUÑA. El presidente Mas reconoce que los profesionales sanitarios trabajan más por menos

Según informa ACTA SANITARIA, en el acto de entrega de las Medallas y Placas Joseph Trueta al mérito sanitario, el presidente de la Generalitat, Artur Mas, manifestó que la sanidad catalana mantendrá sus buenos niveles a pesar de la dureza de la recesión económica y los sacrificios que comporta, 'gracias al esfuerzo muy especial' que hacen sus profesionales, que 'trabajan mucho y más, y cobran menos'.

Fuentes: ACTA SANITARIA, 04-10-2013

<http://www.actasanitaria.com/opinion/dimes-y-diretes/breves-03-10-2013.html>

COMUNIDAD VALENCIANA. CEMS-CV logra en los tribunales una nueva suspensión cautelar de las jubilaciones de médicos que tenían prórroga

La Sección 2ª de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Valencia (TSJV) ha suspendido cautelarmente las jubilaciones forzosas para aquellos facultativos mayores de 65 años que se encontraban disfrutando de prórroga en sus funciones, tal y como había solicitado CEMSATSE.

Desde el **CESM-CV** se considera, no obstante, que los médicos que aún no tenían reconocida la prórroga se encuentran ahora en una situación de agravio comparativo. La situación actual, según los tribunales, paraliza la jubilación forzosa de los que se encontraban ya prolongando su permanencia en el trabajo pero no la de los nuevos jubilados, a los que, aunque se les reconoce la opción a solicitarla, en la práctica la ven denegada sistemáticamente. En un comunicado el sindicato manifiesta su disgusto por esta medida incompleta, ya que "aleja claramente la solución y mejora de la Sanidad de la Comunidad al disminuir progresivamente los médicos y enfermeros disponibles para la asistencia, como se ha visto en en los últimos meses".

"Es verdad –se añade en la nota- que se ha detenido en parte la sangría, pero se sigue jubilando forzosamente a los que cumplen la edad mínima legal posteriormente a la entrada en vigor de la norma. Por todo ello, el sindicato médico sigue haciendo un llamamiento a los compañeros para que defiendan sus derechos y se pongan en contacto con su Asesoría Jurídica "con el fin de estudiar de un modo personalizado su caso".

Fuentes: CESM-CV, 03-10-2013

<http://www.sindicatomedico.es/>

<http://www.cesm-cv.org/?p=2188#more-2188>

Se hacen eco de esta información: EL MÉDICO INTERACTIVO, 04-10-2013; REDACCIÓN MÉDICA, 03-10-2013; LAS PROVINCIAS, 04-10-2013

<http://www.elmedicointeractivo.com/noticias/nacional/122037/cems-cv-logra-en-los-tribunales-una-nueva-suspension-cautelar-de-la-orden-de-jubilacion-de-la-consejeria-de-sanidad>

<http://www.redaccionmedica.com/autonomias/valencia/nueva-suspension-cautelar-de-la-orden-de-jubilaciones-forzosas-2497>

http://www.lasprovincias.es/v/20131004/comunitat/suspension-cautelar-para-retirada-20131004.html?utm_source=lasprovincias.es&utm_medium=rss&utm_content=cvalenciana-rss&utm_campaign=traffic-rss

ISLAS BALEARES. SIMEBAL, satisfecho con la decisión del Constitucional sobre el catalán

Los sindicatos han recibido de diferente manera la ratificación por parte del Tribunal Constitucional de la reforma legal del Govern del PP por la que en 2012 el catalán dejó de ser un requisito para el acceso a la administración pública balear y se convirtió en un mérito. Según recoge DIARIO DE MALLORCA, los sindicatos representativos de la sanidad, como el Sindicato Médico Libre de Balears (SIMEBAL) o el de enfermería Satse, resaltan que la postura del Alto Tribunal coincide con la que ellos defendían para la sanidad.

Fuentes: DIARIO DE MALLORCA, 03-10-2013

http://www.diariodemallorca.es/mallorca/2013/10/04/decision-catalan-constitucional-divide/879365.html?utm_source=rss

MURCIA. Los médicos muestran su fuerza y no aceptarán una reducción horaria

Los médicos eventuales de la Arrixaca demostraron ayer de nuevo su fuerza con una protesta la víspera de las reuniones que pueden determinar el rumbo del conflicto que les enfrenta con el Servicio Murciano de Salud por la reducción de su jornada laboral de 37,5 horas a 32,5 horas. A primera hora celebraron una asamblea en la Arrixaca y tras ella un numeroso grupo organizó una protesta para dejar clara su postura de cara a las importantes reuniones que tendrán lugar hoy. Avanza LA OPINIÓN DE MURCIA que hoy por la mañana, el presidente del **Sindicato Médico, Francisco Miralles**, acudirá a una reunión al palacio de San Esteban con el presidente, Ramón Luis Valcárcel, y la consejera de Sanidad, María Ángeles Palacios; según confirmaron fuentes del sindicato, que acude a esta reunión con el firme propósito de no renunciar a que los médicos eventuales tengan contratos de 37,5 horas semanales como hasta ahora. No aceptarán ninguna rebaja y mucho menos las 32,5 horas que quiere imponer el SMS.

Durante la asamblea celebrada ayer en la Arrixaca, los médicos dejaron claras sus reivindicaciones y sus temores a la reducción horaria.

Fuentes: LA OPINIÓN DE MURCIA, 04-10-2013 (pág. 2 y 3 de la edición impresa); DIARIO MÉDICO, 04-10-2013

<http://www.diariomedico.com/2013/10/04/area-profesional/profesion/300-eventuales-sms-piden-respete-jornada-laboral-salario>

<http://www.sindicatomedico.es/>

VARIAS CC.AA. Dar altas médicas no es competencia del INSS

La Sala de lo Social del Tribunal Supremo ha estimado un recurso de casación para la unificación de doctrina de un trabajador, que tiene derecho a percibir la prestación económica por incapacidad temporal (IT).

El empleado inició esta situación de IT debido a una enfermedad común, con diagnóstico de lumbalgia. El hombre solicitó el expediente de invalidez permanente, que no fue aceptado en ninguno de sus grados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), resolución confirmada vía judicial. La mutua demandada abonó las prestaciones, aunque el servicio de salud de su comunidad continuó emitiendo partes de incapacidad. En la sentencia de comparación se extingue el derecho al percibo de prestación por IT al haber sido denegado el reconocimiento de incapacidad permanente y no necesitar la continuación de asistencia médica. No obstante, el hombre continuó de baja médica siendo expedidos los partes de confirmación. El fallo referencial razona que la prestación de IT se extingue cuando se produce el alta médica con propuesta de incapacidad permanente y cuando se ha agotado la duración máxima, pero no cuando el único alcance de la resolución administrativa es el de la denegación de la incapacidad permanente sin que ello produzca en sí la extinción de la prestación de IT.

Fuentes: REDACCIÓN MÉDICA, 04-10-2013

<http://www.redaccionmedica.com/noticia/otorgar-altas-medicas-no-es-competencia-del-inss-7626>

NOTICIAS GENERALES

ACTA  SANITARIA

María J. Sáenz de Buruaga destaca el papel referente y modelo de trabajo en equipo de la Unidad del Dolor de Valdecilla

Durante el acto inaugural del XIX Congreso de la Sociedad Europea de Anestesia Regional y Tratamiento del Dolor ESRA-España, la vicepresidenta y consejera de Sanidad y Servicios Sociales de Cantabria, María José Sáenz de Buruaga, ha destacado el papel referente y modelo de trabajo en equipo de la Unidad del Dolor del H.U. Marqués de Valdecilla, que este año celebra su 30 aniversario. En el acto han estado presentes el director gerente del Servicio Cántabro de Salud, Carlos León; el director gerente de Valdecilla, César Pascual; el concejal de Salud del Ayuntamiento de Santander, Antonio Gómez; el presidente de ESRA-España, José de Andrés Ibáñez; el director médico de Valdecilla, José Manuel Rabanal; y el presidente del comité organizador, José María Carceller

El recorte en los precios de los medicamentos lleva al límite al sector de la Distribución Farmacéutica

En un acto organizado por Fedifar, la empresarial de la distribución farmacéutica en España, se constató que el sector está al límite. El motivo del encuentro fue la presentación, este jueves 3 de octubre del informe "Análisis sectorial de la distribución farmacéutica en España" (que se adjunta como 'Documento'), elaborado por la consultora PwC, en donde se desgranar los principales aspectos de la situación.

http://www.actasanitaria.com/fileset/file_54804_INF_FEDIFAR_3313071637261161020.pdf

DIARIO MEDICO.COM

DIRECTIVOS HOSPITALARIOS La necesidad de cambios en el sistema sanitario, agudizada por la crisis, obliga a afrontar nuevos modelos -que deben ser evaluados-, organizaciones como la gestión clínica y compras más realistas

La innovación es la clave, no la forma de gestión

SALAMANCA DAVID RODRÍGUEZ CARENAS david.rodriquez@diariomedico.com

Reducción de estancias del 80 por ciento y de los ingresos de un 50-60 por ciento -gracias al trabajo en el alta-. ¿Quién no se apunta a esos datos? Los ha conseguido la Unidad de Psiquiatría del Hospital Provincial de Zamora, y para ello ha tirado de gestión clínica, "una necesidad para afrontar los cambios del sector", según el jefe de la unidad, Manuel Franco Martín.

Pero esos datos, de por sí, no son la razón del cambio, y así lo explicó Franco Martín en las II Jornadas de Gestión SedisaPfizer, que se celebraron la semana pasada en Salamanca (ver DM del viernes): "Una unidad llena cuesta lo mismo que una vacía; el verdadero cambio se ha producido gracias a la reducción de camas", fruto de ese descenso en estancias e ingresos. Con aplicar la gestión clínica, sin embargo, no basta. Hay que hacerlo bien: "Más que en la gestión, la importancia radica en la innovación. Se quiere lograr lo bueno, bonito y barato, que se traduce en calidad y resultados de salud, reducción presupuestaria y menor lista de espera. Pero conseguir ya dos de esos objetivos es complicado, así que tres... Nuestra oportunidad llega con la innovación. Por eso al coordinador de una unidad de gestión clínica (UGC) hay que elegirle por su capacidad de innovar". Y eso que ser coordinador no es fácil: "Cuando se lo propongan a uno, que sepan que le complican la vida, porque es mucho más difícil que ser jefe de servicio. Antes le podía echar la culpa al gerente, pero como coordinador de una UGC...", dijo a su audiencia, directivos hospitalarios en su mayoría. La propuesta de innovación de la Unidad de Psiquiatría de Zamora no se queda en un discurso, como se refleja de lo contado por su jefe: "Tenemos que ser gestores de la salud mental de la zona básica. Somos responsables de nuestra atención primaria. Lo que me interesa del primer nivel no es que me sirva de filtro, como se le suele pedir, sino más bien de desagüe. Y lo mismo ocurre con Urgencias; aquí llegan todos, porque el mejor filtro es el especialista, pero, por ejemplo, se limita el seguimiento psiquiátrico en patología menor a dos años y se facilita a transferencia a primaria". Está de acuerdo Ignasi Riera i Paredes, director asistencial del Consorcio Sanitario de Terrasa (Barcelona), que añadió que "en primaria muchas veces creen que el sistema debe adaptarse pero ellos no".

Dar más capacidad de decisión organizativa a los profesionales requiere, ante todo, que se cuente con profesionales dispuestos a asumir esa capacidad

Las claves para el buen funcionamiento de la gestión clínica en Terrasa, a juicio de Riera i Paredes, han sido la constitución de una comisión de mejora en la práctica clínica -"sin más directivo que un jefe de servicio con especial sintonía con los clínicos"-, y la actuación de los hombres de negro: "Todos eran clínicos. Tenemos un cuadro de mandos público y compartido con indicadores asistenciales de efectividad, seguridad y eficiencia, y nos reunimos para analizarlo el último viernes de cada mes".

LAS DIFICULTADES

Pero no todo es de color de rosa, y Julio Pascual, director del Área de Neurociencias en el Hospital Universitario Central de Asturias, en Oviedo, se ha encargado de señalar las barreras de la gestión clínica en una comunidad donde su aplicación desde 2009 ha tenido varios contratiempos. Sirvan de aviso: "La gestión clínica es incontestable, pero se necesitan profesionales y directivos convencidos y comprometidos, además de algo de estabilidad".

Pascual demanda estabilidad porque "en tres años hemos tenido cuatro gerentes y cinco directores médicos". ¿La razón? "Hemos pasado de PSOE a Foro y de nuevo a PSOE. Falta estabilidad; no es que seamos de libre designación, es que somos de libre cese". Además, "no ha habido voluntad real de extender la gestión clínica; se ha cedido la calidad, y no la gestión real". Por último, ha denunciado la falta de coordinación asistencial: "El área debe incluir algo de control de la primaria y de los ocho hospitales para los que somos referencia, que, por cierto, son demasiados".

La Ley de Contratos Públicos aún tiene márgenes por explorar

La eficiencia se busca en cualquier parte, y la necesidad económica obliga también a ciertos cambios en compras y adquisiciones. ¿Cómo? "La Ley de Contratos Públicos aún tiene márgenes por explorar", explicó a DIARIO MÉDICO Manuel González Suárez, subgerente de los Hospitales Virgen del Rocío y de la Macarena, en Sevilla, durante las II Jornadas de Gestión Sedisa-Pfizer.

Antes que nada, "hay que trabajar en el ámbito clínico para adecuar los consumos", según González Suárez. Las claves las introdujo Francisco Sánchez Prieto, director económico-financiero del Hospital Infanta Leonor, de Madrid: "Hay que comprar lo que se necesita, y no simplemente lo que nos gusta. Debemos aprender a contrastar la calidad de los productos y no creer todo lo que nos cuentan; hay que comprar basándonos en la evidencia".

"El problema está en que somos muy pijos, no somos conscientes de que manejamos dinero público y pensamos para mi paciente, cueste lo que cueste", reconoció González Suárez. Sánchez Prieto aclaró que hasta ahora sí había preocupación económica, pero "el hábito era trabajar con una marca concreta de productos, la preferida de los trabajadores". Sin embargo, la situación económica de ajuste presupuestario "obliga a optimizar las compras".

Para ello es fundamental "el impulso decidido por parte de las direcciones -ya sean regionales u hospitalarias-, y el diálogo con profesionales e industria".

En el caso de Andalucía, se está desarrollando un sistema corporativo en forma de plataforma provincial logística que "nos está permitiendo un importante ahorro de costes, del 15 por ciento en los últimos concursos", reveló González Suárez.

FORMACIÓN Y ACREDITACIÓN PARA PERITAR Los problemas en los juzgados por periciales médicas dudosas, los conflictos entre colegios y facultativos y la llegada de otros profesionales a valorar el daño corporal obligan a repensar la actividad

Perito no puede ser cualquiera

MADRID S.VALLE soledad.valle@unidadeditorial.es

El grado en Medicina no cualifica para ejercer de perito médico, excepto a aquellos que cursen la especialidad de Medicina Legal y Forense. Este es el punto de partida sobre el que parece existir cierto consenso en la profesión. A partir de aquí se abre todo un mundo de posibilidades y opiniones con un objetivo común: ordenar el ejercicio profesional del médico perito, algo que corre cierta prisa.

Por este motivo, César Borobia, profesor de Medicina Legal en la Universidad Complutense de Madrid, y pionero en ofrecer un máster para formar al médico en la actividad pericial, reunió la pasada semana a un grupo representativo de la profesión, relacionado con la Medicina Forense, las asesorías de seguros, los colegios de médicos, la Administración y los tribunales.

EN EL JUZGADO

El magistrado del Supremo José Manuel Maza reconoció que la pericial médica es un instrumento fundamental para el juez, que "ni sabe, ni tiene que saber de Medicina", y, por tanto, valoró mucho la formación de estos profesionales, reconociendo que existen algunos informes que "no hay por dónde cogerlos".

La sospecha de parcialidad y de verdades a medias es susceptible de imputación penal, una decisión que toma el juez contra el perito y que puede llevar a su inhabilitación profesional. Casos de estos se han dado recientemente (ver DM del 29-XI-2012) y, aunque no ha llegado la sangre al río, han servido de aviso a navegantes.

Otras luces rojas que también están cegando el camino de esta actividad son los enfrentamientos entre médicos y comisiones deontológicas de colegios, por ser excluidos de la lista de peritos que elaboran las corporaciones. En el Colegio de Madrid los conflictos se han resuelto en los tribunales (ver DM del 22-IV-2013)

Por último, está la amenaza de que los médicos pierdan la exclusividad en realizar periciales médicas, cediendo cada vez más espacio a fisioterapeutas, enfermeros, matronas o incluso a profesionales no sanitarios. Según se afirmó, "los ingenieros se están metiendo en la valoración del daño corporal". El profesor Borobia se refirió a esta circunstancia como una realidad que había que aceptar porque, entre otros motivos, existe un reconocimiento legal de las competencias de otros profesionales que les capacitaba para valorar actuaciones sanitarias. "Nos podemos encontrar con una matrona peritando la actuación de un obstetra". La afirmación hizo que muchos de los presentes se removieran en sus asientos.

BUSQUEDA DE SOLUCION

El primer paso para mejorar la actividad pericial del médico es formarle, dotar al facultativo de los conocimientos técnicos necesarios para actuar como peritos. El segundo, contar con una acreditación de esta capacitación y hacerla necesaria para ejercer. "La formación debe darla la universidad y la acreditación el colegio de médicos", se apuntó. La corporación madrileña, representada por su presidenta, Sonia López, y los miembros de la asesoría jurídica, no veían tan fácil esta posibilidad.

Por otro lado, hay quienes consideraban excesivamente invasiva que existiera una regulación estatal de esta formación o una acreditación oficial y optaban por lograr un consenso entre los profesionales. "No vamos siempre a acudir al papá Estado".

El diálogo está abierto, lo que acerca la solución de un problema que ya nadie ignora. "El título de médico hace avergonzarme, a veces, de los peritos que me encuentro en los juzgados", se oyó en la sala.



EN 2012 FUERON 2.119, Y EN LO QUE VA DE ESTE AÑO, 3.400

Sube un 60,4% el número de médicos que emigran



3.400 médicos han hecho las maletas en lo que va de año para buscar oportunidades de trabajo fuera de España. Así lo ha confirmado el presidente de la Organización Médica Colegial (OMC), Juan José Rodríguez Sendín, en la presentación de la película MIR en la que colabora la OMC



Marciano Sánchez Bayle



La Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, un compendio de gente de izquierda que ellos mismos han decidido que son los abanderados de la sanidad pública, siguen tratando de ganar notoriedad a costa de los presidentes de colegios de médicos, sociedades científicas o sindicatos profesionales, que sí son elegidos por sus compañeros. Esta pseudofederación se va a dedicar ahora a buscar firmas en una plataforma para tratar de quitarle importancia al pacto que recientemente firmaron las profesiones médica y enfermera con el Ministerio de Sanidad. En el juego democrático ahí están las elecciones para ganarse la representatividad de la profesión, no vale erigirse en portavoz de nadie montando tu propio chiringuito, como han hecho Marciano Sánchez Bayle y compañía.

FIRMA ENTRE LA CONSEJERÍA Y EL COLEGIO NACIONAL

Sanidad extiende a Santander el convenio con el Colegio de Ópticos para detectar problemas de agudeza visual



Este acuerdo, suscrito en junio de 2012, está implantado ya en el área de Laredo y en Torrelavega

Redacción. Santander

La Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria ha extendido al área de Santander el programa

que mantiene con el Colegio Nacional de Ópticos-Optometristas para la derivación a los establecimientos de óptica de aquellos pacientes que precisen graduación de la vista.

La detección de problemas de agudeza visual son el motivo de en torno al 80 por ciento de las derivaciones a los servicios de Oftalmología de los hospitales de la comunidad autónoma.

El programa, regulado mediante un convenio firmado por la Consejería de Sanidad y el Colegio Nacional de Ópticos-Optometristas (CNOO), se puso en marcha en octubre de 2012 en el área de Laredo; posteriormente se extendió a Torrelavega y desde hoy se aplica en Santander como actividad complementaria a la del Servicio Cántabro de Salud.

El convenio, firmado en junio de 2012, permite la derivación de pacientes por los médicos de familia y pediatras de los centros de salud a los establecimientos de óptica y ópticos-optometristas que estén debidamente acreditados.

La actividad de los ópticos-optometristas estará dirigida exclusivamente a la detección de defectos de la refracción ocular (miopía, astigmatismo, hipermetropía, daltonismo o presbicia), a la reeducación, prevención e higiene visual, y a la adaptación, verificación y control de gafas y lentillas.

En el caso de que el óptico-optometrista detecte un problema que pudiera ser sospechoso de patología ocular, bien de carácter crónico o funcional, como el glaucoma o las cataratas, el paciente es remitido a los Servicios de Oftalmología de los hospitales del SCS.

Los ópticos-optometristas acreditados deberán mostrar en un sitio visible la tarjeta oficial identificativa. El convenio introduce mecanismos para evitar que los pacientes sean derivados a un establecimiento concreto y prohíbe a los ópticos-optometristas ofrecer ventajas comerciales a clientes apoyándose en su condición de establecimiento acreditado.

El objetivo del SCS es extender esta medida a toda Cantabria durante este año 2013, lo que contribuirá a reducir las listas de espera en los servicios de Oftalmología de los hospitales públicos, puesto que la graduación de la vista es el motivo de en torno al 80 por ciento de las consultas. Se pretende dar así una respuesta ágil a la gran demanda asistencial de los ciudadanos por problemas de agudeza visual, fundamentalmente debidos a problemas de graduación.

ESTA CLARO QUE VAMOS LANZADOS TRAS LA EXCELENCIA...

HASTA EN UN 25 POR CIENTO

Valdecilla participa en el ensayo clínico sobre un fármaco que reduce el daño cardiaco durante un infarto

La mejor estrategia para reducir la extensión es la realización de una angioplastia urgente

Redacción. Santander

Valdecilla ha participado en el ensayo clínico realizado por investigadores del Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC), liderados por el director general del centro, Valentín Fuster, y el experto del mismo organismo y cardiólogo del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, Borja Ibáñez,

sobre un fármaco que reduce hasta un 25 por ciento el daño cardíaco producido durante un infarto, y cuyo coste es inferior a dos euros.

Se trata, por tanto, de un ensayo clínico realizado íntegramente en España a 270 pacientes y que, por primera vez, analiza la utilidad y eficacia del fármaco metoprolol cuyo interés comercial, según ha asegurado Ibáñez, es prácticamente nulo. En concreto, este medicamento pertenece a la familia de los beta-bloqueantes y se utiliza para el tratamiento de la hipertensión arterial y otras enfermedades cardiovasculares.

En este caso, los investigadores han comprobado cómo actúa ante un infarto agudo de miocardio, producido por la obstrucción brusca de una arteria coronaria y que requiere una atención urgente ya que cada minuto que pasa la arteria coronaria ocluida, se van necrosando de forma exponencial las células del corazón.

Por tanto, la mejor estrategia para reducir la extensión del infarto es la realización de una angioplastia urgente, dado que en función del tiempo que se tarde en abrir la coronaria se producirá una necrosis de mayor o menor extensión. Así, cuando la necrosis es extensa, el corazón pierde una gran parte de su fuerza contráctil que, posteriormente, es muy difícil que pueda recuperarse.

HAN DESCIFRADO EL TRANSPORTE CELULAR

Rothman, Schekman y Südhof reciben el Premio Nobel de Medicina

Estos científicos resolvieron el misterio de cómo la célula organiza su sistema de transporte, mediante vesículas que contienen proteínas capaces de atravesar la membrana celular.

Psicología recaba apoyos para la colegiación obligatoria de clínicos y forenses

El Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (Cgcop), encabezado por **Francisco Santolaya y Fernando Chacón**, está trabajando a contrarreloj para **recabar el máximo número de apoyos posible a la colegiación obligatoria de psicólogos clínicos y forenses**. El **Anteproyecto de Ley de Colegios Profesionales**, que se espera esté aprobado antes de final de año, **retira la obligación** a este colectivo sanitario alegando que "la mala praxis en este campo no implica un daño a corto plazo para el usuario". Esta justificación indigna a los psicólogos sanitarios que, de momento, **ya han obtenido el respaldo expreso a su postura del director general de Ordenación Profesional, Javier Castrodeza**, y de varias comunidades autónomas, como **Galicia**...

OCIO Y ENTRETENIMIENTO

La estafa olímpica

Joaquín Leguina Herrán

Como bien se sabe, el sábado 7 de septiembre los miembros del COI, en votación secreta, eliminaron la candidatura de Madrid en la primera ronda.

El presidente del Comité Olímpico Español, Alejandro Blanco, lo había visto así: "Nosotros no hemos podido hacer más, nos hemos dejado la vida". Y añadía pocos días antes del fiasco: "El comité olímpico ha dicho que tenemos la mejor candidatura y ojalá los votos lo refrenden". El mismo Alejandro Blanco, en una entrevista el miércoles 4 de septiembre en Radio Marca, hacía alusión a la promesa de 50 miembros del COI de votar la candidatura de Madrid, lo que hubiera significado ganar de calle en la primera votación.

Y uno se pregunta: ¿Quién -que no sea un demente- pondría nada menos que **la autoestima** de un pueblo (*El País dixit*) y miles de millones de inversiones públicas en manos de unos extraños personajes cuya representatividad se desconoce y cuya catadura moral carece de aval alguno? ¿Cómo es posible que existiendo organizaciones internacionales de carácter institucional y ámbito municipal se dejen en manos de una organización privada y opaca decisiones destinadas a mover millonadas de dinero público?

El lunes 9 muchos medios españoles se subían a la matraca masoquista y autoinculporia: "Las dudas sobre la vulnerabilidad de la economía española han sido decisivas frente a la candidatura de Tokio para los Juegos de 2020", se leía en la primera página de *El Mundo*. Y en la página 6 se añadía: "Era (el dopaje) junto a la situación económica el gran lastre de la candidatura madrileña".

Claro que también en primera página y bajo una foto del jeque kuwaití Al-Fahad se leía en *El Mundo*:

»El jeque kuwaití mostró sus simpatías hacia la candidatura de Madrid, pero volcó el voto hacia Tokio después de que el primer ministro nipón firmara con Kuwait un contrato millonario el 27 de agosto. Al-Fahad, acusado de corrupción, es uno de los miembros más influyentes del COI.

Y en esa misma dirección -que es, a mi juicio, la correcta- *El Mundo* recogía una opinión cualificada, la de un ejecutivo de una de las empresas patrocinadoras de Madrid 2020 las siguientes palabras:

»El COI es feudal y los japoneses han comprado los juegos, porque Madrid era objetivamente mejor.

Lo único que les cabe hacer ahora a los dirigentes madrileños -si quieren salvar su dignidad y la de todos los que confiaron en "Madrid 2020"- es olvidarse del *fair play* y declarar solemnemente que Madrid no volverá a concurrir mientras el tinglado olímpico siga en manos de esta genticilla.

¿Para cuándo una investigación periodístico-policial a fondo sobre el corrupto tinglado olímpico?