

Artículos Breves. Mes de Mayo 2010

Nota editorial: Las opiniones e informaciones recogidas no están necesariamente acordes con la línea editorial del Servicio Informativo de Bioética. En todo caso, se trata de información de actualidad de diversos medios de comunicación que pensamos es oportuno conocer.

Índice:

- 1. Cada vez más médicos dejan la práctica privada en EE.UU.**
- 2. "El registro de médicos objetores de conciencia es discriminatorio"**
- 3. Un paciente bien informado reduce la probabilidad de sufrir efectos adversos**
- 4. En los centros sanitarios existe un alto riesgo de que se filtre información**
- 5. "El entorno hospitalario también ayuda a curar"**
- 6. En Madrid hay 5.800 documentos de voluntades anticipadas, y en 2.641 se donan órganos para trasplantes**
- 7. La supervivencia de los niños superprematuros no avanza**
- 8. Humanizar la asistencia supone implicar al niño y a su entorno**
- 9. La Sala Contenciosa del Tribunal Supremo ha condenado a la Administración por no informar a un paciente de lo que denomina un riesgo no frecuente**
- 10. Guía ética publicada por la OMC. Incentivos que echan un pulso a la ética**
- 11. La ministra de salud, Trinidad Jiménez, admite que la venta de la pdd sin receta dispara su uso**
- 12. Fomentar la relación entre médico y paciente para manejar el dolor crónico**
- 13. El pediatra, piedra angular para la detección del maltrato infantil**

1.- Cada vez más médicos dejan la práctica privada en EE.UU.

Un número creciente opta por no abrir consultas privadas y aceptar un sueldo en hospitales y sistemas de salud.

GARDINER HARRIS The New York Times

El Mercurio, 2 abril 2010.

Una revolución silenciosa está transformando el modo en que se ofrece atención médica en EE.UU., y tiene muy poco que ver con la vasta reforma de salud que el Presidente Barack Obama convirtió recientemente en ley. Sin embargo, podría tener un gran impacto en las posibilidades de éxito de esa legislación.

Tradicionalmente, la medicina en EE.UU. ha sido en gran medida una industria familiar. Una mayoría de médicos atendía a sus pacientes en clínicas privadas, pequeñas; a veces en salas adyacentes a sus hogares.

Pero una cantidad cada vez mayor de médicos jóvenes, agobiados por las deudas de la escuela de Medicina y en la búsqueda de horas regulares, están optando por no abrir prácticas privadas. En cambio, están aceptando un sueldo en hospitales y sistemas de salud. Y un número creciente de médicos mayores -que enfrentan costos en alza y temen no poder reclutar socios menores- están vendiendo sus consultas y cambiándose a un empleo asalariado.

En 2005 más de dos tercios de las prácticas médicas pertenecían a los doctores; una cuota que había sido relativamente constante durante varios años, señala la Medical Group Management Association. Pero en tres años esa cuota bajó más del 50%, y analistas sostienen que la caída continúa.

Para los pacientes esta transformación tiene sentimientos encontrados. Idealmente, las organizaciones de salud más grandes pueden entregar una atención mejor, más coordinada. Pero la intimidad de la antigua relación médico-paciente puede estar yendo por el camino de la visita domiciliaria.

A pesar de todas las eficiencias de las que se ufanan las organizaciones de salud, hay señales de que la tendencia hacia ellas es realmente un gran factor en el costo creciente del seguro de salud privado. En gran parte del país, los sistemas de salud se conocen con otro nombre: monopolios.

Con estos sistemas, las aseguradoras privadas tienen poco poder de negociación al fijar las primas; y la legislación de salud del Congreso hace poco por alterar esta dinámica. Si es que hace algo, la legislación contiene cláusulas que tal vez aceleren más la declinación del médico de consulta privada y el crecimiento de la Gran Medicina.

Sistemas computarizados

La tendencia al alejamiento de las prácticas privadas pequeñas es impulsada por la creciente inquietud por los errores médicos y los cambios en los pagos del gobierno a los doctores. Pero un impulso mayor tal vez provenga de las historias clínicas electrónicas. Para los médicos, los sistemas computarizados

son caros y quitan tiempo, y sus beneficios sustanciales para la seguridad del paciente, la calidad de la atención y la eficiencia del sistema se acumulan casi por completo en favor de las organizaciones grandes, no las chicas.

En diversas formas, los pacientes se benefician con la atención de mejor calidad y coordinación, cuando los médicos de diversas especialidades se unen a una sola organización. En tales sistemas, las historias clínicas pueden pasar sin problemas del médico al especialista y al hospital, con lo que se evita el tipo de errores que les cuestan la vida a cerca de 100 mil personas en este país cada año.

Y, sin embargo, la declinación de las prácticas privadas tal vez ponga fin al tipo de relación perdurable e íntima entre el paciente y el doctor que ha definido por largo tiempo a la medicina. Un paciente que escoge a un médico en la práctica privada es más probable que vea a ese mismo profesional durante cada visita que un paciente que escoge a un médico empleado por un sistema de salud.

Los cambios han puesto cada vez más en desacuerdo la disposición pública y privada de la salud. En el programa Medicare y Medicaid, el gobierno establece la mayoría de los precios relacionados con la hospitalización y las visitas médicas. Por lo tanto los sistemas de salud organizados son considerados como una forma de aumentar la calidad y bajar los costos, en parte porque los médicos asalariados pueden ordenar menos procedimientos que los que están en la práctica privada.

Sin embargo, en el marco del seguro privado, donde los grandes hospitales y las cadenas de salud tienen más influencia en la fijación de los valores, la presión por la calidad tal vez ponga el seguro de salud fuera del alcance de la clase media.

Hay consecuencias políticas también. A medida que los médicos pasan de ser empleadores a empleados, su política a menudo hace un giro hacia la izquierda.

Esto contribuye a explicar por qué la American Medical Association -la que se opuso por largo tiempo a las reformas de salud- dio al menos un tibio respaldo al esfuerzo de Obama.

El doctor Michael Mirro, de Fort Wayne, está entre aquellos "atrapados" en la ola. Cardiólogo de 61 años, empezó su carrera como tantos de sus pares en una pequeña consulta privada con dos colegas. De a poco sumaron más doctores hasta que, el año pasado, tuvieron 22 cardiólogos, convirtiéndose en una de las clínicas cardíacas privadas más grandes de Indiana.

Sin embargo, en diciembre, Mirro y sus socios vendieron todo a Parkview Health, un sistema de salud del hospital que está al frente de la clínica. "Tuvimos que contratar cada vez más personas para contactar a las aseguradoras y abogar por que la gente recibiera la atención que necesitaba", explicó. "Eso es caro".

Los valores del seguro subieron y la cobertura se debilitó, los pacientes se vieron obligados a pagar de su propio bolsillo una parte cada vez más grande de las cuentas de Mirro. Cuando la economía se echó a perder, muchos dejaron de intentarlo.

"En el último año, la cuota de nuestros pacientes de quienes no podíamos esperar recaudar ningún dinero subió a cerca del 30%", indicó Mirro. El médico y sus socios habían estado pensando en vender por años. Pero tomaron la decisión después que los Centros de Medicare y Medicaid decidieron el año pasado reducir los reembolsos a los cardiólogos, para pagar más a los médicos de atención primaria, quienes están bajo una gran tensión económica.

2.- "El registro de médicos objetores de conciencia es discriminatorio"

Diario Médico. S. Valle - 15 de Abril de 2010

"La objeción es un derecho individual y no se puede obligar al facultativo a hacer pública su opción porque entonces debería haber un registro de médicos no objetores". Así se expresó Enrique Villanueva, catedrático de Medicina Legal de Granada, en el Colegio de Badajoz.

La objeción de conciencia del médico ha ocupado el debate que precedió a la aprobación de la ley del aborto y, ahora, cuando a la nueva ley orgánica le quedan dos meses y medio para entrar en vigor (será el próximo 5 de julio), continúa generando discusión.

Bajo el título La objeción de conciencia en la práctica médica, Enrique Villanueva Cañadas, catedrático de Medicina Legal de la Universidad de Granada y vocal de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial (OMC), ha ofrecido una conferencia en el Colegio de Médicos de Badajoz en la que ha cuestionado la conveniencia del registro de médicos objetores que recoge la nueva ley del aborto al obligar que el facultativo manifieste por escrito y con antelación su opción de objetar. "Soy contrario a que exista un listado de médicos objetores porque entonces debería existir otro de facultativos que no objetan. Este registro es discriminatorio. La objeción es un derecho individual y debe quedar en esta esfera. Una cosa distinta es que el jefe de servicio de un hospital deba conocer qué médicos están dispuestos a participar en un aborto y cuáles no, para organizar el trabajo".

Legislación

El catedrático de Medicina Legal de la Universidad de Granada defiende que la Constitución recoge el derecho a la objeción de manera suficiente, sin necesidad de que exista un desarrollo legislativo. "El médico está amparado para objetar en casos como el aborto, en la negativa a alimentar a una persona en huelga de hambre o de explorar y atender a un traficante de drogas, por ejemplo". Éstos últimos supuestos, que son juzgados por Villanueva como casos extremos y raros, además se pueden resolver acudiendo a otras fórmulas.

En su conferencia el catedrático se refirió a la objeción de conciencia, un concepto doctrinal que se ampara dentro de la libertad de método del médico que recoge la jurisprudencia del Tribunal Supremo, y que reconoce el derecho del facultativo a negarse "a utilizar una determinada prótesis o a poner una vacuna si no cree en su efectividad o beneficio para el paciente".

Según Villanueva, "la objeción de conciencia es un problema y una cuestión ética, y sólo cuando se enfrenta a la realidad se desplaza al ámbito jurídico, que es lo que ha sucedido cuando en la nueva ley del aborto se ha pasado a regular este derecho constitucional".

3.- Un paciente bien informado reduce la probabilidad de sufrir efectos adversos

DM, Rosalía Sierra. Sevilla - 16 de Abril de 2010

Ya en 1760 a. C., el Código Hammurabi recogía la responsabilidad de los médicos de responder ante sus errores pagando con monedas, esclavos e, incluso, con sus manos. Casi cuatro mil años después, queda mucho por hacer para cambiar la cultura de la seguridad clínica fomentando un ambiente proactivo en una relación médico-paciente más fluida.

Si algo ha cambiado en la atención sanitaria en los últimos años es el perfil de los pacientes. Por suerte o por desgracia, internet -entre otros factores- ha hecho que los usuarios sean "más exigentes, estén mejor informados... y más callados". A juicio de Jesús Aranaz, jefe del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Universitario San Juan, de Alicante, "los pacientes preguntan poco en la consulta, y eso es algo que los médicos debemos solucionar, estimulando la comunicación y resolviendo cualquier duda".

Aranaz ha comentado durante la conferencia inaugural de la XIV Reunión de la Sociedad Española de Dirección y Gestión de los Laboratorios Clínicos (Sediglac), celebrada en Sevilla, encuestas que muestran cómo "frente a un 79 por ciento de los médicos de atención primaria que piensan que han informado correctamente a sus pacientes sobre las posibles complicaciones de un tratamiento, por ejemplo, sólo hay un 38 por ciento de los usuarios que consideran haber recibido esa información". Se trata de una situación que es preciso cambiar ya que, según los datos presentados por Aranaz, "un paciente bien informado necesita volver a la consulta por problemas con el tratamiento la mitad de veces".

Además, el médico no debe sólo dar información, también ha de recibirla "para evitar interacciones que se producirían si no sabemos qué fármacos está tomando la persona". Mejorando el clima de la relación médico-paciente se reduce la posibilidad de que aparezcan efectos adversos, algo fundamental considerando que "el envejecimiento de la población ha provocado un aumento de la comorbilidad, lo que hace al paciente más vulnerable, ya que esta condición multiplica el riesgo por tres". Según Aranaz, éste es un factor intrínseco contra el que no se puede luchar, "pero sí podemos hacerlo contra los extrínsecos, como la instrumentalización, que si se limita a lo estrictamente necesario reduciremos la probabilidad de contraer una infección por catéter, por ejemplo". Del mismo modo, es básica la adecuada identificación del paciente, "realizar el procedimiento correcto a la persona correcta en el lugar correcto". Por eso insta a acabar con la costumbre de "denominar a los pacientes según su número de habitación; ¿por qué no utilizamos su nombre, cuando en cada consulta manejamos una media de diez documentos en que figura?", se pregunta.

La escalera

Para que esto sea posible es preciso cambiar la cultura de la seguridad, que Aranaz define como "una escalera en que es muy difícil subir un escalón pero

muy fácil bajarlo". El experto ha determinado cinco tipos de cultura de seguridad clínica: patológica -se ocultan errores-, reactiva, calculadora -existen sistemas de gestión de riesgo-, proactiva y creadora, en la que la atención se centra en el paciente y se genera confianza. "Ahora estamos en medio; pasar a la cultura proactiva es difícil, pero la mayoría de los hospitales españoles están listos para subir ese escalón".

4.- En los centros sanitarios existe un alto riesgo de que se filtre información

DM, Redacción - 20 de Abril de 2010

Diferentes entidades del sector sociosanitario, como hospitales, laboratorios farmacéuticos y aseguradoras, podrían incumplir la actual Ley de Protección de Datos (LOPD) sin saberlo, al no disponer de los procesos documentales adecuados para el control de la información sobre sus pacientes o clientes, según los resultados de un estudio llevado a cabo por Kyocera, empresa especializada en soluciones de gestión e impresión de documentos.

El estudio demuestra que en muchas de estas entidades se corre el riesgo de que personas no autorizadas puedan visualizar contenidos protegidos y confidenciales, o bien que se filtren datos sin que se registre quién fue la última persona que los consultó o quién trabajó con una información determinada.

Según destaca Miguel Ángel González, jefe de producto de soluciones de Kyocera, "en los multifuncionales, las fotocopiadoras y las impresoras que dispongan de un disco duro, pocas veces se destruyen adecuadamente dichos medios de almacenamiento cuando el equipo es sustituido, lo que aumenta considerablemente el riesgo de que la información se filtre a terceros, con el consiguiente potencial incumplimiento de la LOPD y del reglamento asociado".

Concienciación

En este sentido, hay que recordar la preocupación que ha expresado la Agencia Española de Protección de Datos en relación con el cumplimiento de la ley de privacidad de los ficheros sanitarios. Esta duda ha llevado a la agencia estatal a enviar un cuestionario a los hospitales en el que se les interroga sobre el cumplimiento de la LOPD (ver DM del 16-IV-2010).

El estudio ha constatado que el principal reto del sector es la falta de concienciación de los empleados sobre la importancia de cumplir una serie de normas para asegurar que se cumpla la ley.

5.- "El entorno hospitalario también ayuda a curar"

La Dirección General de Atención al Paciente promueve seis líneas de trabajo que buscan hacer más agradable la estancia hospitalaria de los pacientes, como un entorno cómodo y actividades de ocio.

DM, Rosalía Sierra - 23 de Abril de 2010

"Está claro que el paciente debe ser el centro del sistema, y para ello es fundamental darle una asistencia integral, no sólo médica". Así ha definido a Diario Médico Elena Juárez, directora general de Atención al Paciente de la Comunidad de Madrid, las iniciativas que su departamento está poniendo en marcha para hacer más agradables las estancias hospitalarias, desde el convencimiento de que "el entorno también puede curar, ya que el paciente debe ver que el personal hospitalario realmente se preocupa por él".

Con motivo del Día del Libro se han inaugurado dos nuevas bibliotecas en los hospitales de Puerta de Hierro y del Sureste

Estas iniciativas se mueven en torno a seis líneas de trabajo: "El entorno, con ambientes luminosos, presencia de color en las paredes y uniformes diferentes en pediatría; la organización, con protocolos de información clínica que permiten al usuario saber cuándo va a ir su médico a darle información y garantizan la continuidad asistencial; educación escolar para niños hospitalizados gracias a un acuerdo con la Consejería de Educación; programas de voluntariado para acompañamiento de pacientes cuyos familiares no pueden estar con ellos; áreas especiales como comités de lactancia materna, y ocio y entretenimiento, con talleres, eventos, etc."

Dentro de esta última línea se enmarca una de las iniciativas que más fuerza están tomando: las bibliotecas de pacientes y familiares. Con motivo del Día del Libro se han inaugurado dos nuevas, las del Hospital del Sureste y la del Puerta de Hierro-Majadahonda, "y ya son 14 las que hay en funcionamiento", afirma Juárez.

Tiempo no asistencial

El objetivo de esta iniciativa es "llenar las horas de estancia hospitalaria que no tienen contenido asistencial", según ha declarado Jorge Gómez Zamora, gerente del Puerta de Hierro.

En su opinión, el paradigma hospitalario ha cambiado: "Ya no curamos enfermos, sino que atendemos pacientes. Debemos esforzarnos para que la estancia hospitalaria sea lo más corta posible y para que, mientras dure, sea confortable".

La nueva biblioteca del Puerta de Hierro-Majadahonda está dotada con más de 150 libros "que el paciente puede solicitar directamente desde su habitación mediante un servicio de contestador automático que funciona durante 24 horas al día recogiendo las peticiones, que se despachan por la tarde".

Los usuarios disponen de obras de literatura para adultos (novela) y literatura para padres, categoría en la que se agrupan libros que pretenden orientar sobre la relación con los niños y adolescentes y que abarcan, entre otros, temas de salud, emocionales, de psicología y de educación.

Préstamo infantil

Los niños también pueden acceder al préstamo de libros, ya que el servicio de biblioteca dispone de obras infantiles de ficción y narrativa en dos categorías: libros para niños de 6 a 9 años y libros para niños de 9 a 12 años. La biblioteca para pacientes y familiares cuenta para su funcionamiento con la colaboración del Servicio de Préstamo Colectivo de la Consejería de Cultura de la Comunidad de Madrid, una modalidad de préstamos que tiene como fin acercar la lectura a los usuarios de instituciones (centros escolares, hospitales, centros de mayores) y asociaciones.

Con motivo de la celebración del Día del Libro, el hospital hizo entrega de una obra literaria clásica a todos sus pacientes hospitalizados.

6.- En Madrid hay 5.800 documentos de voluntades anticipadas, y en 2.641 se donan órganos para trasplantes

Soledad Valle - Viernes, 23 de Abril de 2010 - Actualizado a las 00:00h.

El registro de últimas voluntades de la Comunidad de Madrid se creó con la Ley 3/2005 que regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario.

Hoy son más de 5.800 los documentos registrados en esta comunidad, "en 2.641 de ellos se recoge la voluntad del autor de que sus órganos se utilicen para ser trasplantados cuando hayan fallecido, y en otros 2.000 casos se dona el cuerpo o los órganos para la investigación". Así lo apuntó M^a Ángeles Ceballos Hernansanz, encargada del Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid, en las jornadas de presentación del banco de tejidos de la Fundación Centro de Investigación de Enfermedades Neurológicas (CIEN). En este contexto, Ceballos señaló que "en 39 documentos de instrucciones previas se recoge, de manera expresa, que quieren donar para el banco de tejidos.

En la Comunidad de Madrid el testamento vital se puede realizar ante un notario, frente a tres testigos o ante personal de la Administración

La creación de este registro de instrucciones previas o testamento vital -según las comunidades autónomas, se ha preferido una denominación u otra- se desarrolla a partir de la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente. Entre las características de la norma que ampara la creación del registro en Madrid, Ceballos destacó que "el paciente puede hacerlo ante un notario, tres testigos o personal de la Administración, en la calle Sagasta número tres". El destinatario de este documento es el médico encargado de la asistencia sanitaria del paciente, sobre lo que la directiva señala "que es posible que el facultativo responsable cambie desde que el paciente ingresa hasta que se le prescribe un tratamiento".

Casos terminales

La persona que quiera ejercer este derecho debe ser mayor de 18 años, no estar incapacitado legalmente y lo tiene que hacer de manera libre. El documento contiene una parte destinada a recoger los cuidados o tratamientos que desea recibir en tres supuestos, que admite la comunidad: enfermedad incurable, terminales (con un pronóstico de vida de seis meses máximo) y en situación de agonía. De manera voluntaria se puede disponer sobre el destino de su cuerpo, una vez muerto. Y también es voluntario designar un representante legal, "aunque lo normal es que se haga", apunta Ceballos, quien concluye señalando que "no se puede delegar por escrito en otra persona la toma de decisiones finales".

7.- La supervivencia de los niños superprematuros no avanza

Sólo un 20% de los nacidos antes de las 24 semanas sale adelante y, generalmente, con graves discapacidades

El País, E. DE B. - Madrid - 23/04/2010

Los avances médicos parece que no son suficientes para sacar adelante a los niños que nacen antes de las 24 semanas de gestación. Una revisión de 232 casos hecho en Reino Unido, y que publica Archives of Disease in Childhood, muestra que los bebés de 22 y 23 semanas tenían la misma tasa de supervivencia en 1993 que en 2007: un 20%. La diferencia es que después de cuidados intensivos el fallecimiento ocurre a los cuatro días, y no en cuestión de horas. De los que no mueren, la mayoría sufre grandes discapacidades.

El trabajo lo han hecho médicos de Newcastle. Y mientras que los bebés de 24 semanas o más han aumentado grandemente sus esperanzas de llegar a adultos, los de menos de ese periodo no. "El coste no debe importarnos cuando tomamos una decisión al respecto, pero debemos tener en cuenta por lo que vamos a hacer pasar a esos niños, en el creciente número de intervenciones, con la esperanza de que sobrevivan", ha dicho Nicholas Embleton, neonatólogo del Royal Victory de Newcastle.

El asunto del límite para que un bebé sea viable no es sólo un reto médico. Tiene importancia porque también es un factor clave en las legislaciones sobre el aborto voluntario. La idea de que un bebé de un plazo de gestación no va a sobrevivir hasta cierta edad sirve para definir los plazos en los que se puede practicar la intervención. En Reino Unido se está debatiendo si bajar ese tiempo de 24 a 22 semanas, pero estudios como este parecen desaconsejarlo.

También en España, cuando se debatió la modificación de la despenalización del embarazo, se tuvo en cuenta este aspecto. Esa fue la causa de que el supuesto de interrupción del embarazo por grave riesgo para la salud de la madre o por malformaciones en el feto se dejara en 22 semanas, restringiendo la regulación anterior. La idea subyacente es que si se ha llegado a ese tiempo de gestación, lo que debe hacerse es provocar el parto (si la salud de la madre lo permite), e intentar sacar adelante al niño. De hecho, esa fue la recomendación de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, que opinaba que a partir de la semana 22 se estaba eliminando un "feto viable".

8.- Humanizar la asistencia supone implicar al niño y a su entorno

DM, Isabel Gallardo Ponce - Martes, 27 de Abril de 2010 - Actualizado a las 00:00h.

Procurar el bienestar físico, social y psicológico y realizar una atención integral del paciente que se ocupe de su forma de afrontar la enfermedad y de su entorno ha sido el objetivo de la III Jornada de Humanización de Hospitales, celebrada en el Hospital Gregorio Marañón, de Madrid.

Humanizar los hospitales para prestar atención no sólo al tratamiento sino también a la dimensión de la persona y al efecto que la enfermedad provoca en ella y en su entorno, es una prioridad con cada vez más peso en los centros españoles, especialmente en la asistencia infantil, y siguiendo los dictados de la Declaración de los Derechos del Niño de la ONU de 1969 y la Carta Europea de los Niños Hospitalizados de 1986. Poner en común las distintas iniciativas realizadas en los hospitales madrileños de Fuenlabrada, 12 de Octubre, La Paz, Niño Jesús, Gregorio Marañón y San Juan de Dios, de Barcelona, ha sido el objetivo fundamental de la III Jornada de Humanización de Hospitales, celebrada en el Gregorio Marañón, y que contó con la presencia de Javier Fernández-Lasquetty, consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

En el Marañón cuentan desde 2008 con un comité de humanización de actividades, formado por un equipo multidisciplinar del centro, ya que "entendemos que el proceso de humanización es un proceso de atención individualizada. Se trata de definir un nuevo paradigma, pasar de la idea de hospitales amigos de los niños a hospitales amigos de las familias, con iniciativas que incluyan al niño y al entorno", explica Marisa Martínez, subdirectora médica del Hospital Materno-Infantil del Marañón.

Según ella, es necesario incorporar al niño y a las familias a la toma de decisiones, así como instaurar espacios y soportes que ayuden a padres y hermanos a sobrellevar la situación. Así, se informa al niño, se le escucha, y se le hace partícipe en su enfermedad, "ya que puede asentir aunque no consentir". En el mismo sentido, se puede facilitar el acceso a las nuevas tecnologías a los adolescentes y a los padres como una forma de relacionarse con su entorno social. En esta línea, el Marañón no pauta los horarios de visita para que los familiares acudan en sus momentos libres.

Iniciativas

"Los niños necesitan color y un ambiente donde puedan expresar cómo viven y sienten la enfermedad. Se trata de que estén lo menos desajustados por el proceso de enfermar". Por ejemplo, en el área de hospitalización de oncohematología se han colocado mesas y sillas en las terrazas de las habitaciones y grandes láminas con escenas de la naturaleza, que ofrecen un ambiente confortable, y en el área de consultas externas se han pintado paisajes, como la Torre Eiffel y la Estatua de la Libertad.

Todos los centros cuentan con aulas hospitalarias, algunas intercomunicadas, para que el paciente continúe con su escolarización y se relacione con otros

niños, y la Comunidad de Madrid cuenta con un programa de apoyo domiciliario para los casos de convalecencia superiores a dos meses.

La Escuela de Padres de Neonatología de La Paz enseña a padres y hermanos a adaptarse a la nueva situación y a ofrecer los cuidados necesarios si el niño es prematuro o nace con un problema, y les ofrece herramientas para afrontar el sentimiento de culpa que puedan tener. En el hospital Gregorio Marañón se realiza un taller de cocina y alimentación, con el Instituto de Nutrición, para que los niños aprendan recetas y las bases de una alimentación saludable. Asimismo, el Niño Jesús cuenta con un taller de jardinería y una hoja de prensa llamada La Tirita, mientras que en el San Juan de Dios se ha creado el programa Sueños de Trapo, en el que al ingreso se le entrega un muñeco al niño, y con él le explican qué le va a pasar y se juega a tratarle de igual manera que a un paciente.

9.- La Sala Contenciosa del Tribunal Supremo ha condenado a la Administración por no informar a un paciente de lo que denomina un riesgo no frecuente

¿Decisión infrecuente o excepcional?

Federico de Montalvo, Socio director de Asjusa Letramed, y Eduardo Asensi, Socio de Asjusa Letramed

DM, 27 de Abril de 2010

La Sala Contenciosa del Tribunal Supremo ha condenado a la Administración por no informar a un paciente de lo que denomina un riesgo no frecuente (ver DM del 21-IV-2010). La sentencia no tiene por qué ser interpretada de la misma manera. Para unos, lo infrecuente es excepcional y no entra dentro de la obligación de informar. Por contra, hay quien afirma que no es lo mismo frecuencia que tipicidad de un riesgo.

Desde el año 2000 la Sala Contenciosa del Supremo ha mantenido una doctrina, muy razonable y equilibrada, sobre el alcance de los riesgos sobre los que hay obligación de informar. "El contenido de la información transmitida al paciente para obtener su consentimiento puede condicionar la elección o el rechazo de una determinada terapia por razón de sus riesgos. No cabe, sin embargo, olvidar que la información excesiva puede convertir la atención clínica en desmesurada [...] y en un padecimiento innecesario para el enfermo. Es menester interpretar en términos razonables un precepto que, aplicado con rigidez, dificultaría el ejercicio de la función médica -no cabe excluir incluso el rechazo por el paciente de protocolos excesivamente largos o inadecuados o el entendimiento de su entrega como el de una agresión-, sin excluir que la información previa pueda comprender también los beneficios que deben seguirse al paciente de hacer lo que se indica y los riesgos que cabe esperar en caso contrario". Existe obligación de informar sobre los riesgos, pero sin incurrir en una información excesiva y desmesurada.

* "Es llamativo que se critique que un tribunal asuma un informe pericial cuando el Supremo se sirve de esa prueba para entender que se debió informar"

La misma Sala acaba de dictar una sentencia en la que se admite una reclamación por no informar sobre el riesgo infrecuente (desgarro traqueal con un porcentaje por debajo del 1 por ciento y recogido excepcionalmente en pocas publicaciones científicas), que había sido desestimada por el Tribunal Superior de Justicia de Valencia aplicando la jurisprudencia del Supremo: "Debemos manifestar nuestra disconformidad con el razonamiento sustentado por el tribunal a quo al asumir el informe pericial que manifiesta que esta complicación es muy poco frecuente, aunque viene descrita en la literatura médica, pues al omitirse aquella información a la paciente, aquel dato o elemento de un posible riesgo colateral que la operación podría ocasionar según los estudios médico-científicos o clínicos en esta materia, se le privó de la posibilidad de ponderar la conveniencia de someterse o no a aquella específica y singular operación quirúrgica. Esta situación originada por la incompleta o insuficiente información de la Administración acerca de los riesgos

que se califican de poco frecuentes, inherentes de la operación, supone un incumplimiento de la lex artis que revela un anormal funcionamiento sanitario".

Es llamativo que se critique que un tribunal asuma un informe pericial cuando los tribunales se sirven de los criterios técnicos de las periciales para poder pronunciarse sobre extremos que desconocen. Y es aún más llamativo porque la sentencia se sirve de la misma prueba para considerar que se tenía que haber informado.

Voluntad de legislador

Lo más grave del fallo radica en que no sólo se aparta de la propia doctrina del Supremo, sino de la voluntad del legislador contenida en la Ley de Autonomía del Paciente. De la ley resulta, sin hacer un gran esfuerzo interpretativo, que es voluntad del legislador que el paciente no sea informado de los riesgos infrecuentes y excepcionales. La ley proclama sin ambages que la información que ha de ofrecerse al paciente no ha de ser, en los términos del anterior régimen jurídico de la Ley General de Sanidad, completa, sino adecuada. Así lo reitera el artículo 2 referido a los principios generales y en la propia definición del consentimiento informado contenida en el siguiente artículo 3 se vuelve a insistir en la misma idea.

* "Lo improbable o que sólo ocurre en condiciones anormales no tiene que ser informado. Lo infrecuente como lo excepcional es contrario a la normalidad"

Además, cuando la ley regula específicamente el contenido de la información sobre los riesgos se refiere de manera expresa a "los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención". Es decir, todo riesgo que es improbable o que sólo ocurre en condiciones anormales no debe ser informado, lo excluye del deber de información los riesgos infrecuentes y excepcionales.

Los términos excepcional e infrecuente hacen referencia a una misma categoría como algo contrario a la normalidad. Lo infrecuente, como también lo es lo excepcional, es lo contrario a la normalidad, como nos confirma la Real Academia Española de la Lengua cuando nos dice que excepcional es "que se aparta de lo ordinario, o que ocurre rara vez", e infrecuente lo contrario a "usual o común".

10.- Guía ética publicada por la OMC. Incentivos que echan un pulso a la ética

DM, Soledad Valle, 29 de Abril de 2010

La Administración está preocupada por reducir el gasto sanitario, y la industria farmacéutica por incrementar sus beneficios promocionando sus productos. En medio de estos intereses contrapuestos se encuentra el profesional sanitario que recibe incentivos para colaborar en una y otra causa, con el deber de dar la mejor atención al paciente. La OMC y la Fundación de Ciencias de la Salud han publicado la guía Ética de los incentivos a profesionales sanitarios, para ayudar al médico en los conflictos que les puedan surgir con las propuestas de estos dos novios.

Si todo el mundo tiene un precio, el de los médicos es de 5.000 dólares anuales (3.767 euros). Así lo ha señalado un estudio publicado en febrero de este año por el American Journal of Managed Care, que sitúa en esta cantidad el umbral a partir del cual un médico que trabaja en un país occidental responde a un incentivo. Francesc Borrell, doctor en Medicina y profesor en la Universidad de Barcelona, ha hecho referencia a este estudio para hablar de la guía Ética de los incentivos a profesionales sanitarios, publicada por la OMC y la Fundación de Ciencias de la Salud, en la que ha colaborado. "Los incentivos son éticamente admisibles cuando van a premiar el esfuerzo de un profesional, pero también son muy poderosos porque pueden influir en su conducta", señala Borrell, quien, además, admite: "Los médicos somos seres humanos y podemos actuar irresponsablemente. Nos sabemos débiles y somos nosotros quienes tenemos que dar la voz de alarma".

Recomendaciones

La guía de la OMC tiene la intención de orientar al facultativo en los dilemas éticos que plantean algunas de estas retribuciones extras, y para ello presenta casos reales. "No damos una respuesta. No decimos al facultativo qué tiene que hacer, sino que ofrecemos un razonamiento sobre el caso en cuestión", apunta Fernando Carballo, jefe del Servicio de Medicina de Aparato Digestivo del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia) y discípulo de Diego Gracia en su formación ética. Carballo, que también ha colaborado en este volumen, hace tres grandes divisiones al hablar de los incentivos a médicos: los dirigidos a contener el gasto, los ofrecidos por la industria farmacéutica, y los ligados a la promoción profesional de la carrera. "El primer tipo está muy generalizado en la Sanidad de Estados Unidos, donde se paga al médico en función de lo que ahorra", apunta Carballo.

* En algunos hospitales de Estados Unidos los médicos deben hacer públicos los ingresos que reciben de la industria farmacéutica y su relación con ella. Reducir gastos al sistema sanitario es algo en lo que todos los expertos consultados están de acuerdo. hace pocos días el Tribunal de Luxemburgo ha dicho que no sólo es legítimo incentivar al facultativo por ahorrar en sus prescripciones, sino que la Administración sanitaria puede determinar hasta el principio activo más eficiente en la relación coste-resultado. En la Declaración de la Comisión Central de Deontología del Consejo General de Colegios de

Médicos de España de 2005 hay un apartado dedicado a la ética de la relación profesional del médico con la industria farmacéutica, que dice: "El médico no puede olvidar que el dinero con que se han de pagar sus prescripciones no es suyo, sino del paciente o de las instituciones que las toman a su cargo, y que ha de hacer de él un uso racional". Existe un compromiso del facultativo con la sostenibilidad del sistema y los incentivos dirigidos a premiar esta mayor implicación son vistos favorablemente. Vicente Ortún, director del Centro de Investigación en Economía de la Salud y profesor en la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona, va más allá en esta reflexión y apunta que "es inmoral prescribir cualquier acto médico sin tener en cuenta el coste de oportunidad. Hay que prescribir la alternativa terapéutica más barata que tenga la misma efectividad y seguridad".

Sin embargo, bajo este apoyo incondicional a la contención del gasto se potencian prácticas éticamente cuestionables. "En los hospitales tanto de la sanidad pública como de la privada se está premiando al médico por reducir el tiempo de ingreso de los pacientes y el número de bajas laborales", apunta Borrell, quien ve la posibilidad de que estas medidas dañen los derechos de los pacientes y su seguridad.

En este campo existe una gran autonomía dentro de cada comunidad autónoma e incluso de cada centro sanitario, que puede poner sus propios incentivos. Según Ortún, "al final, se tiende a homogeneizar los conceptos, y no hay tanta diferencia", si bien reconoce que se está viviendo una carrera entre autonomías en las retribuciones a los facultativos basada en estos ingresos complementarios. Ortún llega a afirmar que "en algunos casos, para el médico es más importante lo que recibe de las farmacéuticas que su propio sueldo".

Los conceptos por los que la industria retribuye al médico son muy variados y van desde el pago por conferencias, las subvenciones para proyectos de investigación, la participación en ensayos clínicos, los viajes a congresos, etcétera. Carballo reconoce que "la industria soporta mucha de la parte de la inversión que se hace en la gestión del conocimiento y a lo que se debe tender es a desligar esta actuación formativa de su actividad de marketing". También se puede importar lo que ya es una práctica obligatoria en algún hospital de Estados Unidos y que señala Vicente Ortún: "que el médico haga público lo que cobra de la industria farmacéutica y la relación que tienen con ella. Algo que terminará pasando en España, aunque no me atrevo a ponerle fecha".

RECETAS PARA QUE SALGAN LAS CUENTAS

La Administración sanitaria puede incentivar al médico para que prescriba un principio activo concreto en el tratamiento de una enfermedad. Así lo ha señalado el Tribunal de Luxemburgo en una sentencia que resuelve un conflicto de incentivos en el Reino Unido. Esta postura del tribunal europeo es respaldada por varios de los autores de la guía Ética de los incentivos a profesionales sanitarios, si bien con algunas puntualizaciones. Fernando Carballo, jefe de servicio en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia) señala que "no se puede incentivar atendiendo sólo al criterio de reducir gastos. Debe ser un ahorro vinculado al aumento de la efectividad y el mantenimiento de la mayor calidad asistencial".

ESTUDIANTES

El Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM) lo tiene claro. El pasado martes anunció que "en pos de evitar el conflicto de intereses, conforme a las normas de la deontología profesional y por respeto a nuestros futuros pacientes, el CEEM no aceptará financiación alguna procedente de la industria farmacéutica". Lucas de Toca, presidente saliente del CEEM, señaló a Diario Médico que el Consejo lleva casi dos años sin recibir ninguna subvención de empresas farmacéuticas. "Las ayudas que tenemos son de instituciones públicas, corporaciones profesionales, universidades y colegios profesionales", apuntó. El comunicado, aprobado por la Asamblea General a propuesta de la Comisión de Bioética del CEEM, ha destacado que España se suma así a la lista de países como Noruega, Estados Unidos, Australia o Canadá cuyas organizaciones de estudiantes de Medicina "han adoptado una política de transparencia ética y una prescripción responsable, científica e independiente". En línea con este esfuerzo la patronal de las empresas farmacéuticas, Farmaindustria, publicó en junio de 2008 el Código español de buenas prácticas de promoción de medicamentos y de interrelación de la industria farmacéutica con los profesionales sanitarios, un documento que se mantiene en su web como uno de los más consultados.

11.- La ministra de salud, Trinidad Jiménez, admite que la venta de la pdd sin receta dispara su uso

DM, Loreto Mármol, 29 de Abril de 2010

La ministra Trinidad Jiménez, ha reconocido en el Senado que el uso de la píldora del día después ha aumentado desde que se ha puesto a la venta sin receta. Aunque ha evitado dar datos, las cifras extraoficiales hablan de que las ventas se han disparado un 87 por ciento.

Hace seis meses que el Ejecutivo decidió liberalizar la venta de la píldora poscoital en las farmacias, con el argumento de que la medida no tenía por qué disparar el consumo y a pesar de que la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios advirtió de que una mala utilización provoca trastornos cardiovasculares, pues favorece la aparición de trombosis y problemas circulatorios severos. La propia ministra de Sanidad y Política Social, Trinidad Jiménez, manifestó cuando anunció la medida que bajo ningún concepto este medicamento debía convertirse en un método anticonceptivo habitual.

María Mar Caballero, del grupo parlamentario Mixto, ha preguntado en el Pleno del Senado a Jiménez si el Gobierno prevé realizar una valoración sobre su uso: "Seis meses después de que se pusiera en marcha la medida es un plazo de tiempo suficiente como para conocer su incidencia en la demanda".

La ministra ha evitado dar los datos, diciendo que aún es pronto para evaluar el impacto: "Sería conveniente esperar teniendo en cuenta el conjunto de medidas que hemos enmarcado dentro de una estrategia más amplia en materia de salud sexual y reproductiva, que ya está en su fase final y que esperamos poder aprobar próximamente en el Consejo Interterritorial".

Sólo cuando Caballero ha insistido en que "se está produciendo un aumento alarmante -por ejemplo, en Navarra la venta de la píldora poscoital se ha quintuplicado-, y es un incremento sostenido mes a mes", Jiménez ha reconocido que "es cierto que en este periodo de tiempo las ventas han aumentado, lo que pone de manifiesto que había una demanda no satisfecha".

Ante la falta de datos proporcionados por el ministerio, DM se ha dirigido a la consultora IMS Health. Las cifras de venta mayorista a farmacias evidencia que el uso de la píldora del día después se incrementó un 87 por ciento. En septiembre del año pasado -antes de aprobarse la medida- se vendieron 37.138 unidades, mientras que en octubre -ya con la venta libre- se dispensaron 69.414. En un año se ha pasado de 23.000 unidades al mes a 57.125.

Y lo que es aún más llamativo: desde septiembre a febrero las ventas se han más que duplicado, incrementándose un 158 por ciento con respecto al año anterior.

Por su parte, el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Málaga estima que sólo en esta provincia la dispensación ha crecido entre el 30 y el 40 por ciento.

Una decisión peligrosa

Tomás Casado, de la Comisión Central de Deontología del Consejo General de colegios de Médicos, es tajante al decir que la decisión del Gobierno "es científica y profesionalmente insatisfactoria, social y políticamente incoherente y sanitariamente peligrosa", y pide que se reconsidere su regulación.

A su juicio, "los datos evidencian que las mujeres reinciden en su uso hasta tres y cuatro veces al mes", por lo que "su administración precisa una evaluación por un profesional sanitario, y en cualquier caso deberá quedar constancia escrita en la historia clínica".

Lo mismo piensan Carmen Ortiz y Marciano Sánchez, presidenta y portavoz de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, que "ante el incremento casi exponencial de su dispensación" subrayan que "su prescripción permitiría que el sistema sanitario tuviera un registro de su uso y que se diera información sobre educación sexual y métodos anticonceptivos".

12.- Fomentar la relación entre médico y paciente para manejar el dolor crónico

DM, Redacción - Jueves, 29 de Abril de 2010 - Actualizado a las 00:00h.

La encuesta Survey of therapeutic attitudes towards patients with chronic pain in Spanish Pain Units, apunta que hasta en un 70 por ciento de los casos de dolor crónico grave hubo necesidad de cambiar la terapia establecida inicialmente debido a que no controlaba adecuadamente el nivel de dolor, y un 40 por ciento de los pacientes con dolor crónico refirió insatisfacción con su tratamiento.

Se acaba de presentar en España la campaña internacional Change Pain, en la que participan la Plataforma SinDolor y la EFIC (Federación Europea de los Capítulos de la IASP- Asociación Internacional para el Estudio del Dolor), y que pretende concienciar sobre las necesidades médicas no cubiertas en el campo del dolor crónico.

"Aunque no siempre es sencillo, identificar el origen y síntomas del dolor para definir los componentes implicados es un requisito indispensable para establecer un correcto tratamiento que ayude a lograr un manejo eficaz", afirma el presidente de la EFIC, Giustino Varrassi. En este sentido, la campaña hará especial hincapié en ahondar en el conocimiento sobre la fisiología del dolor.

Change Pain quiere mejorar el abordaje del dolor crónico con la ayuda de tres vías: la concienciación de las necesidades médicas no cubiertas, desde el aspecto de su relación con el paciente, la importancia de la comunicación entre ambos actores, y la apuesta por la formación de los profesionales sanitarios.

Para Alberto Camba, presidente de la Sociedad Española del Dolor, "el diálogo entre el facultativo y el paciente es la única vía que tiene el profesional sanitario para evaluar el nivel de dolor que sufre el paciente y la repercusión real que tiene en su calidad de vida". De esta forma, una comunicación más fluida permitiría abordar de manera correcta el dolor, sin olvidar la dificultad que existe en el tratamiento para conseguir un equilibrio entre analgesia y tolerabilidad de la medicación utilizada.

13.- El pediatra, piedra angular para la detección del maltrato infantil

DM, Isabel Gallardo Ponce, 29 de Abril de 2010.

Para elevar la conciencia de los pediatras sobre la incidencia del maltrato infantil y ayudarles en la detección de los signos, de la patología y en el inicio del proceso legal de denuncia para proteger al menor, se ha presentado el manual El pediatra y el Maltrato Infantil.

El pediatra es una figura clave para detectar el maltrato infantil. "Se trata de un problema de salud. Por tanto, es nuestro deber conocer esta patología, sus síntomas, sus manifestaciones y los pasos del proceso de diagnóstico", ha afirmado Jordi Pou, jefe de los Servicios de Pediatría y Urgencias del Hospital San Juan de Dios de Barcelona, a propósito de la presentación del manual El pediatra y el maltrato infantil, editado con la colaboración de Ferrer y del que es autor.

Según explica Pou, los pediatras, además de formación e información, necesitan aprender a trabajar en equipo con otros profesionales, como psicólogos y trabajadores sociales, cuando aparecen indicios de que existe el problema. Una vez que el facultativo sospecha que se produce una situación de maltrato, tiene la obligación de notificarlo a las autoridades sociales y judiciales, que se ponen en marcha para proteger al menor. Según explica Carles Luaces, presidente de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría, los pediatras en urgencias han de afrontar y evaluar situaciones de maltrato infantil, por lo que hace hincapié en la necesidad de conocer los protocolos y de redactar correctamente el informe de urgencias, pieza fundamental y con validez jurídica en el análisis del caso.

"El maltrato infantil tiene consecuencias como discapacidad física y psíquica, puede afectar a la autoestima, provocar fracaso escolar, ansiedad y problemas que le afectarán en la vida adulta. A su vez, es consecuencia de problemas sociales, que van a tener efectos en la salud, como situaciones familiares de adicciones, desempleo y violencia. Además se debe observar cómo afecta el entorno del niño y si puede ser origen de una situación de maltrato", afirma José Antonio Díaz-Huertas, presidente de la Sociedad de Pediatría Social.

"El maltrato no entiende de condición social o económica, sino que se produce por la presencia de factores de riesgo y la ausencia de factores de protección. La detección precoz y, si es posible, la corrección de la situación de riesgo es la mejor manera de intervenir", explica.

Los tres coinciden en la necesidad de crear un registro unificado de los casos, que permitiría conocer la situación, mejorar la detección y seguir los procesos de maltrato de familias que van cambiando de residencia. En Madrid existe un registro desde 1999, que facilita al sanitario la identificación de los casos y la comunicación a los servicios sociales.

Además, Ferrer organizará entre mayo y octubre 30 cursos de formación sobre detección y diagnóstico del maltrato infantil.

LAS CIFRAS Y LOS FACTORES

Aunque no hay constancia de la incidencia real del maltrato, se estima que oscila entre el 15 y el 18,5 por ciento. El más frecuente es la negligencia, cuando no se cubren las necesidades básicas del niño, y que supone el 50 por ciento de todos los casos, seguido del maltrato psíquico y físico, ambos con el 27 por ciento, y el sexual con un 6 por ciento. Sus síntomas son muy inespecíficos y comunes a otras patologías, por lo que Jordi Pou dice que es necesario que los profesionales tengan conciencia del problema para detectarlo. Entre algunos signos están las señales físicas repetidas, cansancio o apatía, actitud hipervigilante permanente, conductas agresivas, problemas alimenticios, ausencias a clase sin justificación, conductas antisociales y falta de cuidados médicos básicos.