

Breves Enero 2012.

Se recogen en esta sección noticias de diversas fuentes y medios informativos. Las opiniones vertidas en cada una no corresponden necesariamente a la línea editorial nuestra, pero consideramos es información que puede ser bueno conocer.

ÍNDICE:

- 1. Diego Gracia: El pensamiento propio de España en Bioética tiene repercusión en Europa, pero queda mucho por hacer**
- 2. Una alianza europea para concienciar sobre el dolor crónico**
- 3. Convergencia entre clínicos y gestores: necesidad y deber ético**
- 4. Obama impide la venta de la píldora del día después sin receta**
- 5. El Supremo endurece las penas por contagio de VIH al no informar a la pareja**
- 6. Fijaron con cemento óseo daños de columna. Condena a una compañía suiza por realizar cirugía experimental en humanos**
- 7. Los ginecólogos franceses, contra las 'ecografías espectáculo'**
- 8. BBC: Cirujana y columnista sugiere que los médicos guarden unos minutos de silencio tras la muerte de un paciente**
- 9. La cumbre del clima se deja lo difícil para 2015**
- 10. Un futura ley nacional de paliativos debe incluir el concepto de buena praxis**
- 11. La Secpal y la OMC han advertido de que el testamento vital no es suficiente para asegurar una atención médica que respete la voluntad del paciente.**
- 12. Un 7 por ciento del gasto mundial en salud se pierde por fraudes sanitarios**
- 13. La atención clínica que recibe el paciente es peor cuando no hay sintonía entre médicos y enfermeros, en UCI.**

1.- El pensamiento propio de España en Bioética tiene repercusión en Europa, pero queda mucho por hacer

Diego Gracia inaugura la XXII edición del Ateneo de la Fundación Ciencias de la Salud

Europa Press Madrid | 01/12/2011.

El pensamiento propio que ha desarrollado España en cuanto a la Bioética tiene repercusión en Europa y América, aunque "queda mucho por hacer", ha afirmado Diego Gracia, presidente de la Fundación de Ciencias de la Salud, en la duodécima edición del Ateneo de Bioética, organizado por la Fundación de Ciencias de la Salud y la Fundación Paideia Galiza, con el apoyo de GlaxoSmithKline.

Durante el acto se ha presentado el libro Bioética: el estado de la cuestión, editado por la fundación que preside Gracia. "Su primera parte trata precisamente sobre los métodos de la Bioética, un tema de gran importancia y actualidad sobre el que apenas hay bibliografía en castellano".

Gracia ha afirmado que la enseñanza de la Bioética está teniendo su reflejo en la práctica clínica en España, "pero todavía queda mucho por hacer".

Distintos métodos

Los métodos cuantitativos son los más utilizados en Medicina y, por lo tanto, los que mejor conoce el profesional. "El modelo paradigmático es el ensayo clínico, aunque hay muchos otros, como las encuestas o los estudios de cohortes".

Por su parte, los métodos cualitativos van desde la observación participante hasta el método psicoanalítico o la argumentación propia del método filosófico.

La metodología narrativa contempla el uso de novelas, cuentos, vídeos, películas y reportajes como "elementos de gran potencial didáctico", mientras que "la hermenéutica es el arte de saber manejar la interpretación de modo técnico, algo que no es nada fácil en tanto en cuanto todo texto permite lecturas que pueden ser muy diversas", según el experto en Bioética.

La deliberación "es el método por excelencia de la racionalidad práctica y, en consecuencia, también de la ética". En cualquier caso, "al profesional sanitario le conviene conocerlos todos", ha concluido.

2.- Una alianza europea para concienciar sobre el dolor crónico

Una de cada cuatro personas en Europa padece dolor crónico, con una prevalencia especialmente alta en Noruega, Polonia e Italia.

Diario Médico. Redacción | 01/12/2011 00:00

Una de cada cuatro personas en Europa padece dolor crónico, con una prevalencia especialmente alta en Noruega, Polonia e Italia. Sin embargo, menos de la mitad recibe el tratamiento debido a la falta de conocimiento por parte de los médicos y la sociedad en general de esta enfermedad, que dificulta su diagnóstico y reconocimiento.

Para luchar contra esto, la Organización Paneuropea de los Profesionales de la Salud del Campo de la Investigación del Dolor (EFIC, en sus siglas en Inglés) ha presentado la Alianza Europea del Dolor en el Parlamento Europeo. Este movimiento está formado por 18 ONG representantes de 11 países de la Unión Europea.

El objetivo de la Alianza es concienciar a la sociedad sobre un problema que afecta al menos a 100 millones de europeos, y en muchos casos el paciente no recibe la atención que requiere y no es comprendido por su entorno, que no lo considera una verdadera enfermedad, lo que repercute en su calidad de vida.

Nueva perspectiva

Según Gina Plunkett, presidenta de Dolor Crónico Irlanda y presidenta en funciones de la alianza, "este pacto supone un paso importante hacia el objetivo de lograr el reconocimiento público del dolor crónico, no sólo como un verdadero desafío para médicos y pacientes, sino también para los sistemas sanitarios, los políticos y los que toman las decisiones estratégicas de toda Europa". El dolor crónico supone un gran coste económico para los países europeos. El 21 por ciento de los pacientes están incapacitados para trabajar como consecuencia de la dolencia, mientras que el 60 por ciento afirma que su trabajo se ha visto seriamente afectado por la enfermedad.

3.- Convergencia entre clínicos y gestores: necesidad y deber ético

Diario Médico. Redacción | 05/12/2011 00:00

Los clínicos deben intervenir también en la gestión de los recursos sanitarios. No se trata de una exigencia, sino incluso ya de un compromiso ético, según se ha dicho en el encuentro Competencias para la Gestión Clínica, organizado en el Hospital Universitario de Cruces, en Baracaldo, por el Servicio Vasco de Salud-Osakidetza y la Sociedad Española de Directivos de la Salud (Sedisa).

Por eso se requieren nuevos perfiles de los jefes clínicos, con nuevas habilidades y competencias necesarias para una gestión moderna. Sin embargo, para poder compatibilizar con éxito y eficiencia su trabajo asistencial con estas tareas, estos profesionales deben contar con los conocimientos, la formación y la motivación necesarias.

Darse cuenta

"Los clínicos están realizando constantemente tareas de gestión, pero no son conscientes de ello. Éste es el principal déficit existente: visualizar la importancia de la gestión realizada", ha afirmado el director gerente de Cruces, Gregorio Achútegui.

Tras esa visualización queda un trabajo de mejora en el conocimiento y la utilización de las herramientas más eficaces de gestión, desconocidas para muchos clínicos. Por último, se debe hacer la integración de esas herramientas en el trabajo en equipo, "hoy más necesario que nunca, dada la complejidad de las soluciones y la multidisciplinariedad de los esfuerzos".

En definitiva, se reconoce la necesidad de mejorar sustancialmente dos variables independientes pero interconectadas: el sentido de responsabilidad individual y social ante la tarea que se asume, y el grado de satisfacción o retroalimentación obtenido en la evaluación del desempeño.

4.- Obama impide la venta de la píldora del día después sin receta

El País. DAVID ALANDETE | Washington 08/12/2011

El Gobierno desoye, por primera vez, las recomendaciones de la Agencia del Medicamento, que aconsejaba venderla sin prescripción y sin comprobación por parte del farmacéutico

Por primera vez el Gobierno norteamericano ha desoído las recomendaciones de su propia Agencia del Medicamento, que le aconsejaba vender la píldora del día después en las farmacias y en los supermercados, sin receta médica y sin comprobaciones por parte del farmacéutico. Hasta ahora, la píldora, conocida como Plan B, se vende con receta médica a los menores de 17 años y sin receta a todos los demás. Todos los que quieran adquirirla deben presentarle al farmacéutico una prueba de su edad, como un pasaporte o carné de conducir.

La comunidad científica y la Agencia del Medicamento le habían recomendado a Barack Obama eliminar esos filtros, para venderla libremente a todos los que la desearan, algo que el presidente ha ignorado. Por decisión del presidente, se seguirá pidiendo receta a los menores de 17 y prueba de edad a todos los que quieran adquirirla. La píldora Plan B se vende por unos 50 dólares (unos 37 euros al cambio actual) y contiene altas dosis de la hormona conocida como progestágeno sintético. Si la mujer la ingiere hasta 72 horas después del encuentro sexual puede evitar la ovulación y prevenir un embarazo no deseado. Esa píldora no tiene efecto sobre una mujer que ya esté embarazada.

El gobierno de George W. Bush se opuso a venderla sin receta. Finalmente lo permitió, reticentemente, en 2006, y sólo para mayores de 18 años. Entonces, sin embargo, el asunto ya estaba en los tribunales. Una orden judicial obligó a Obama a rebajar esa edad a los 17 años en julio de 2009. Entonces, comenzó un nuevo proceso de investigación por el cual la Agencia del Medicamento trató de averiguar si sería seguro vender el tratamiento sin restricciones en farmacias y supermercados. "Según la información que se envió a la agencia, [ésta] determinó que el producto es seguro y efectivo en mujeres adolescentes, y que las mujeres adolescentes entienden que el producto no es para uso rutinario, y que no las protege contra enfermedades de transmisión sexual", dijo el miércoles la jefa de la agencia, Margaret Hamburg.

Hamburg le pidió formalmente al gobierno que permitiera la venta libre de Plan B, junto a los preservativos y los espermicidas. Las evidencias científicas, sin embargo, no sirvieron para convencer a la Casa Blanca, a sólo un año de una campaña de reelección del presidente Obama, en la que éste deberá apelar no sólo a sus bases, sino también a los votantes más conservadores y religiosos. La Secretaria de Sanidad, Kathleen Sebelius, se justificó en un comunicado.

"La edad media de comienzo de la menstruación femenina en EE UU es de 12,4 años", dijo Sebelius. "Sin embargo, el 10% de las niñas pueden tener hijos a los 11,1 años. Es sabido que hay diferencias cognitivas y de comportamiento entre niñas adolescentes que son más mayores y las niñas más jóvenes que ya

están en edad reproductiva. Si hubiera aprobado esa recomendación, ese producto hubiera estado al alcance de todas las niñas, en todas las edades reproductivas, sin receta médica".

El presidente Obama apoyó la decisión de su ministra de Sanidad en una rueda de prensa, este jueves. "Yo, que tengo dos hijas [de 13 y 10 años] estoy convencido de que debemos asegurarnos de que este asunto se gestiona con el necesario sentido común", dijo. "Es lógico que no se quiera vender la píldora a niñas de 10 o de 11 años que acudan a un supermercado y quieran comprarla, junto a chicles y pilas, porque es permitirles comprar un medicamento que, si no se usa de forma adecuada, puede tener efectos adversos".

En un cambio de tornas, los grupos conservadores han alabado al presidente Obama y la base demócrata en el Congreso le ha acusado de ignorar la ciencia y dejarse llevar por argumentos religiosos. "El proceso de investigación de la Agencia del Medicamento fue exhaustivo y concienzudo", dijo la representante demócrata Diana DeGette. "La información que se envió al Departamento de Sanidad dejaba claro que Plan B es segura y efectiva para los usos para los que se la ha destinado. El acceso a métodos anticonceptivos seguros y fiables es una parte esencial de la sanidad".

5.- El Supremo endurece las penas por contagio de VIH al no informar a la pareja

EUROPA PRESS MADRID | 09/12/2011 00:00

El Tribunal Supremo ha elevado de 2 a 9 años y un día de prisión la condena impuesta a un enfermo de VIH que infectó a su novia y no le comunicó la enfermedad. La sentencia del alto tribunal, de la que ha sido ponente el magistrado Carlos Granados, acoge uno de los motivos del recurso de casación interpuesto por la representación letrada de la mujer contra la condena dictada inicialmente por la Audiencia Provincial de Madrid, al considerar que en este caso debió condenarse por un delito de lesiones dolosas, y no por una imprudencia grave. Los hechos se remontan a 2006, cuando siendo el acusado un enfermo de sida desde años atrás y en tratamiento desde 1997, comenzó una relación con la víctima, a la que ocultó su enfermedad, y con la que mantuvo relaciones sexuales no utilizando ninguna protección. Un mes después comunicó a su novia que era enfermo de VIH, aunque le dijo que lo acababa de saber, y le recomendó que se realizara la prueba. La mujer resultó infectada. Jurisprudencia La resolución compara este caso con el de otra sentencia dictada el pasado junio por la misma sala en la que se estableció que el hecho de que un enfermo de sida no comunique a su pareja esta circunstancia para mantener relaciones sexuales, "por mucho que pueda ser justamente objeto de reprobación desde el punto de vista ético", no constituye una conducta ilícita desde el punto de vista penal siempre que no se haya tenido intención de ocasionar el contagio y no se hayan omitido "los exigibles deberes de cuidado". La existencia o no de esa previa información resulta crucial, según el Supremo, ya que al no comunicar a su pareja que era portador del virus el condenado en esta sentencia se situó "en posición del dominio del hecho que sustenta la autoría en un delito de lesiones". Además de la pena de prisión, el condenado tiene prohibido acercarse a la mujer a menos de 500 metros y a indemnizarla con 90.000 euros.

6.- Fijaron con cemento óseo daños de columna

Condena a una compañía suiza por realizar cirugía experimental en humanos

Diario Médico. Redacción | 09/12/2011.

Cuatro ejecutivos de una empresa suiza dedicada a la fabricación de material para cirugía han sido condenados a prisión por realizar estudios médicos ilegales en humanos, en los cuales tres pacientes perdieron la vida. También han sido condenadas las compañías implicadas.

Los acusados fueron inculcados por probar una especie de cemento óseo, que sólo está autorizado para uso quirúrgico en brazos, en pacientes con fracturas de columna, sin haber solicitado para el ensayo la aprobación de la Agencia de Medicamentos de Estados Unidos (FDA, en sus siglas en inglés). La técnica fue experimentada en 200 pacientes, a pesar de que en estudios previos en animales había demostrado que este cemento podía causar coágulos de sangre. En la sentencia del caso, el juez ha calificado el comportamiento de los imputados de atroz.

Delito menor

Los cuatro acusados se declararon culpables de un delito menor como responsables de la actividad de la empresa, no obstante en su defensa señalaron que no tenían la intención de violar los procedimientos de la FDA. Además, uno de ellos explicó que hizo varios intentos para asegurarse de que el cemento no se utilizase fuera del protocolo.

Por su parte las empresas implicadas se declararon culpables de fraude de servicios corporativos y aceptaron pagar una multa de 23 millones de dólares (17 millones de euros). Los cirujanos que operaron a los fallecidos observaron una fuerte caída en la presión arterial después de recibir las inyecciones.

El primer fallecimiento por esta cirugía experimental ocurrió en Texas, en 2003, al que siguió un segundo muerto en California. La empresa implicada sólo detuvo las intervenciones después de la tercera muerte, en 2004. La acusación afirmó que los implicados no informaron de las muertes y no fueron honestos con la FDA. Todos fueron despedidos de sus trabajos y condenados a pagar una multa de 100.000 dólares (74.000 euros).

7.- Los ginecólogos franceses, contra las 'ecografías espectáculo' **Advierten sobre posibles riesgos de esta técnica fuera del entorno médico**

ELMUNDO.es. Viernes 09/12/2011

El Colegio de Ginecólogos y Obstetras franceses (CNGOF en sus siglas en francés) está en contra de lo que ha denominado 'ecografías espectáculo'. En un comunicado, los especialistas aseguran que usar técnicas de ultrasonido sin ninguna finalidad médica y simplemente para contemplar el aspecto de los futuros hijos podría no ser tan 'inocuo' como se pensaba.

"El riesgo real de una exposición prolongada a los ultrasonidos nunca se ha estudiado de forma precisa [...], por lo que como medida de precaución, se recomienda limitar la exposición a únicamente el uso médico", ha señalado al diario Le Figaro, Bernard Broussin, miembro de la Comisión Nacional francesa de ecografía obstétrica y fetal.

La ecografía se utiliza habitualmente en el diagnóstico y el seguimiento del embarazo. Mediante ondas sonoras de alta frecuencia permite, entre otras cosas, controlar el desarrollo del feto, ya que ofrece imágenes claras de sus características y el estado de sus órganos.

En los últimos años se han desarrollado técnicas de ecografía en 3D y 4D que realizan reconstrucciones tridimensionales de la imagen y, por tanto, hacen posible ver con bastante nitidez el aspecto del bebé.

Animados por un creciente interés por estas técnicas, numerosos centros las ofrecen a los futuros padres, que no buscan ninguna finalidad diagnóstica, sino conocer el aspecto de sus hijos antes de que nazcan.

Normalmente, las ecografías que se realizan en un centro médico son breves; sin embargo, estas pruebas 'lúdicas' pueden extenderse "durante más de media hora", un dato que preocupa especialmente a los especialistas franceses.

En estos casos, los "efectos térmicos y mecánicos de los ultrasonidos no son forzosamente anodinos", ha señalado Jacques Lansac, presidente de la Comisión nacional francesa de ecografía obstétrica y fetal.

Por otro lado, los especialistas galos también lamentan que gran parte de las personas que levan a cabo estas 'ecografías espectáculo' carecen de los conocimientos necesarios. "Hay que reservar las ecografías para las personas que saben utilizarlas, es decir, los médicos y las comadronas", ha señalado Lansac.

Tanto la Academia francesa de Medicina como la Agencia francesa de seguridad sanitaria y de productos sanitarios ya emitieron hace algunos años sendos comunicados advirtiendo de los riesgos de utilizar las ecografías para fines no médicos.

Para María Jesús Cancelo, ginecóloga del Hospital Universitario de Guadalajara, "lo que está claro es que la ecografía debe considerarse siempre una prueba diagnóstica médica".

Según sus palabras, la tendencia que en los últimos años ha hecho que se use esta técnica fuera del entorno sanitario "puede llevar a una vanalización de la exploración" y a pensar que su utilidad es muy distinta a la real. "Su valor se debe a que es útil para diagnosticar determinados problemas, no porque permita ver cómo es la cara del futuro bebé", subraya.

Con todo, esta especialista hace especial hincapié en que no hay datos en la literatura médica que relacionen la exposición a los ultrasonidos con determinados riesgos. "Por lo que sabemos hasta ahora, es una prueba muy segura", concluye.

8.- BBC: Cirujana y columnista sugiere que los médicos guarden unos minutos de silencio tras la muerte de un paciente

Pauline Chen dice que sería bueno para ellos y que podría convertirlos en mejores profesionales de la salud. Estas son sus palabras a BBC.

BBC Mundo - 11/12/2011

En habitaciones de hospitales, salas de operaciones, clínicas y unidades de cuidados intensivos, debería haber un silencio obligatorio de cinco minutos cuando fallece un paciente.

Los doctores, enfermeros y todos los que han estado ocupándose del paciente deberían reunirse al final alrededor de la cama para guardar esos cinco minutos y reflexionar en silencio sobre la vida y muerte de ese paciente.

En mi experiencia, hay un momento justo después del fallecimiento del paciente, en el que la mayoría de los cuidadores, particularmente los doctores, se dispersan - si no en presencia, sí en la mente.

LA VIDA CONTINÚA

Inmediatamente pensamos en ir a ver al siguiente paciente, en limpiar la habitación, en preparar el cuerpo para llevarlo a la funeraria. Cualquier cosa con tal de evitar enfrentarnos con la realidad, porque para quienes ejercemos nuestra labor en países más prósperos, un paciente que muere representa nuestro fracaso profesional.

Hace varios años, estuve cuidando a una joven a la que le hicieron un trasplante una década antes, pero esta vez estaba hospitalizada debido a una serie de infecciones.

Era esbelta y rubia y recuerdo cómo le encantaba hablar de las novelas que había leído. Recuerdo también el modo en que levantaba la mano derecha hasta su frente, con la palma hacia adelante, para acariciarse el cabello.

Pero la noche en que se desangró hasta morir a causa de una infección que había acabado con una importante arteria, ninguno de nosotros se detuvo a recordar sus animadas conversaciones sobre literatura.

En cambio, tan pronto como fue declarada muerta, nos preocupamos de ver al siguiente paciente, limpiar las manchas de sangre que salpicaron el cielo raso, y desechar las agujas y jeringas esparcidas en su cama.

Pero no hablamos de ella, de la mujer que acababa de morir ante nosotros.

AGOBIADOS

Con frecuencia he pensado en el hecho de que no me detuve a recordarla o a reconocer el impacto que tuvo en mí. No hubo una conclusión de nuestra relación, ni un reconocimiento de su vida o mi pesar.

Si hubiera vivido esos momentos alrededor de su muerte de otra manera, tal vez los detalles de su fallecimiento no estarían congelados en mi mente como están ahora: unos pocos minutos que se repiten una y otra vez.

Quizás por reconocer su partida no me sentiría tan agobiada por lo que se perdió, incluso si continuaba cuidando a otros pacientes.

Creo que instituir una pausa de cinco minutos de silencio después de la muerte de un paciente cambiaría el modo en que doctores, enfermeros y otros cuidadores enfocan el tema de la muerte.

Primero, brindaría una conclusión, así como respeto, a la relación entre ese paciente y sus cuidadores.

Segundo, la pausa consciente, la acción de tomarse ese tiempo, establecerá un ritual. Y los rituales, practicados con consistencia, ofrecen un gran consuelo en momentos difíciles.

Finalmente, el silencio de cinco minutos permitirá a los cuidadores reconocer sus propios sentimientos.

Estoy convencida de que una de las razones por las que los doctores y otros proveedores de cuidado de la salud no hacen un mejor trabajo en cuidar a quienes están muriendo es que casi nunca nos tomamos el tiempo para reconocer nuestras propias respuestas a aquellos que han muerto. Negamos esos sentimientos sólo para terminar oprimidos por ellos.

Una pausa de cinco minutos para el silencio nos permitiría procesar nuestro propio pesar sobre un paciente que ha muerto y nos liberaría para comprometernos completamente con aquellos que le seguirán.

9.- La cumbre del clima se deja lo difícil para 2015

Casi dos días después de lo previsto, los 190 países acuerdan negociar un recorte de emisiones pero sin tener claro qué forma legal tendrá.- Durban decide prorrogar Kioto aunque con menos países

El País. RAFAEL MÉNDEZ | Durban (Enviado especial) 11/12/2011

La secretaria de la ONU para el cambio climático, Christiana Figueres, calificó el pacto como extraordinario y aseguró que abre "una nueva fase en el régimen climático". Greenpeace en cambio declaró que se trata de una victoria de los grandes contaminadores y que perdían los ciudadanos.

La UE se había impuesto que no renovarían el Protocolo de Kioto (cuyo primer periodo expira en solo un año) si no conseguía en Durban un calendario para tener un nuevo tratado en el que estuvieran EE UU, China e India.

Los dos primeros más o menos aceptaron, a condición de que fuera un "instrumento legal", pero India se negó en redondo. Su argumento es que un país que emite por persona mucho menos que China (1,7 toneladas de CO2 al año, frente a casi 7 de China) no puede negociar un tratado legal que le imponga obligaciones. La ministra india, Jayanthi Natarajan, expuso con vehemencia en el plenario, ya en la madrugada del domingo, su intención de dejar abierta la posibilidad de que el futuro acuerdo no fuese ningún tratado, solo un "acuerdo legal", algo mucho más vago: "Han dicho que se cae todo el proceso si queda el 'resultado legal' en el texto. A mí no me gusta protocolo ni instrumento legal. ¿Cuál es el problema en tener otra opción? India nunca será intimidada de esa forma".

El plenario de las cumbres del clima es un entorno peculiar. Negociadores de más de 190 países, cansados, en mangas de camisa, debaten con lenguaje diplomático entre gritos y aplausos que salen de la misma sala, ya que las ONG y los periodistas están presentes. Todo tiene un aire 15-M con pantallas gigantes y en el que los que hablan se refieren unos a otros como "distinguidos delegados".

El ejercicio de transparencia es único, pero el proceso a veces resulta endiablado. Cualquier país puede poner objeciones al texto y evitar todo pacto, porque las cosas se aprueban por aclamación. Para llegar allí con un texto que tenga opciones de salir adelante hacen falta semanas de negociación, a menudo por unas pocas palabras, y los horarios saltan por los aires con frecuencia. El viernes comenzó una larga reunión a puerta cerrada con más de 20 países para limar pequeñas diferencias en un texto de solo dos folios.

Al final pactaron una forma de compromiso y el papel llegó en la madrugada del domingo al plenario. El ambiente allí resultó mucho más frío que otros años (como en Cancún y en Bali, por ejemplo). En Durban la cumbre llevaba más de un día de retraso, el cansancio era visible y el texto que se podía aprobar no levantaba los ánimos ni de los ecologistas ni de los negociadores.

Solo el anuncio de prorrogar Kioto -una exigencia de los países en desarrollo- generó algún aplauso. La UE (y Suiza, Noruega, Australia y Nueva Zelanda) aceptan continuar dentro del único tratado del clima existente pero se decidirá el año que viene si lo hacen hasta 2017 o 2020, con lo que mantienen una carta de negociación. Allí no estarán ni Canadá, ni Japón ni Rusia, que se borraron a su vez porque no irán ni EE UU ni China. Al final, en el segundo periodo, Kioto solo controlará el 15% de las emisiones. El resto de países se mantendrá con los compromisos voluntarios del año pasado en Cancún y que, según la ONU, no llegan para estabilizar el calentamiento.

El pleno sí reprodujo el cambiante mundo. La UE consiguió el apoyo de los países más pobres y los pequeños Estados-isla, que le pidieron a India que flexibilizara su postura. Lo que se vio ayer no era el mundo dividido entre ricos y pobres, entre países desarrollados y en desarrollo, bajo cuyo signo se pactó Kioto en 1997. Brasil y China aceptaron la petición india (mostrando cómo el BASIC sigue unido) y EE UU apoyó que se mantuviera esa forma laxa, demostrando que el clima a veces genera extraños compañeros de negociación.

Al final, la UE e India convinieron que el futuro pacto podría ser un "resultado acordado con fuerza legal dentro de la Convención [de Naciones Unidas de Cambio Climático] que se aplique a todas las partes". Ahora comienzan dos duras discusiones. La primera es cuál de las tres opciones se elige, y la segunda es qué significa exactamente lo pactado con India.

Aunque en el ambiente flotaba que el texto pactado no aclaraba el futuro, los optimistas han considerado un triunfo el que puedan negociar ya en el mismo listado EE UU, China, India, la UE y Brasil, lo que cubre más del 85% de las emisiones de gases de efecto invernadero. Esa era la condición indispensable que el Congreso de EE UU le había puesto a la Administración de Barack Obama para que negociara cualquier tipo de acuerdo.

Los pesimistas veían que en Bali en 2007, una cumbre similar ya pactó una "hoja de ruta" para tener un acuerdo en 2009 y luego fracasó, por lo que consideran que lo de ayer es volver cuatro años atrás e incluso puede que con más ambigüedad (y menos apoyo ciudadano, peor entorno económico y menguante preocupación social por el calentamiento).

La ministra sudafricana de Exteriores, Maite Nkoana-Matshabane, que dirigió la cumbre de forma caótica, resaltó ante los delegados que debían ser flexibles: "Como este no es el Mundial que celebramos hace poco más de un año, nadie puede salir por la puerta celebrando y diciendo: 'Hemos ganado'. Entonces ganó España. En Durban, en efecto, nadie tenía aspecto de haber ganado mucho. Si acaso, de haberse quitado un peso de encima. Simbólicamente, cuando se aprobó formalmente el acuerdo, la enorme sala del plenario estaba medio vacía.

10.- Un futura ley nacional de paliativos debe incluir el concepto de buena praxis

SOBRE LA SEDACIÓN AL TERMINAL

Diario Médico. Santiago Rego. Santander | 19/12/2011

Una ley nacional de cuidados paliativos "no es un asunto prioritario para el nuevo Gobierno de la nación". Así lo cree Marcos Gómez Sancho, especialista en Cuidados Paliativos del Hospital de Las Palmas de Gran Canaria y presidente de la Comisión Deontológica de la OMC. Según señaló en una jornada técnica sobre paliativos que se celebró en Santander y en la que participaron varios expertos muchos de los puntos más importantes sobre estos cuidados ya están recogidos en otras leyes autonómicas. José Francisco Díaz, director general de Salud Pública de Cantabria, coincidió con la reflexión del representante de la OMC.

Sin embargo, tanto Díaz como Gómez señalaron que una ley básica sobre paliativos ayudaría a unificar criterios y que no suceda lo que está ocurriendo, que, dependiendo de qué comunidad autónoma se trate, la muerte no se produce en las mismas circunstancias al no existir el principio de equidad. "Siempre es bueno que haya un marco legislativo consensuado de rango superior con unos mínimos, a fin de que luego las comunidades puedan adaptarlo a sus características", apuntó Díaz.

El miembro del Gobierno cántabro puntualizó que "una ley básica puede ser interesante siempre que no ocurra, por ejemplo, como con la ley de voluntades previas y el testamento vital, ya que hay comunidades que no la cumplen y permiten, por ejemplo, que puedan testar menores de edad emancipados".

Gómez Sancho recordó que el texto del Ejecutivo saliente tiene "cosas salvables y otras mejorables". Y añadió, "nos parece bien que se recoja el derecho del paciente a la sedación, pero siempre que se refleje que al tratarse de un tratamiento médico tiene unas indicaciones estrictas". Y señaló que la futura ley debe incluir el concepto de "buena práctica médica, lo que no hizo el Gobierno en el borrador", señaló Gómez. Ello llevó a la OMC y a la Sociedad Española de Cuidados Paliativos a consensuar una guía de sedación. "Creemos que el nuevo Gobierno ha de tomar en cuenta las consideraciones de la OMC y de los especialistas en paliativos", concluyó.

Según Jaime Sanz, jefe del Servicio de Oncología Médica del Hospital Valdecilla, ya existe "suficiente normativa jurídica en este campo con 17 pequeños estados. Lo importante es que haya equidad en todo el Sistema Nacional de Salud, que cale en la profesión el concepto de buena práctica médica, y coordinar mejor la atención especializada y primaria". Aunque hay suficiente normativa autonómica sobre la atención en paliativos, los expertos ven necesaria una ley que garantice la equidad territorial

11.- La Secpal y la OMC han advertido de que el testamento vital no es suficiente para asegurar una atención médica que respete la voluntad del paciente.

Las voluntades previas son pocas y variables

Diario Médico. A. SAN HIPÓLITO | S.VALLE | 20/12/2011.

Las voluntades previas fueron pensadas para que el paciente pudiera expresar sus deseos sobre el tratamiento médico que quería recibir ante una eventual incapacidad. Han pasado más de diez años de la puesta en marcha de los primeros registros de estos documentos y un primer balance lleva a pensar que no es un derecho prioritario para el enfermo. Esa sospecha se ve reforzada en el día a día de la asistencia sanitaria.

Los cambios de opinión son algo que caracteriza a la naturaleza humana. Ocurren con las decisiones más superficiales y también con las cuestiones fundamentales de la vida. Ahora podemos dejar por escrito nuestra última voluntad sobre cómo queremos afrontar el final de nuestra vida, detallando qué tratamientos médicos rechazamos para alargarla. Podemos cambiar esa voluntad tantas veces como queramos. Es una posibilidad regulada por la Ley de Autonomía del Paciente de 2002, pero que ya antes recogieron legislaciones autonómicas como la catalana, que fue la pionera.

En 2007 se aprobó el Real Decreto por el que se regula el Registro Nacional de Instrucciones Previas, que alberga estas voluntades. El archivo tiene 116.064 documentos inscritos. Las comunidades autónomas con registros propios están obligadas a comunicar al nacional los documentos que vayan incorporando a su base.

Objetivo

Con ese instrumento se pretende que el paciente sea protagonista de la toma de decisiones sobre su salud, dejando unas instrucciones que implican al médico y que tienen su mayor utilidad cuando el enfermo afronta el final de la vida sin capacidad para expresar sus deseos. Es decir, es un instrumento para terminar con la medicina paternalista siguiendo el camino trazado por Estados Unidos, pues tanto las voluntades previas como el consentimiento informado han sido importados de la experiencia norteamericana.

Ha pasado ya el suficiente tiempo para poder hacer una primera valoración sobre la utilidad que está teniendo el documento de voluntades anticipadas en la asistencia a los enfermos. Javier Rocafort, presidente de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (Secpal) y médico de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Centro de Cuidados Laguna en Madrid, señala que "es una buena idea, de mucha utilidad, pero en la práctica de los cuidados paliativos el uso de estas voluntades es escaso porque los pacientes nos pueden contar en directo qué es lo que quieren y si se pueden expresar prevalece esa decisión sobre lo que hayan dejado escrito en su documento".

Rocafort ilustra esta afirmación con el caso de una paciente cuya voluntad inicial era no ser hidratada, porque consideraba que era una medida para

alargarle la vida de manera innecesaria. "El equipo médico conversamos pausadamente con ella sobre la conveniencia de hidratarse para poder asimilar mejor una medicación necesaria contra el dolor. Ella lo comprendió y sus últimos días fueron muy buenos".

* Es ilusorio pensar que el testamento vital evitará todas las dudas y conflictos éticos" señala la Comisión Ética de la Secpal.

Ética de la Secpal

El Comité de Ética de la Secpal ha publicado varios documentos sobre esta cuestión. En 2002 la Secpal advirtió: "Es ilusorio pensar que con un testamento vital se evitarán todas las dudas y conflictos éticos que puedan presentarse cuando el enfermo deja de ser capaz". Y concluía señalando que "con independencia del documento legal es obligación ética de los sanitarios hacer con el paciente una planificación anticipada de los cuidados".

A finales del pasado septiembre, Juan José Rodríguez Sendín, presidente de la Organización Médica Colegial, presentó la Guía ética de planificación de la asistencia médica insistiendo en la misma idea: "Un papel como el de las voluntades anticipadas no es suficiente. La planificación de la asistencia conlleva que el profesional conozca mejor a su paciente y sepa hacer realidad sus deseos cuando él no los pueda formular".

Pero si, según afirman estas autoridades médicas, las voluntades previas no son suficientes para alcanzar el objetivo de dar el mejor trato y respetar el deseo del paciente en la asistencia final de la vida, tampoco son representativas en cuanto a su número.

Sin valor cuantitativo

Rocafort estima que en su centro sólo uno de cada cien pacientes tiene un documento de últimas voluntades, y señala: "Sólo he tenido dos casos este año y atiendiendo a más de cien pacientes".

Andalucía ha llevado una importante campaña de divulgación sobre la utilidad de este documento entre pacientes y personal sanitario. El sistema de registro en esta comunidad se puso en marcha a mediados de 2004 y hasta octubre de 2011 se habían inscrito 22.541 documentos.

En un estudio elaborado por la consejería andaluza sobre esta cuestión llama la atención que los picos en las inscripciones responden a momentos en los que en la sociedad se debatía la asistencia al final de la vida de enfermos terminales.

Los meses de 2011 que registraron más documentos fueron los de verano, en pleno debate médico, ético y jurídico sobre si quitarle la sonda o no a Ramona Estévez, la anciana ingresada en un hospital de Huelva. Durante esos meses se inscribieron 200 documentos del total de 3.160 que se contabilizaron desde enero hasta octubre de 2011.

Los médicos también responden ante el estímulo mediático. En el mes de julio de 2011 y siguientes, el registro de voluntades anticipadas de Andalucía ha recogido el mayor número de consultas de profesionales sanitarios de toda su historia: 75.

Cataluña es la comunidad autónoma con más registros (39.539), le siguen Andalucía (22.852), Asturias (18.400), País Vasco, (que a pesar de ser la última en crear un registro tiene 8.461), La Rioja (3.969), Castilla la Mancha (3.151), Castilla y León (3.089) y Baleares (2.300). Estos datos reflejan que el testamento vital no figura entre las prioridades del enfermo.

La poca presencia de las últimas voluntades en la atención sanitaria ha dejado morir un debate legal que comenzó cuestionando si, como decía la ley, el médico tenía que cumplir lo que el enfermo dejara escrito. En este sentido se recordó que el límite sobre estas instrucciones lo fija la buena praxis médica. Desde la práctica diaria, Rocafort afirma que esta cuestión no supone ningún problema.

12.- Un 7 por ciento del gasto mundial en salud se pierde por fraudes sanitarios

Un estudio británico ha puesto sobre la mesa un problema que no suele figurar entre los costes que más afectan a los sistemas sanitarios: el fraude en la asistencia. Diario Médico. José A. Plaza | 27/12/2011.

El cálculo más reciente de la OMS, que data de 2008, señala que más de un 7 por ciento del total de inversión sanitaria a escala mundial se pierde por culpa de diversos tipos de fraude.

Las últimas cifras reveladas por el Centro de Estudios para Combatir el Fraude de la Universidad de Portsmouth y la empresa de contabilidad PFK, ambas en el Reino Unido, dan fe de la magnitud del fraude en la asistencia sanitaria a escala mundial, según han dado a conocer fuentes de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Lou Saccoccio, director ejecutivo de la Asociación Nacional contra el Fraude en la Asistencia Sanitaria de Estados Unidos, cree que para combatir el fraude en la asistencia sanitaria no basta aplicar la ley de forma rigurosa. "El delito se comete y el dinero se esfuma; tenemos que centrarnos más en la prevención".

Poco, mucho; todo cuenta

La mayor parte de los fraudes en la asistencia sanitaria son lo que los especialistas como Saccoccio denominan "de gran volumen y poco valor". Entre la falsificación de una receta y el robo de material sanitario a gran escala hay diferencia, pero todo suma y las pérdidas se cuentan por miles de millones de euros anuales. A falta de datos concretos en España, se puede establecer dos paralelismos curiosos. Uno, según el III Informe Lucha Contra el Fraude Fiscal en la Agencia Tributaria, de 2011, el fraude total en España se acerca a los 60.000 millones de euros, cifra que ronda la suma de todos los presupuestos autonómicos en Sanidad para 2012. Y dos, según el avance de resultados de las actuaciones de prevención y lucha contra el fraude correspondientes al año 2011, presentados hace unas semanas por la Agencia Tributaria española, se han recuperado 10.400 millones de euros para las arcas públicas. Cifra que equivale aproximadamente al 1 por ciento del PIB nacional o, en otras palabras, poco menos de lo que destina España a la investigación anualmente.

* La cifra de fraude total en España, unos 60.000 millones, es similar a la suma de lo destinado a sanidad por todas las comunidades autónomas

El cálculo más reciente (data de 2008) del gasto anual mundial en asistencia sanitaria realizado por la Organización Mundial de la Salud arrojó 4,37 billones de euros. Cada año, un 7,29 por ciento de ese total se pierde a causa de fraudes (y algún que otro error), según las cifras de la Universidad de Portsmouth y PFK. Jim Gee, director de los Servicios para Combatir el Fraude de la citada empresa y director del Servicio Antifraude del Servicio Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido, considera que el fraude es "el último de los grandes costes de la asistencia sanitaria que aún no se reduce". A su juicio, tratar el fraude como algo que debe ser cuantificado y limitado permitirá elevar el dinero destinado a la asistencia sanitaria.

Lo primero, reconocerlo

Los números ligados al fraude sanitario ponen de relieve que se trata de un problema mundial y que "ningún país está exento de este problema, que afecta a toda clase de sistemas de asistencia sanitaria, sean públicos o privados". Gee cree que parte del problema es que la realidad no se reconoce como tal: "Muchas personas que trabajan en la asistencia sanitaria no admiten que el sector tenga problemas de fraude".

Pero empiezan a notarse vientos de cambio; un signo de que los países empiezan a reconocer el problema ha sido la organización de la primera conferencia mundial sobre fraude en la asistencia sanitaria, celebrada el mes pasado en Atlanta (Estados Unidos). Allí, entre otros, se dio a conocer el caso francés. Paul Vincke, presidente de la Red Europea contra el Fraude y la Corrupción en la Asistencia Sanitaria, explicó que reconocer el problema ha permitido a Francia establecer un servicio antifraudes basado en las prácticas de países más experimentados a este respecto, como Bélgica, Países Bajos y Reino Unido; entre 2006 y 2010, el servicio francés logró recuperar 250 millones de euros.

13.- La atención clínica que recibe el paciente es peor cuando no hay sintonía entre médicos y enfermeros, en UCI.

Redacción | 29/12/2011 00:00

La percepción que tienen los médicos y enfermeros que trabajan en las unidades de cuidados intensivos sobre la atención que proporcionan a sus pacientes es que no siempre es la adecuada, en ocasiones por un exceso de cuidados. Entre otras razones, indican que esta situación se debe a la falta de sintonía entre médicos y enfermeros, que no siempre comparten criterios comunes para tratar al enfermo. Ésta es la principal conclusión de un estudio que ha realizado el Ghent University Hospital de Bélgica y que se publicó en el último número de JAMA.

El estudio tomó como muestra 82 unidades de cuidados intensivos europeas e israelíes y recogió las opiniones de 1.953 médicos y enfermeros que manifestaron que, en ocasiones, no existía concordancia entre la forma que actuaban con el paciente y sus creencias. "Algunos facultativos perciben que los cuidados que proporcionan a sus pacientes son inadecuados, sobre todo si sienten que sus actos clínicos chocan con sus creencias personales o conocimientos médicos. Estos profesionales tienen un riesgo elevado de sufrir burn-out", explica Ruth D. Piers, director médico del Ghent University Hospital.

El estudio pone de manifiesto que de los 1.651 facultativos consultados, el 27 por ciento de ellos ha sentido, al menos en una ocasión, que no estaba haciendo lo correcto.

Cuidados excesivos

El 65 por ciento de los profesionales que trabajan en una unidad de cuidados intensivos manifestó que no estaban actuando de la forma adecuada cuando al paciente le proporcionaban un exceso de cuidados; en el 89 por ciento de estos casos la cantidad de cuidados era percibida como desproporcionada, y en el 11 por ciento de ellos insuficiente. Otra de las razones que esgrimen estos profesionales para argumentar que sienten que no están haciendo lo adecuado es que piensan que se están concentrando demasiados esfuerzos en un único paciente, dejando en un segundo plano las necesidades de otros. Esta sensación de distribuir injustamente los cuidados es mayor entre los médicos. Los autores del estudio creen que el reto de los gestores hospitalarios es que haya más diálogo y colaboración entre los profesionales de estas unidades.