

Nuevos Retos para la Profesión Médica:

una aportación al debate social

Reflexiones a raíz del **II Congreso de la Profesión Médica**



Índice

Presentación (7)
Participantes y forma de elaboración del informe (11)
Principales retos para la profesión médica (25)

01 Nuevos modelos de protección social para médicos (27)

El marco de la protección social en España (27)
La protección social de la profesión médica (31)
Propuestas estratégicas (38)

02 Criterios para el buen gobierno de centros e instituciones sanitarias (41)

El papel del profesionalismo médico en la reorientación del gobierno de los centros y servicios sanitarios (41)
La importancia del buen gobierno en el Sistema Nacional de Salud como eje transformador (44)
Un reto institucional para promover la adopción del buen gobierno en nuestro sistema sanitario (51)
Propuestas estratégicas (52)

03 La responsabilidad social del médico (55)

La responsabilidad del médico en el ámbito de la Ley de Autonomía del Paciente (55)
La necesidad de desarrollar la normativa y de regular el acto médico (59)
Propuestas estratégicas (60)

04 Demografía médica en España: análisis y necesidades (61)

¿Sobran o faltan médicos? (61)
Evolución de la formación y oferta de nuevos profesionales médicos (66)
La necesidad de un registro nacional de médicos como instrumento de apoyo a la planificación (71)
La necesidad de una solución global (73)
Propuestas estratégicas (75)

05 **Modelo retributivo en el ejercicio profesional (77)**

Contexto del modelo retributivo en el Sistema Nacional de Salud (77)

Unos niveles salariales en España inferiores a la media europea (78)

Un modelo retributivo heterogéneo (80)

La experiencia internacional (84)

El modelo retributivo en el sector privado (86)

Propuestas estratégicas (87)

06 **Respuesta profesional ante los nuevos retos asistenciales (89)**

Triple crisis: medicina, médicos y sistema (89)

El insuficiente desarrollo asistencial de la medicina primaria y especializada para dar respuesta a los nuevos retos asistenciales (91)

La atención a los pacientes crónicos: un reto inaplazable para la profesión médica (99)

Propuestas estratégicas (102)

07 **Validación periódica de la colegiación. Credencialismo (105)**

El credencialismo beneficia al médico, al paciente y a la sociedad (105)

Los modelos de acreditación profesional en el entorno internacional (108)

Procedimiento para la validación periódica de la colegiación (109)

Un marco basado en la unión para sentar las bases del sistema de validación periódica (114)

Propuestas estratégicas (115)

08 **Nuevo escenario de la píldora anticonceptiva de emergencia (117)**

El contexto actual de la píldora abortiva de emergencia (PAE) (117)

La banalización del uso de la PAE y la necesidad de control médico para su administración (119)

La dudosa efectividad de la PAE como estrategia de salud pública (122)

La trascendencia de la valoración de la madurez en el caso de la menor y el consentimiento informado (122)

La PAE como oportunidad informativa y de educación para la salud (124)

La equidad en el acceso a la PAE en el conjunto del Sistema Nacional de Salud (125)

La objeción de conciencia en el contexto de la libre dispensación de la PAE (126)

La necesidad de una reforma del actual modelo de libre dispensación de la PAE (126)

Propuestas estratégicas (127)

09 **El médico ante la nueva ley del aborto (129)**

Breve revisión de los antecedentes de la nueva Ley del Aborto (129)

El aborto como acción última (129)

La opinión de la sociedad ante la legalidad del aborto (130)

Reflexiones sobre la Ley del aborto (134)

La objeción de conciencia ante el aborto (137)

Principales retos de la OMC ante la nueva Ley del aborto (138)

Propuestas estratégicas (139)

10 Cuidados paliativos: de una necesidad de un derecho (141)

- Una necesidad transformada en un derecho (141)
- La calidad de vida como prioridad (142)
- Hacia una buena práctica médica (143)
- Una prestación sanitaria básica (145)
- Los cuidados paliativos frente a la eutanasia (149)
- El déficit de formación actual en cuidados paliativos (150)
- Posicionamiento de la OMC ante el desarrollo de los cuidados paliativos (150)
- Sólo cuando los cuidados paliativos estén dentro de las políticas públicas de salud, se convertirán en garantía para los ciudadanos (152)
- Propuestas estratégicas (153)

11 El enfermo, la eutanasia y el médico (155)

- Contexto actual de la eutanasia (155)
- La mejora de la calidad de la atención al final de la vida, solución a la eutanasia (157)
- ¿Hay un papel para la eutanasia cuando aún no están desarrollados completamente los cuidados paliativos? Una revisión bibliográfica (160)
- Conclusiones del Comité de Ética de la EAPC sobre la eutanasia (164)
- Trasladar el debate de la despenalización de la eutanasia a los cursos intermedios (cuidados paliativos) (165)
- Propuestas estratégicas (166)

12 Objeción de conciencia (167)

- Objeción de conciencia: delimitación conceptual y marco deontológico (167)
- Reconocimiento legal para el ejercicio de la objeción de conciencia (170)
- La necesidad de un registro de la objeción de conciencia (173)
- La objeción de conciencia vs. la objeción de conciencia (174)
- Propuestas estratégicas (176)

13 La medicina y las otras profesiones sanitarias (177)

- Atención multidisciplinar y trabajo en equipo versus delegación de competencias (177)
- La prescripción enfermera, ¿una amenaza? (183)
- Propuestas estratégicas (187)

14 Compromiso del médico con la seguridad del paciente y ética de la responsabilidad y de la prevención (189)

14.1. El compromiso del médico con la seguridad del paciente (189)

La seguridad del paciente, una estrategia prioritaria para el Sistema Nacional de Salud (189)

La detección de riesgos (193)

Punto de avance para el desarrollo de la seguridad del paciente (199)

14.2. La ética de la responsabilidad y de la prevención (200)

Responsabilidad profesional y ética (200)

La ética de la prevención (201)

La ética de la responsabilidad (202)

La necesidad de actualización de conocimientos (205)

Propuestas estratégicas (207)

15 Troncalidad en la formación MIR (209)

Antecedentes de la formación médica (209)

El porqué de la troncalidad (210)

La troncalidad tiene fortalezas y presenta oportunidades, pero también conlleva algunos riesgos y debilidades (219)

La visión de distintas organizaciones (220)

Propuestas estratégicas (222)

16 Colegiación obligatoria: una necesidad social (223)

Necesidad de la autorregulación y el control universal obligatorio de la profesión médica (223)

La imagen de los Colegios ante la sociedad y ante los médicos (226)

Colegiación Obligatoria vs. Voluntaria: Ley Ómnibus (228)

Propuestas estratégicas (232)

Declaración Final del II Congreso de la Profesión Médica (235)

Resumen Ejecutivo de propuestas estratégicas (241)

Figuras y Tablas (251)

Presentación

El “II Congreso de la Profesión Médica” celebrado en Madrid el 16 y 17 de abril de 2010 ha constituido un claro ejemplo de la responsable inquietud de los médicos por la situación actual de su profesión. Es una demostración de su voluntad por trabajar en la búsqueda de soluciones realizando cuantas propuestas sean necesarias para mejorar la calidad de su ejercicio profesional.

Se ha trabajado sobre una selección de 16 temas del máximo interés y actualidad (social, profesional/laboral, deontológico y corporativo/institucional) para la profesión médica, y entre ellos ha ocupado un lugar destacado la defensa de la Colegiación obligatoria. Tal como expuso la ministra de Sanidad y Política Social, Trinidad Jiménez, este congreso ha afrontado el futuro con valentía y de hecho ella mismo lo definió en el acto inaugural como “el congreso de la oportunidad”.

Y esa oportunidad ha sido entendida y respaldada por toda la organización médica colegial de España, como lo demostró su asistencia masiva con la participación del 50% de las juntas directivas, y comisiones de deontología con una participación activa en todo el proceso de deliberación y votación de las mesas.

No fue, en efecto un congreso tradicional, sino más bien una convención en la que todos los participantes pudieron en primer lugar conocer con antelación la información para llevar madurada su postura; en segundo lugar, debatir con anterioridad, en tercer lugar, expresar libremente su opinión sobre cada uno de estos temas; y finalmente votar de forma anónima cada una de las alternativas propuestas.

Si previamente la Asamblea General había aprobado por unanimidad un documento en el que se definen los conceptos de “profesión médica”, “profesional médico” y “profesionalismo médico”, situándolos en su contexto actual, esta misma Asamblea estableció los temas a tratar y el modo de participación masiva en el congreso. Con ello, no sólo se han podido conocer en detalle lo que opinan los médicos de nuestro país, sino que estas conclusiones van a marcar las líneas generales de la Organización Médica Colegial para los próximos años.

La profesión médica ha dado sobradas muestras de su capacidad de autorregulación, tal como lo exige un ejercicio profesional que antepone el interés del paciente y de su salud a cualquier otra consideración. **Y esto exige precisamente una colegiación “universal y obligatoria”.**

Es evidente que la Medicina no debe regirse por las leyes del mercado, porque aquí no se trata de mercancías o servicios comerciales, sino de personas y de atención sanitaria, y solo una autorregulación profesional e independiente –tal como la que se ofrece a través de los Colegios de Médicos- garantiza que todos los ciudadanos reciban por igual la misma atención

La ordenación de las profesiones es necesaria en función del objeto que regula, y en el caso de la Medicina ese “objeto” es, nada más y nada menos, que la salud de las personas. Por ello, sin entrar en asuntos comunes que comparten muchas de las profesiones actualmente regidas por la Ley de Colegios Profesionales, en el caso de la Medicina deben considerarse una serie de factores diferenciales, toda vez que es el derecho a la salud de los ciudadanos lo que aquí está en juego.

Actualmente la Ley otorga a los Colegios profesionales de médicos la potestad de controlar el ejercicio profesional y no lo hace en razón de ningún privilegio de clase sino precisamente por aquello que regula: la salud de unos ciudadanos cuyas necesidades y situaciones son desiguales y heterogéneas. De esta forma se garantiza a la sociedad una protección clara y uniforme garantizando su derecho a recibir una asistencia sanitaria de calidad que responda a sus necesidades.

Pero, ¿qué sucedería si la colegiación no fuese obligatoria? ¿Tendrían interés los profesionales en seguir con ella? La pregunta que debe plantearse es si queremos un modelo de Colegios de Médicos como el actual, capaz de hacer cumplir unas normas y compromisos profesionales a todos los médicos, tal como sucede en los países más avanzados, o si por el contrario sólo queremos unos Colegios de

élite que estarían a la disposición de algún pequeño colectivo privado, que accedería a ellos de forma voluntaria.

Dadas las características y el objeto de la profesión médica, son los propios médicos quienes están en las mejores condiciones de evaluar la calidad humana y profesional de la asistencia médica. Sólo los propios médicos pueden evaluar a otros médicos con el criterio y la fuerza moral exigible, y la sociedad debe saber que esta autorregulación profesional es más justa y eficaz que el sistema judicial, al que por cierto no sustituye, sino que complementa, estableciendo un mayor nivel de exigencia

El profesional se debe por encima de todo al paciente. En el acto profesional el interés de la Administración puede entrar en colisión con el interés del paciente. En caso de conflicto es inadmisibles que la Administración sea juez y parte al mismo tiempo, y es por ello que no puede integrar las funciones de los Colegios de Médicos.

Es imprescindible separar la relación de empleo, sometida a normas generales, del propio acto médico sometido a la Deontología y que debe estar presidido por la autonomía facultativa. La Deontología tiene que estar definida por la propia profesión, y sometida a un régimen disciplinario independiente de la Administración.

Los Colegios de Médicos ocupan una posición intermedia entre la Administración y la sociedad y esto es así para asegurar su independencia, lo que supone también una garantía para los ciudadanos. Precisamente, por esta independencia y estatus legal, los Colegios de Médicos son vistos como un instrumento de contrapoder inómodo en las democracias y no admitido por las dictaduras y los Estados frágiles.

El ejercicio de la Medicina debe responder a las características especiales del cuidado que presta y no puede estar de ningún modo sometido a las leyes de mercado. Términos como “*productividad*”, “*rentabilidad*”, etc., son propios de una economía de mercado, pero esto no es aplicable cuando lo que está en juego es la vida humana o la salud de las personas. El paciente tiene derecho a una asistencia sanitaria de calidad aunque ésta no sea “*rentable*” para el sistema, porque aquí no se trata, como he señalado antes, de mercancías o servicios comerciales, sino del cuidado de la salud de personas generalmente en estado de debilidad.

El Consejo General de Colegios de Médicos, cuyos Estatutos destacan claramente los valores fundamentales de la profesión médica, la deontología y el código ético, está comprometido en la defensa del paciente y de la atención sanitaria que se le preste, y para ello es imprescindible promover, desarrollar y facilitar el cumplimiento de las obligaciones profesionales a las que todas las personas tienen derecho y que solo al amparo de la autorregulación obligatoria, profesional e independiente, que ofrecen los Colegios de Médicos, es posible ofrecer.

Si en nuestra Constitución el asociacionismo y el sindicalismo están incluidos en la sección de derechos y libertades, no conviene olvidar que los Colegios tienen sus raíces en la sección de derechos y deberes, porque en el caso de la Medicina, el ejercicio de nuestra profesión es un derecho del profesional y al mismo tiempo un deber por la trascendencia social de su función. Y hablaba en la apertura del Congreso de compromisos con el paciente, de lealtad y servicio con el Sistema Nacional de Salud(SNS), de independencia y autonomía en la representación

que la Ley y la profesión nos otorgaban para ensalzar lo que considerábamos correcto y cuestionar y criticar decididamente lo que entendemos como incorrecto.

Pero no sólo de estos aspectos se ha tratado en el congreso, sino también de otros de capital importancia como son los nuevos modelos de protección social para médicos, el buen gobierno de centros e instituciones sanitarias, responsabilidad profesional del médico, la demografía médica, el modelo retributivo, la respuesta ante los nuevos retos asistenciales, la validación periódica de la colegiación, el nuevo escenario en la píldora contraceptiva de emergencia, el médico ante la nueva Ley del aborto, los cuidados paliativos, el debate sobre la eutanasia, la objeción de conciencia, la relación entre la Medicina y las otras profesiones sanitarias, la seguridad del paciente, la ética de la prevención, y la troncalidad en la formación MIR.

A través de las páginas del presente libro se ofrece a toda la profesión médica, a las Autoridades sanitarias y a la sociedad en su conjunto, un análisis pormenorizado y un claro posicionamiento que muestra el sentir de los médicos ante cuestiones de gran calado en el marco de su ejercicio profesional. Fruto del mismo son las más de 90 recomendaciones extraídas del mismo y que a buen seguro formarán parte de la hoja de ruta de la OMC en los próximos años.

Por todo lo expuesto, espero sea de utilidad para todos los profesionales que formamos esta gran familia.



Participantes y forma de elaboración del informe

1. Participantes en II Congreso de la Profesión Médica

Comité Organizador

Dr. Juan José Rodríguez Sendín

Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos.

Dr. Ricard Gutiérrez i Martí

Vicepresidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos.

Dr. Serafín Romero Agüit

Secretario del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos.

Dr. Jerónimo A. Fernández Torrente

Vicesecretario del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos.

Dr. José María Rodríguez Vicente

Tesorero del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos.

Comité Científico

Dr. Luciano Vidán Martínez

Presidente del Colegio Oficial de Médicos de A Coruña

Dr. Joan Gual Juliá

Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Baleares

Dr. Fernando Vizcarro Bosch

Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Tarragona

Dr. Carlos Ramón Arjona Mateos

Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Cáceres

Dr. Ramón Garrido Palomo

Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Ciudad Real

Dr. Francisco Javier de Teresa Galván

Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Granada

Dra. Juliana Fariña González

Presidenta del Colegio Oficial de Médicos de Madrid

Dr. Juan Manuel Garrote Díaz

Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Segovia

Dr. Joseph Fumadó i Queralt

Representante Nacional de Atención Primaria Rural

Dr. Manuel Sánchez García

Representante Nacional de Médicos de Hospitales

Dr. Jacinto Bátiz Cantera

*Secretario de la Comisión Central de Deontología,
Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos*

Presentadores de los Módulos:

Módulo Social, Buen Gobierno y Responsabilidad Profesional

José Ignacio Vidal Pardo. *Presidente del COM de Lugo*

Módulo Profesional y Laboral

Carlos Ramón Arjona Mateos. *Presidente del COM de Cáceres*

Módulo Deontológico (valores de la medicina)

Jacinto Bátiz Cantera. *Secretario de la Comisión Central de Deontología, CGCOM*

Módulo Corporativo e Institucional

Juan Manuel Garrote Díaz. *Presidente COM de Segovia*

Componente de las Mesas:

Nuevos modelos de protección social para médicos

Moderador: Francisco Javier Arroyo García. *Presidente del COM de Valladolid*

Reflexión Preliminar: José María Rodríguez Vicente. *Tesorero del CGCOM*

Relator: Antonio Fernández-Pro Ledesma. *Representante Nacional de las Administraciones Públicas*

Discusor: Rodrigo Martín Hernández. *Presidente del COM de Santa Cruz de Tenerife*

Preguntas: Francisco Paredes Pacheco. *Representante Nacional de Médicos Jubilados*, y Miguel Morgado Gómez, *Presidente del COM de Cádiz*

Criterios para el buen gobierno de centros e instituciones sanitarias

Moderador: Francisco Javier de Teresa Galván. *Presidente del COM de Granada*

Reflexión Preliminar: José Manuel Freire Campo. *Jefe del Dpto. Internacional. Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III*

Relator: Luis Ángel Oteo Ochoa. *Jefe del Dpto. de Desarrollo Directivo y Gestión de Servicios Sanitarios. Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III*

Discusor: Jaime Orfila Timoner. *Director del Master en Dirección y Organización de Hospitales y Servicios de Salud*

Preguntas: Kepa Urigoitia Saudino. *Presidente del COM de Araba* y Juan José Aliende Miranda, *Presidente del COM de Burgos*

Responsabilidad profesional del médico

Moderador: Manuel Sánchez García. *Representante Nacional de Médicos de Hospitales*

Relator: Ricardo de Lorenzo Montero. *Abogado. Especialista en Derecho Sanitario*

Discusor: Ricardo Rodríguez Fernández. *Magistrado de la Sala de lo Penal de la Audiencia Nacional.*

Preguntas: Antonio Arroyo Guijarro, *Presidente del COM de Alicante* y Rafael Olalde Quintana, *Secretario del COM de Bizkaia*

Demografía médica en España. Análisis y necesidades

Moderador: **Rodolfo Castillo Wandossell**. *Presidente del COM de Murcia*

Reflexión Preliminar: **Serafín Romero Agüit**. *Secretario General del CGCOM*

Relator: **José Luis Lancho de León**. *Economista del Estado*

Discusor: **Joaquín García Estañ**. *Presidente de la Conferencia de Decanos de la Facultad de Medicina*

Preguntas: **José Alberto Becerra Becerra**, *Secretario del COM de Badajoz* y **Jose M^a Nieto Cortijo**,
Representante Nacional de Medicina Privada cuenta ajena

Modelo retributivos en el ejercicio profesional

Moderador: **Juliana Fariña González**. *Presidenta del COM de Madrid*

Reflexión Preliminar: **José Luis Díaz Villarig**. *Presidente del COM de León*

Relator: **Tomás Toranzo Cepeda**. *Vicepresidente del COM de Zamora*

Discusor: **Patricio Martínez Jiménez**. *Secretario General del CESM*

Preguntas: **José Ignacio Catalán Ramos**, *Representante Nacional de Medicina Privada por cuenta propia* y **Levy Cabrera Quintero**. *Representante Nacional de Atención Primaria Urbana*

Respuesta profesional ante los nuevos retos asistenciales

Moderador: **Inmaculada Martínez Torre**. *Presidenta del COM de La Rioja*

Reflexión Preliminar: **José Ramón Repullo Labrador**. *Jefe de Dpto. de Planificación y Economía de la Salud. Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III.*

Relator: **José Conde Olasagasti**. *Jefe del Servicio de Nefrología del Hospital Virgen de la Salud de Toledo*

Discusor: **Verónica Casado Vicente**. *Presidenta de la CNE de Medicina Familiar y Comunitaria*

Preguntas: **Salvador Galán Ocaña**, *Secretario del COM de Granada* y **Josep Fumado Queral**, *Representante Nacional Atención Primaria Rural*

Validación periódica de la colegiación: credencialismo

Moderador: **Luis Campos Villarino**. *Presidente del COM de Pontevedra*

Reflexión Preliminar: **Ricard Gutiérrez Martí**. *Vicepresidente del CGCOM*

Relator: **Arcadi Gual Sala**. *Director Adjunto del SEAFORMEC*

Discusor: **Miguel Vilardell Tarres**. *Presidente del COM de Barcelona*

Preguntas: **Manuel Muñoz García de la Pastora**, *Presidente del COM de Ávila* y **Manuel Gómez Benito**, *Presidente del COM de Salamanca*.

Nuevo escenario de la píldora anticonceptiva de emergencia

Moderador: **Rosa María Pérez Pérez**. *Presidenta del COM de Lleida*

Reflexión Preliminar: **Mariano Casado Blanco**. *Vocal de la Comisión Central de Deontología, CGCOM*

Relator: **Tomas Casado Gómez**. *Vocal de la Comisión Central de Deontología, CGCOM*

Discusor: **Marciano Sánchez Bayle**. *FADSP*

Preguntas: **Fernando Vizcarro Bosch**, *Presidente del COM de Tarragona* y **Francisco Parra Rodríguez**, *Presidente del COM de Albacete*

El médico ante la nueva ley del aborto

Moderador: **Enrique de la Figuera Von Wichmann**. *Presidente del COM de Zaragoza*

Reflexión Preliminar: **Luis Ciprés Casanovas**. *Vocal de la Comisión Central de Deontología, CGCOM*

Relator: **Joan Mones Xiol**. *Vocal de la Comisión Central de Deontología, CGCOM*

Discusor: **José M^a Laila Vicens**. *Vicepresidente Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología*.

Preguntas: **Emilio M. García de la Torre**, *Presidente del COM de Jaén* y **Sebastián Martínez Fernández**, *Presidente del COM de Zamora*

Cuidados paliativo: de una necesidad a un derecho

Moderador: **Juan Luis González Fernández**. *Presidente del COM de Huelva*

Reflexión Preliminar: **Marcos Gómez Sancho**. *Presidente de la Comisión Central de Deontología, CGCOM*

Relator: **Javier Rocafort Gil**. *Presidente S E. Cuidados Paliativos (SECPAL)*.

Discusor: **M^a Teresa Fortún Pérez de Ciriza**. *Presidenta del COM de Navarra*

Preguntas: **Ricardo Ginestal Gómez**, *Presidente del COM de Guadalajara* y **Enrique Telleria Arratibel**. *Presidente del COM de Gipuzkoa*

El enfermo, la eutanasia y el médico

Moderador: **José Antonio Herranz Martínez**. *Presidente del COM de Castellón*

Reflexión Preliminar: **Jacinto Bátiz Cantera**. *Secretario de la Comisión Central de Deontología, CGCOM*

Relator: **Miguel A. Cuervo Pinna**. *Equipo de Cuidados Paliativos de Badajoz. Servicio Extremeño de Salud*

Discusor: **Diego Gracia Guillén**. *Presidente Fundación Ciencias de la Salud*

Preguntas: **Jesús Delgado Aboy**, *Presidente del COM de Melilla* y **Francisco J. Martínez Amo**, *Presidente del COM de Almería*

Objeción de conciencia

Moderador: **Joan M. Gual Julia**. *Presidente del COM de Baleares*

Reflexión Preliminar: **Julio García Guerrero**. *Vocal de la Comisión Central de Deontología, CGCOM*

Relator: **José Manuel Solla Camino**. *Vocal de la Comisión Central de Deontología, CGCOM*

Discusor: **Eliseo Collazo Chao**. *Vocal de la Comisión Central de Deontología, CGCOM*

Preguntas: **José Antonio Monrabal Sanz**, *Secretario del COM de Valencia* y **Ismael Sánchez Hernández**, *Presidente del COM de Teruel*

La medicina y las otras profesiones sanitarias

Moderador: **Pedro Hidalgo Fernández**. *Presidente del COM de Badajoz*

Reflexión Preliminar: **José Ramón Huerta**. *Presidente del COM de Soria*

Relator: **Juan José Sánchez Luque**. *Presidente del COM de Málaga*

Discusor: **Cosme Naveda Pomposo**. *Presidente del COM de Bizkaia*

Preguntas: **Carlos González Vilardell-Urbano**, *Presidente del COM de Sevilla* y **José Ignacio Domínguez Torres**, *Presidente del COM de Huesca*

Compromiso del médico con la seguridad del paciente y ética de la responsabilidad y de la prevención

Moderador: **Ramón Garrido Palomo**. *Presidente del COM de Ciudad Real*

Reflexión Preliminar: **Jerónimo A. Fernández Torrente**. *Vicesecretario General del CGCOM*

Relator: **Francesc Ferrer Ruscalleda**. *Coordinador de Seguridad del Paciente. Consorcio Sanitario Integral de Barcelona*

Discusor: **Andreu Segura Benedicto**. *Presidente del SESPAS*

Preguntas: **Carlos Molina Ortega**, *Presidente del COM de Cuenca* y **Cesáreo García Poyatos**, *Presidente del COM de Córdoba*

Troncalidad en la formación MIR

Moderador: **Manuel Carmona Calderón**. *Representante Nacional de Médicos en formación*

Reflexión Preliminar: **Ramón Pujol Farriols**. *Presidente Electo Federación Europea de Medicina Interna*

Relator: **Alfonso Moreno González**. *Presidente del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud*

Discusor: **Avelino Ferrero Méndez**. *Presidente de FACME*

Preguntas: **Pedro Cabrera Navarro**, *Presidente del COM de Las Palmas* y **José Luis Santos Casas**, *Representante Nacional de Médicos con Empleo Precario*

Colegiación obligatoria en medicina: una necesidad social

Moderador: **Luis Rodríguez Padial**. *Presidente del COM de Toledo*

Reflexión Preliminar: **Juan José Rodríguez Sendín**. *Presidente del CGCOM*

Relator: **Rogelio Altisent Trota**. *Ex-Presidente de la Comisión Central de Deontología*

Discusor: **José M^a Vergeles Blanca**. *Director General de Planificación, Formación y Calidad. Consejería de Sanidad y Dependencia. Junta de Extremadura.*

Preguntas: **M^a Carmen Rodríguez Menéndez**, *Presidenta del COM de Asturias* y **Pedro Trillo Parejo**, *Presidente del COM de Ourense*

2. Forma de elaboración del informe

El II Congreso de la Profesión Médica

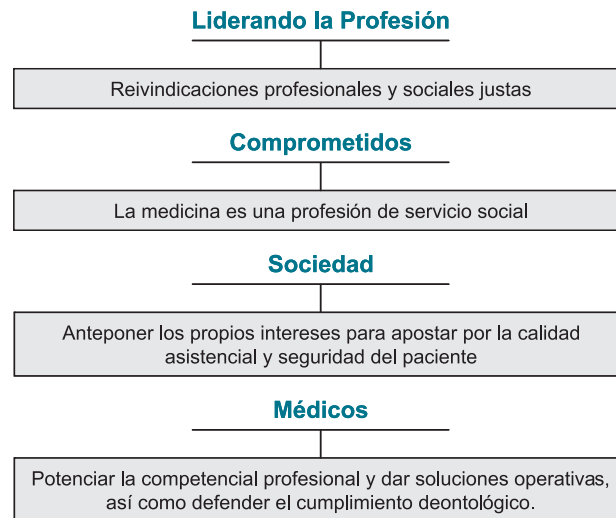
Durante los días 16 y 17 de abril se celebró el II Congreso de la Profesión Médica en Madrid. El formato del Congreso comprendió una sesión preliminar de asambleas ordinarias y cuatro módulos, en los que se desarrollaron dieciséis mesas redondas con ponencias y preguntas en torno a los dieciséis grandes retos de la profesión médica.

De entre las técnicas grupales existentes se ha optado por la de “debate o controversia”. Tras la presentación del módulo correspondiente, se desarrolló cada una de las mesas con una duración de 45 minutos y con la intervención de un moderador y dos ponentes, un ponente relator que expuso el tema correspondiente objeto de debate, y un ponente discusor que aportaba argumentos contrapuestos, y la respuesta a preguntas de la mesa (previamente preparadas) y de la sala.

La novedad de esta convocatoria fue el proceso de votación, realizada al final de cada una de las dieciséis mesas temáticas del Congreso, articulado en base a los siguientes pasos:

- Envío a los miembros de la sala, en los días previos a la celebración del Congreso, de un documento que recogía las reflexiones preliminares y preguntas de cada una de las mesas, con el objetivo de que los asistentes al Congreso conociesen de antemano las preguntas relativas a cada tema y se asegurara un proceso de votación ágil.
- Asignación de un localizador que especificaba la fila y el número de asiento que le correspondiese a cada asistente para identificar los diferentes perfiles de los miembros de la sala.
- Proyección de las preguntas en las diferentes pantallas del auditorio y lectura del ponente de las preguntas y correspondientes respuestas.
- Elección de respuesta a través del sistema de votación interactivo instalado en el pupitre de cada uno de los asistentes.
- Presentación instantánea del resultado general de la votación de cada una de las preguntas planteadas.

El lema del II Congreso de la Profesión Médica fue: “**Liderando la Profesión. Comprometidos con la sociedad y con los médicos**”. En este lema se resume la misión de los colegios oficiales de médicos como organismos de representación de los representantes colegiales y la sociedad.

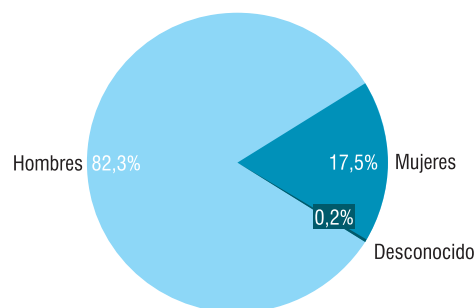


Las estadísticas de participación en el II Congreso de la Profesión Médica

El II Congreso de la Profesión Médica contó con una participación registrada superior a las 450 personas, procedentes fundamentalmente de las estructuras intermedias de los colegios oficiales de médicos del conjunto del territorio español.

Atendiendo a la distribución de los participantes por sexo, hubo una mayoría de hombres (82,3%) frente a un 17,5% de mujeres (figura 1).

Figura 1: Distribución de los participantes en el II Congreso de la Profesión Médica por sexo



Fuente: OMC



Por provincias, Madrid, Badajoz, Granada, León, Segovia, Murcia y Ciudad Real fueron las que contaron con una mayor asistencia al Congreso, contabilizando más del 30% de la participación. En las siguientes figuras se puede apreciar esta distribución por provincia (figura 2), así como por provincia y sexo (figura 3).

Figura 2: Distribución de los participantes en el II Congreso de la Profesión Médica por provincia

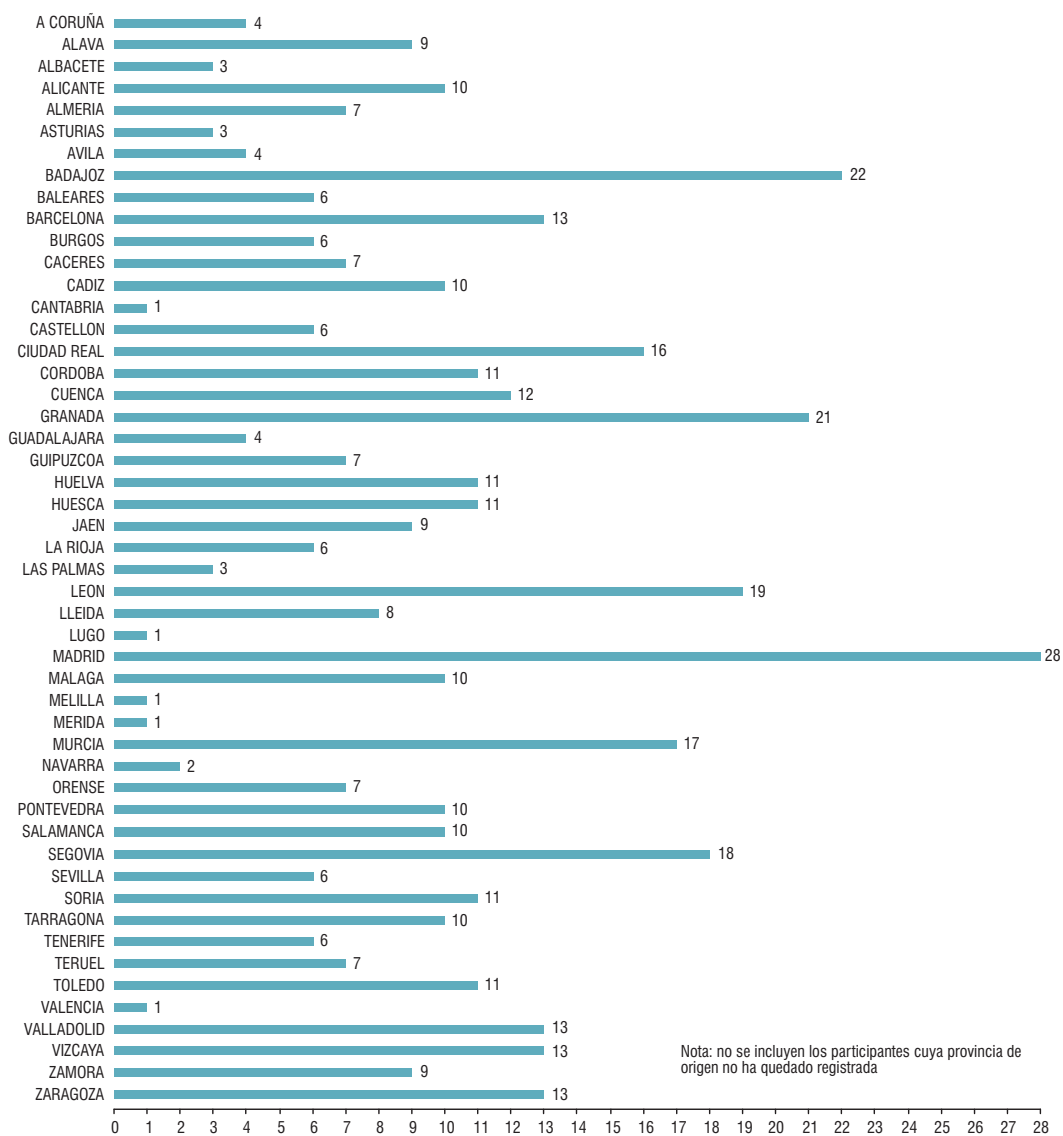
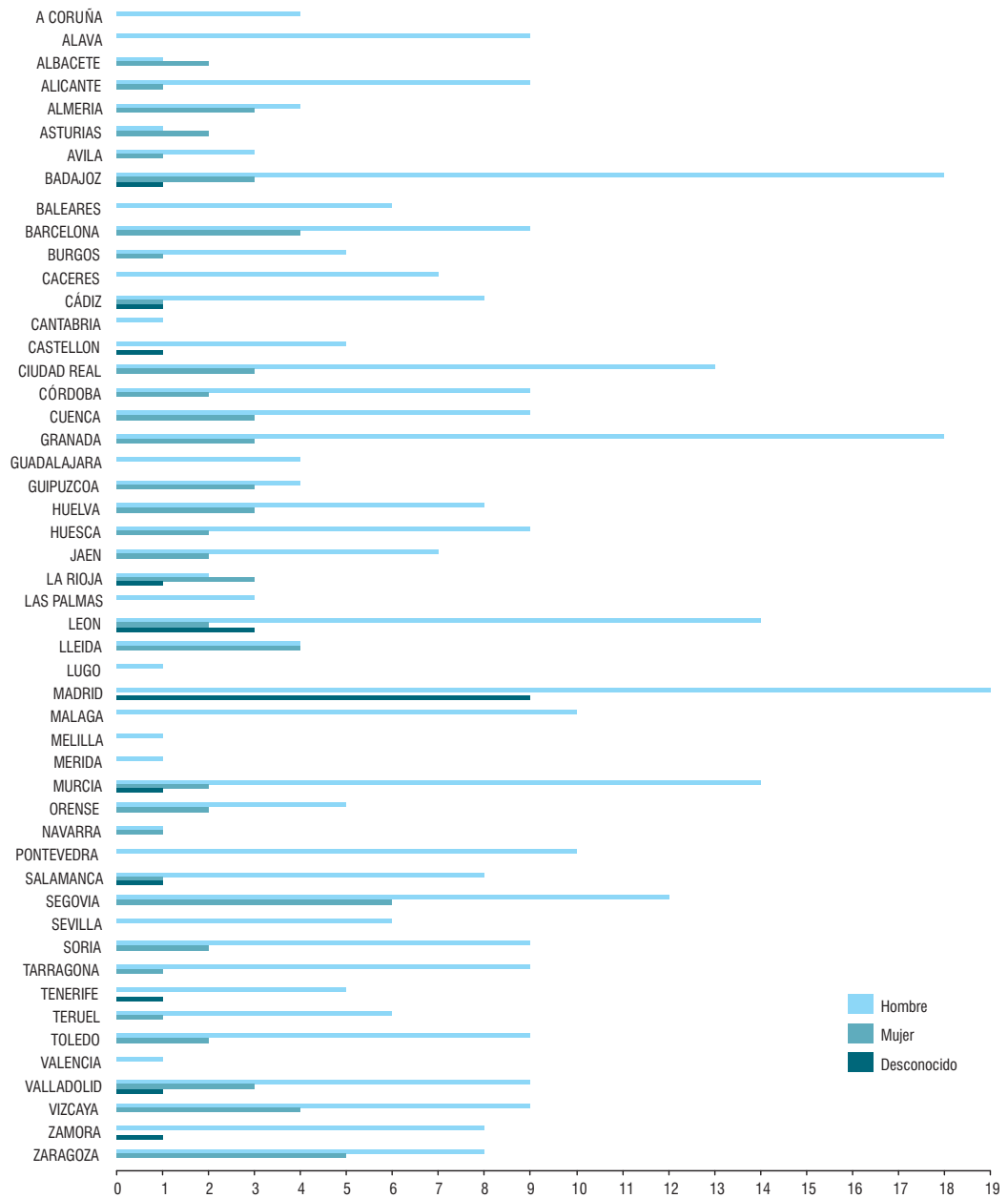


Figura 3: Distribución de los participantes en el II Congreso de la Profesión Médica por provincia y sexo

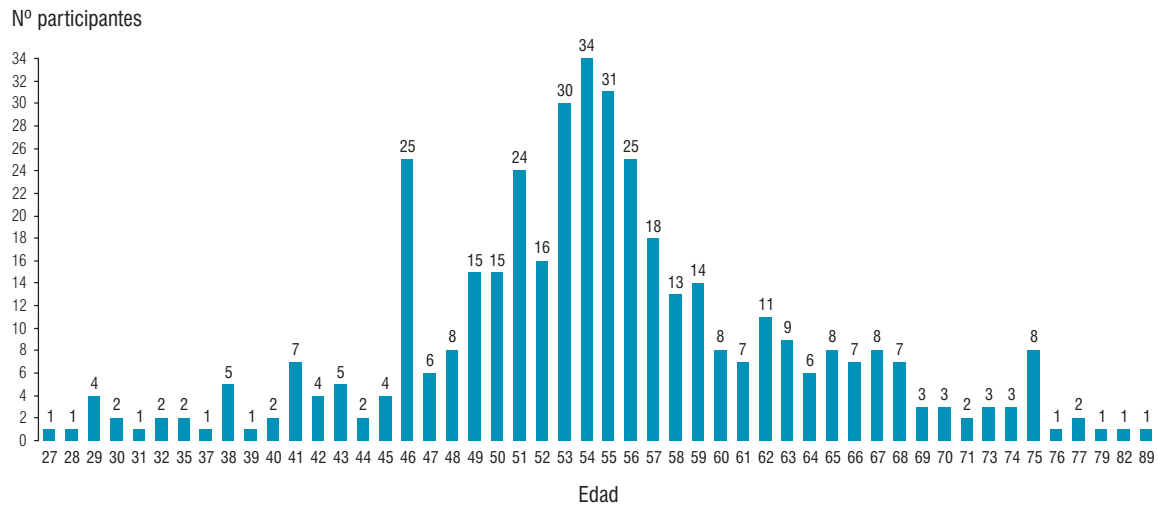


Fuente: OMC



Los participantes en el Congreso se concentran, por edades, en los tramos etarios comprendidos entre los 46 y los 60 años, situándose la edad media del conjunto de asistentes al Congreso en torno a los 55 años (figura 4).

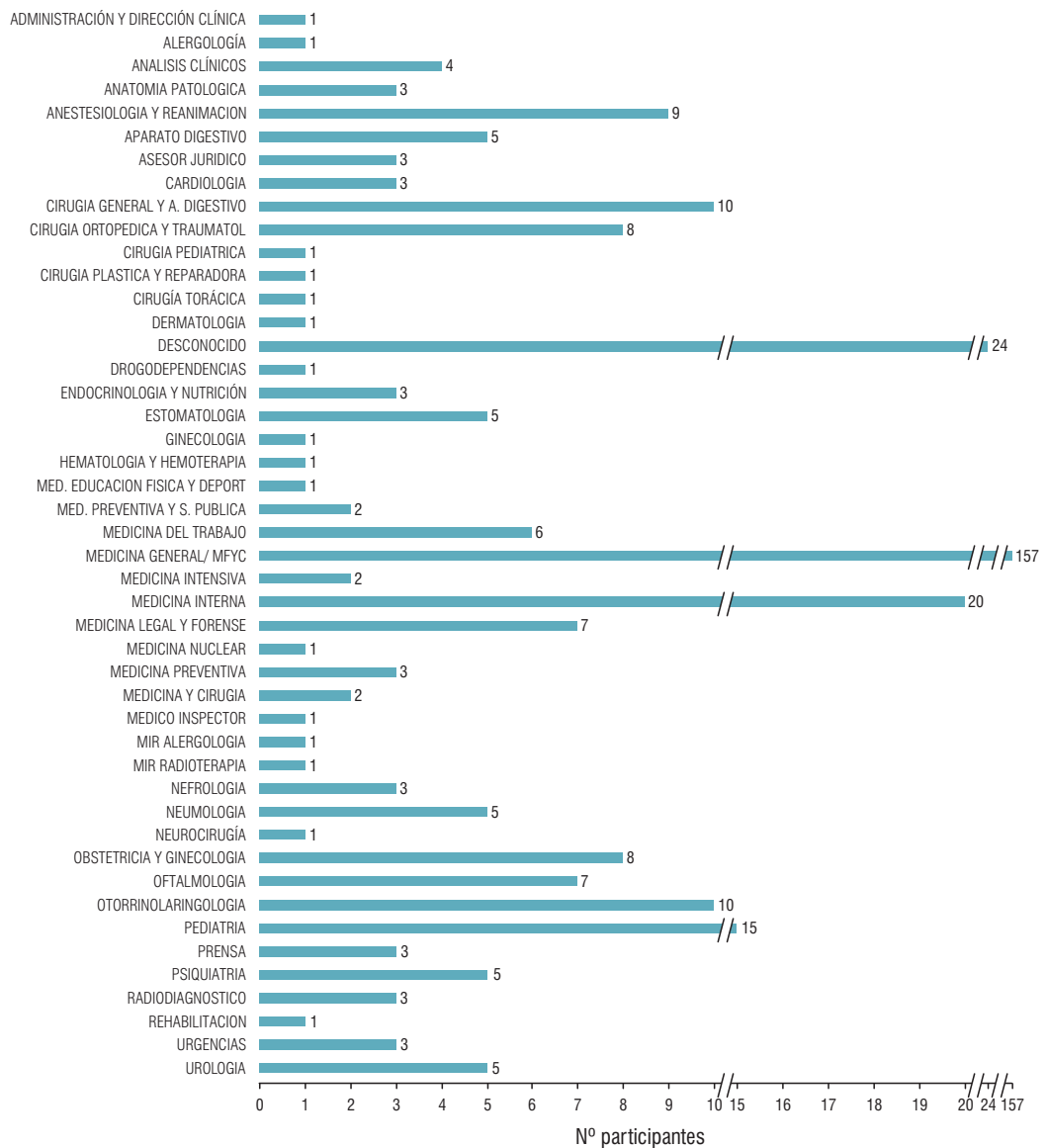
Figura 4: Distribución de los participantes en el II Congreso de la Profesión Médica por edad



Fuente: OMC

Por especialidades, se ha observado una participación homogénea, en número de participantes, entre médicos de atención primaria (medicina general/ medicina familiar y comunitaria) y médicos especialistas. La figura 5 recoge la distribución de los asistentes por especialidad.

Figura 5: Distribución de los participantes en el II Congreso de la Profesión Médica por especialidad



Fuente: OMC

Sobre la elaboración del informe

La confección del presente documento se ha realizado a partir de las referencias, los contenidos, las aportaciones y resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica celebrado el 16 y 17 de abril de 2010.

Así pues el objetivo del informe que presentamos es contextualizar la situación actual de todos los aspectos que preocupan o suponen un reto para la profesión médica en estos momentos, así como definir una serie de recomendaciones estratégicas a desarrollar por la Organización Médica Colegial durante los dos próximos años. Se trata de un documento de reflexión dirigido fundamentalmente a los representantes colegiales y sus representantes, pero también a las administraciones sanitarias, a las sociedades científicas y a otros organismos competentes en la elaboración de las respuestas necesarias que requieren dichos retos.

El informe se ha desarrollado atendiendo a la siguiente metodología:

- Lectura y entendimiento de las reflexiones preliminares, ponencias y aportaciones expuestas tanto en la mesa como en la sala.
- Contextualización de la información anteriormente citada con los resultados de las votaciones.
- Contextualización de la información extraído del Congreso con noticias, informes, documentos y estadísticas relevantes que aportasen valor a nivel nacional y comparativo internacional en los casos que aplicara.
- Planteamiento de propuestas estratégicas, a modo de recomendaciones, de cada uno de los temas planteados.

Principales retos de la profesión médica



1

Nuevos modelos de protección social para médicos

El marco de la protección social en España

La conceptualización de la protección social hace referencia a una diversidad de factores en la medida en que contribuyen a la satisfacción de las necesidades humanas. Si tomamos como base la evolución del concepto de bienestar social y su consecuente aplicación en el Estado de Bienestar, la protección social se puede definir como “el conjunto de políticas y programas diseñados para reducir la pobreza y la vulnerabilidad, promoviendo la eficacia de los mercados laborales, disminuyendo la exposición de las personas a riesgos y fortaleciendo su capacidad para protegerse de interrupciones o pérdidas de ingresos” (Banco de Desarrollo Asiático y Banco Mundial, 2001); y también como “todas las actividades de organismos destinadas a aligerar las cargas que representan para los hogares e individuos una serie determinada de riesgos o necesidades, siempre que no haya un acuerdo simultáneo ni recíproco, ni individual” (Sistema Europeo de Estadísticas de Protección Social- SEEPROS).

La definición del SEEPROS da lugar a una clarificación de lo que sería el conjunto de medidas para la calidad de vida. Según Navarro y Quiroga¹, la Protección Social debe incluir las funciones que se expresan en la figura 6:

Figura 6: Funciones y servicios básicos de la Protección Social

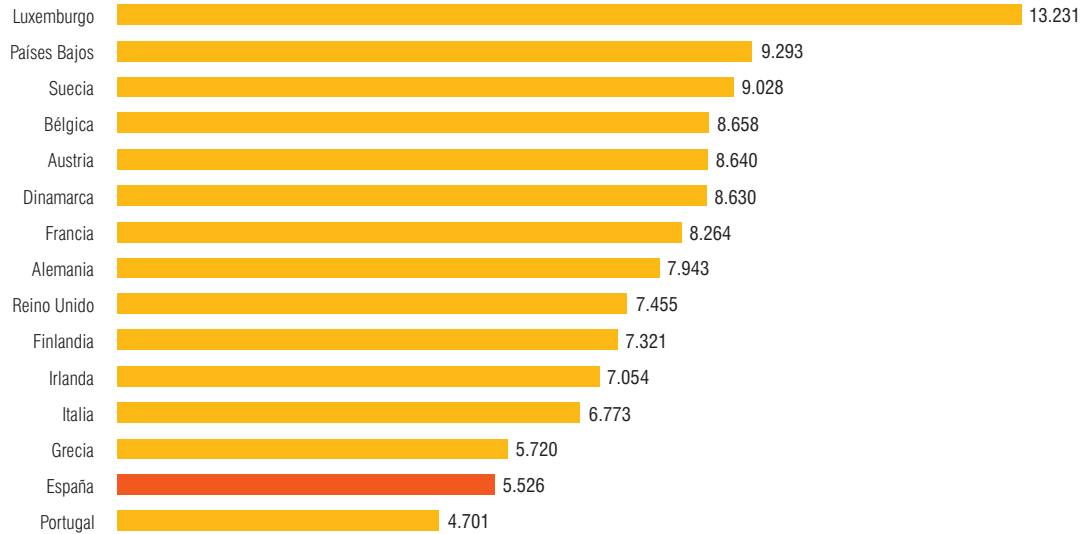
Enfermedad y atención sanitaria	Actividades relacionadas con el mantenimiento de la salud y el tratamiento de enfermedades
Invalidez	Prestaciones de mantenimiento de la renta y las ayudas en efectivo o en servicios relacionados con la atención de las personas con disminución de sus capacidades físicas o psíquicas
Vejez	Prestaciones de jubilación y ayudas dinerarias o en servicios relacionados con la vejez
Supervivencia	Incluye las prestaciones por viudedad y orfandad y las ayudas en efectivo o en servicios relacionados con la muerte de un miembro de la familia
Familia e hijos	Prestaciones en efectivo o servicios de atención al embarazo, nacimiento, adopción y maternidad
Paro	Mantenimiento de una renta mínima para los parados y servicios relacionados con la situación de desempleo
Vivienda	Financiación de la vivienda
Otros	Exclusión social no clasificada en otros apartados

Fuente: Navarro, V; Quiroga, A (2003)

Los países de la Unión Europea han experimentado en los últimos años un gran desarrollo en la protección social, habiendo aumentado las prestaciones que configuran su acción protectora. Según un informe elaborado por la OIT², países como Estonia, Letonia, Lituania y Rumania gastan menos de 15 por ciento del PIB en seguridad social, mientras que Dinamarca, Francia y Suecia, gastan más del 30 por ciento. Con todo ello, en estos países no se satisfacen todas las medidas deseables de protección social.

Si se analizan los datos comparativos entre países, nos encontramos con que España se encuentra a la cola de la Europa de los Quince en materia de protección social, sólo por delante de Portugal. Así, países como Luxemburgo, Países Bajos o Suecia prácticamente duplican el gasto en protección social per capita en España (figura 7).

1. Navarro V; Quiroga A. La protección social en España y su desconvergencia con la Unión Europea. *Revista de Ciencias Sociales* 2003; 177:3-37
 2. OIT: 8ª Reunión Regional Europea: Informe sobre la protección social en Europa-Asia Central (Febrero 2009)

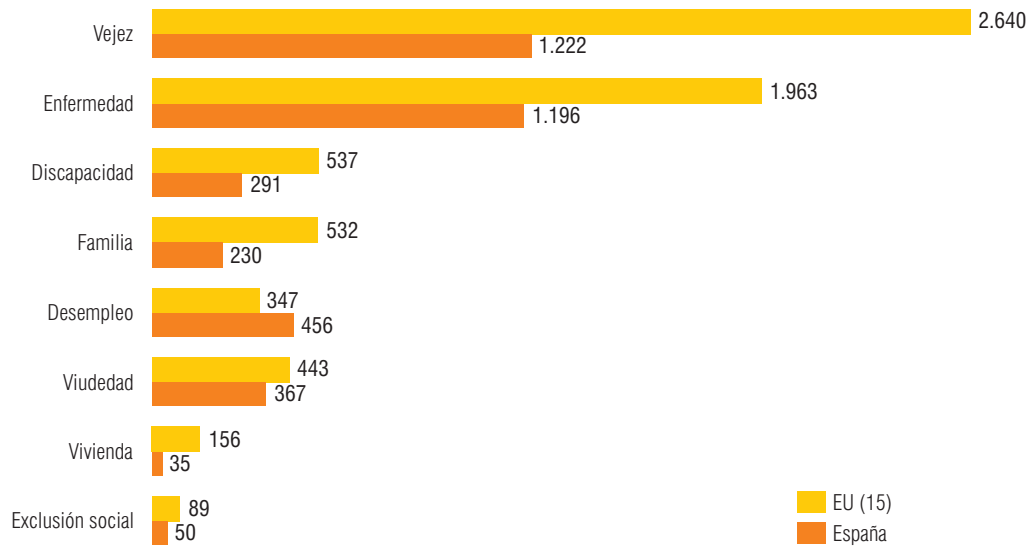
Figura 7: Gasto per capita en protección social (2007)*

* Medido en PPS- Purchasing Power Standards: unidad independiente de la moneda nacional que elimina las distorsiones derivadas de los diferentes niveles de precios entre países.

Fuente: Eurostat

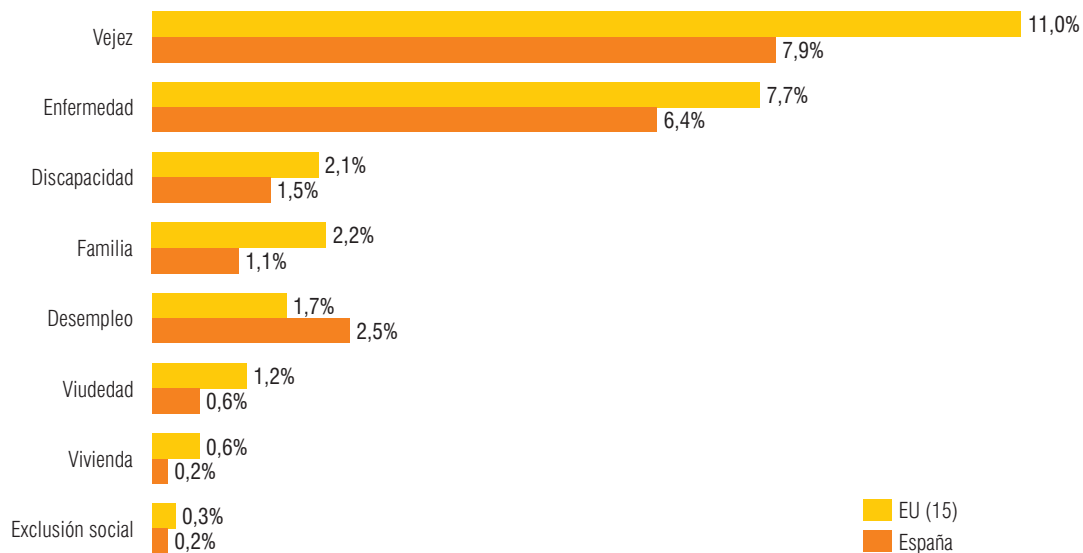
La protección social puede clasificarse en cuatro niveles, hallándose España en un tercer nivel de baja protección social. Los grandes déficits del sistema de protección social español lo constituyen sobre todo la falta de ayudas a las familias y a la atención de las personas en situación de dependencia. Si bien a partir de la publicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia nuestro país está impulsando el desarrollo de las prestaciones y servicios sociales en todo el ámbito nacional (aunque de forma desigual y a ritmos distintos), aún nos encontramos lejos de Europa, por ejemplo en los servicios de apoyo en el domicilio o en materia de prestaciones por vejez (figura 8). Se pueden observar grandes diferencias en el gasto sobre el PIB que España dedica a las diferentes prestaciones de protección social, como recoge la figura 9.

Figura 8: Detalle del gasto en protección social en España vs. la Unión Europea (euros por habitante-2007)



Fuente: Eurostat, datos 2007

Figura 9: Porcentaje del PIB del gasto de protección social por función (2005)*



Fuente: Eurostat, datos 2007

La tendencia de los países de la Unión Europea en lo relativo a la atención a las personas en situación de dependencia es priorizar los servicios basados en el domicilio de las personas, evitando, por un lado, la institucionalización de las personas dependientes y, por otro lado, el sobrecargar a las familias. España sigue también esa tendencia, aunque a un ritmo más lento que la mayoría de los países de la UE-15.

La protección social de la profesión médica

Una necesaria evolución del actual modelo de protección social de médicos

La creación del Colegio “Príncipe de Asturias” para Huérfanos de Médicos tuvo como consecuencia la colegiación obligatoria (R.O. de 28/05/1917) y la creación de los Colegios de Médicos en las provincias donde no los hubiera, y así la profesión médica ha prestado siempre a través del Colegio de Médicos, y después desde el Patronato de Huérfanos y de Previsión Social, o actualmente desde la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias la protección social según los distintos tiempos y su disponibilidad económica, dirigiéndose principalmente a cubrir las necesidades de los Huérfanos/as y viudas/os de los médicos colegiados respecto a prestaciones educacionales y asistenciales.

La Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias en su artículo 7 recoge en relación a sus fines que la Fundación tendrá un carácter benéfico de asistencia social y educativa, orientada a satisfacer las necesidades más inmediatas y básicas de sus beneficiarios.

En la actualidad la Fundación presta asistencia a más de 3.400 beneficiarios: huérfanos de médicos en edad estudiantil o huérfanos mayores, médicos enfermos o jubilados, y viudas de colegiados. Tradicionalmente ofrece dos tipos de ayudas: las prestaciones educacionales y las asistenciales.

Al igual que sucede en los Estados miembros de la Unión Europea, que están experimentando profundos cambios demográficos, económicos y sociales y no pueden llegar a satisfacer las prestaciones sociales máximas, la profesión médica se encuentra en una situación de déficit en la cobertura de aquellas prestaciones que el Estado del Bienestar no cubre suficientemente. Nos referimos fundamentalmente a las prestaciones no relacionadas con la asistencia sanitaria y las pensiones.

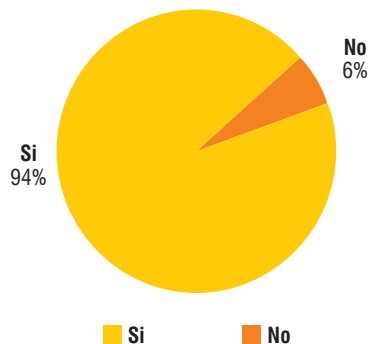
Es por ello por lo que debe realizarse una profunda reflexión sobre los mecanismos de protección social que podemos otorgarnos desde nuestra Fundación como complementarios a los que el Estado no pueda brindarnos. Las cuestiones a desarrollar son aquéllas relativas a la suficiencia de las prestaciones que otorga la Fundación, a la pertinencia de ampliar las prestaciones de acuerdo con las funciones que deben cumplir las protecciones sociales, a desarrollar los objetivos de la Fundación y sus prestaciones y a definir la misión y visión de una renovada Fundación.

En este contexto la Fundación ha dado un primer paso con la puesta en marcha en 2010 de nuevas prestaciones económicas de 450 euros para el pago de residencias en situaciones de dependencia, y que se dirigen a los colegiados, sus cónyuges o sus padres.

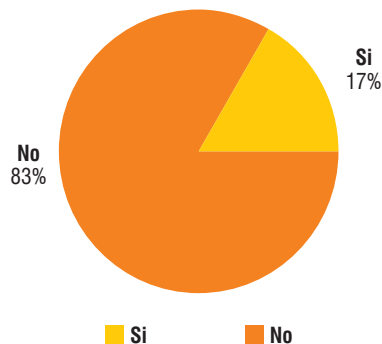
En opinión de los colegiados, la Fundación Patronato no cubre las nuevas necesidades de atención sociofamiliar, mientras opinan que es necesario seguir manteniendo una estructura de protección social específica para los médicos y sus familiares a través de la Fundación (figura 10).

Figura 10: Opinión de la profesión médica sobre la estructura de protección social y la cobertura de necesidades de la Fundación Patronato

En el actual Estado del Bienestar, ¿cree necesario seguir manteniendo una estructura de protección social específica como es la Fundación?



Los cambios demográficos, económicos y sociales generan nuevas necesidades de atención socio familiar. ¿Cree que la Fundación cubre estas necesidades?



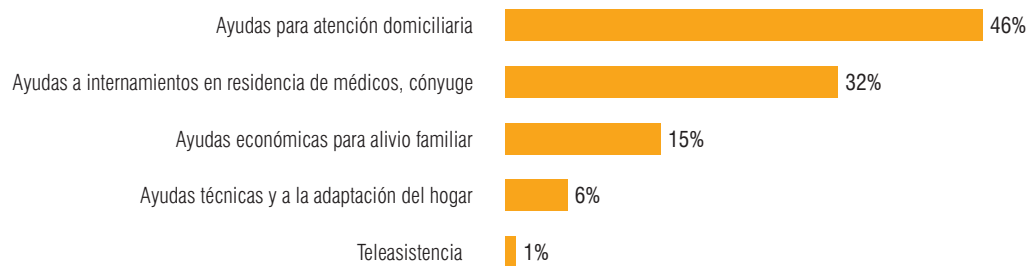
Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

Una necesidad de adecuar las prestaciones a la realidad actual

Los cambios sociales, políticos y jurídicos provocan que los modelos de protección social de los médicos deban cambiar también para adaptarse a las necesidades actuales de este colectivo. El sistema de prestación social de la Fundación no ha evolucionado en los últimos años ni ha renovado su oferta de prestaciones para dar respuesta a las necesidades de sus beneficiarios, tal y como queda reflejado en estudios realizados por los Colegios de Médicos de Barcelona, Zaragoza y Córdoba, en los que queda constancia que frente al clásico modelo de protección social y la tradicional dedicación de la Fundación a personas mayores y sin recursos, la demanda actual está más orientada a las necesidades de atención sociofamiliar que requieren las situaciones de dependencia, así como a facilitar la conciliación de la vida familiar y laboral. Ambos representarían los dos principales polos que han de definir el nuevo modelo de protección social para el médico.

- **Dependencia:** un 46% de los colegiados opina que la atención domiciliaria a los médicos en situación de dependencia sería la prestación prioritaria a incorporar en la oferta de la Fundación, mientras un 32% tiene preferencia por las ayudas a internamientos en residencia de médicos, cónyuges y familiares de primer grado (figura 11).

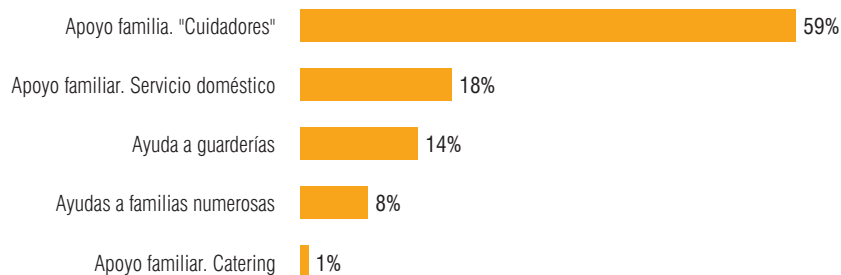
Figura 11: Opinión de los profesionales sobre las nuevas necesidades que consideran prioritarias a incorporar en las prestaciones de la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

- **Conciliación familiar y laboral:** la mayor parte de los profesionales consideran que las necesidades prioritarias, en este ámbito, son las ayudas para el apoyo familiar a través del servicio del “cuidador” (59%), entendido este término en sentido amplio para dar respuesta, tanto a las necesidades de cuidado de los hijos, como a las derivadas de tener el médico a su cargo un familiar en situación de dependencia (figura 12).

Figura 12: Opinión de los profesionales sobre las nuevas necesidades en relación a la conciliación de la vida familiar y laboral que consideran prioritarias a incorporar en las prestaciones de la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

Si bien la dependencia y la conciliación constituyen los dos polos principales sobre los que se ha definido el nuevo modelo de protección social para el médico, adicionalmente se considera que, entre las nuevas prestaciones susceptibles de incluir en la oferta de la Fundación, cobran especial relevancia aquéllas dirigidas a prevenir o mejorar la salud del médico, así como otras prestaciones que le permitan mejorar su nivel de bienestar social.

- **Salud:** puesta en marcha de proyectos encaminados a la protección, promoción y prevención de la salud del médico, incorporación de programas para solucionar los problemas de trastornos adictivos (alcoholismo, drogas...) como el “Programa de atención integral al médico enfermo” (PAIME), orientado a ayudar a los médicos que sufren problemas psíquicos y/o conductas adictivas que pueden interferir en su práctica profesional.
- **Subvenciones a sistemas de pensiones y ahorro para la jubilación, asociada a seguros de fallecimiento:** desarrollo de sistemas de ahorro y protección social que aseguren las circunstancias económicas y sociales del futuro. La profesión médica, al estar constituida por un numeroso colectivo, puede verse beneficiada de la negociación colectiva de este tipo de sistemas de previsión.
- **Solución a los problemas de vivienda,** ofreciendo a los colegiados la posibilidad de crear y participar en cooperativas de propietarios o acuerdos beneficiosos con los bancos para obtener ventajas sobre las condiciones hipotecarias.
- **Programas de prevención del riesgo psicosociolaboral,** dirigidos a mejorar el bienestar laboral del médico y a orientar el desarrollo profesional y humano de los nuevos profesionales para facilitar su adaptación al sistema. Ejemplos de estos programas son los siguientes:
 - PROBILA: Programa de Bienestar Social del médico.
 - Programa de desarrollo profesional y humano del médico interno residente (MIR).
 - Programa de intervención clínica en estudiantes de la academia MIR de la Organización Médica Colegial (OMC).
- **Otras prestaciones,** como las ayudas por embarazo y adopción, el desarrollo de proyectos formativos docentes y ayudas educacionales, el apoyo a las familias con problemas de alcoholismo o drogadicción, aspectos de difusión e imagen de los representantes colegiales o programas de solidaridad, entre otras muchas prestaciones posibles.

Un aspecto que requiere reflexión por parte de los colegios es el planteamiento estratégico que se persigue en el proceso de desarrollo de nuevas prestaciones. Así, cabría preguntarse si lo que se quiere es dar respuesta al problema cuando ya se tiene, o bien orientar las prestaciones a prevenir dichos problemas. Ambos conceptos no son incompatibles, pero dado que los recursos son limitados será necesario reflexionar acerca del peso que deben tener unos y otros tipos de prestaciones.

En cualquier caso, la relación de posibles nuevas prestaciones a incorporar al sistema de protección social de la profesión es muy extensa y lógicamente habrá que priorizar aquéllas que mejor beneficio pueden aportar a sus asegurados. El análisis tiene que partir de lo que ya tenemos y, además de valorar las nuevas prestaciones a incorporar o incluso la conveniencia de suprimir aquellas prestaciones que se encuentren estancadas y puedan ser sustituidas por otras de mayor valor para el médico, será preciso analizar los ac-



tuales mecanismos de funcionamiento y gestión de la Fundación, con el fin de mejorar su servicio y eficiencia para llegar al mayor número de personas y cubrir las necesidades más acuciantes.

Por otra parte, la organización colegial se encuentra en una situación ventajosa por el volumen de colectivo médico al que representa, para conseguir ventajas en productos o servicios, mediante negociación, que puede poner a disposición del colegiado.

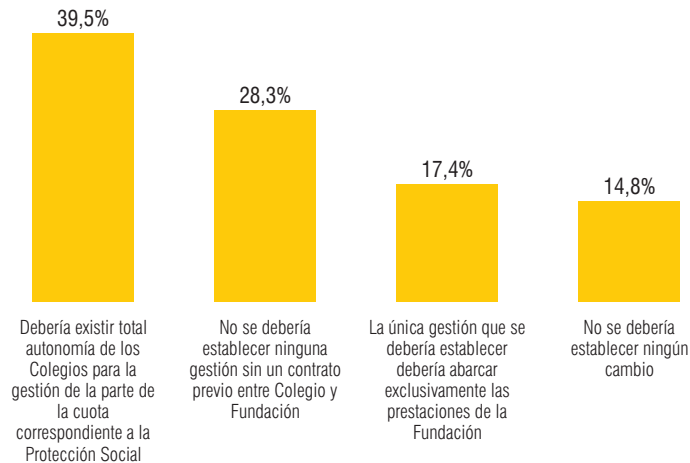
La necesidad de reflexionar sobre el modelo actual de gestión de la Fundación

La Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias se encuentra en una situación que se puede resumir por la existencia de un excedente anual positivo, una escasa profesionalización del Patronato, la voluntariedad de la cuota, y una alta morosidad. En la cuestión de la financiación de la Fundación de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias, que se lleva a cabo a través de las aportaciones de los Colegios de Médicos provinciales, existen diferentes modelos de pago por parte de los Colegios sin que haya una relación contractual establecida. En base a esta financiación, la Fundación reparte cada año más de 15 millones de euros y obtiene excedentes anuales positivos.

Estas cuestiones deben estar en el debate de transformación del actual modelo de protección social de los colegiados con el objeto de buscar las mejores soluciones posibles que garanticen la eficiencia y sostenibilidad del mismo.

En la actualidad, hay abierto un debate interno en relación a las nuevas formas de gestión de los fondos de la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias de los Colegios de Médicos que tienen incluida en la cuota colegial la aportación de la Fundación. Casi el 40% de la profesión médica considera, en relación con esta cuestión, que debería existir total autonomía de los Colegios para la gestión de la parte de la cuota correspondiente a la Protección Social, y un 28% opina que no se debería establecer ninguna gestión sin un contrato previo entre el Colegio y la Fundación (figura 13).

Figura 13: Opinión de los profesionales en relación a nuevas formas de gestión de los fondos de la Fundación que tienen incluida en la cuota colegial la aportación de la Fundación



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

Una de las cuestiones que se están planteando en torno al modelo de gestión y de funcionamiento de la Fundación está en relación con actual estructura centralizada de toma de decisiones. Hay que preguntarse si la descentralización de las decisiones sobre una parte de las aportaciones ayudaría a acercarnos a la realidad de la provincia, ya que por poner un ejemplo, las necesidades no son las mismas en una provincia con una población muy envejecida que en otra con una estructura de población más joven. Al igual que la variable “edad” existen otras muchas que hacen a cada ámbito territorial distinto de otros.

En conclusión, la evolución de las prestaciones y del modelo de gestión y funcionamiento de la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias se realizará con la perspectiva de conseguir un modelo de protección social sostenible, solidario y equitativo que se encuentre en un punto de equilibrio entre la capacidad de respuesta individual y la solidaridad, y que responda a las necesidades de cada región. Para ello, se debe analizar el sistema de prestaciones que son menos demandadas y aquellas más puntuales de cada Colegio y así generar un nuevo sistema que respondan a necesidades actuales de los profesionales médicos.

A la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias no sólo se le plantea el reto de diseñar y desarrollar un nuevo modelo de protección social sino que también es necesario un reposicionamiento de esta institución, que comienza por definir la misión y visión de una renovada Fundación. Durante el II Congreso de la Profesión Médica se sugirieron las siguientes:

- **Misión:** orientar la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias hacia su integración y consolidación, mediante la aplicación de los principios básicos de Universalidad, Solidaridad, Calidad, Eficiencia y Equidad, con el objeto de tener un manejo integral de los posibles riesgos de los miembros de nuestra profesión, y sus familias.

- **Visión:** ser la entidad que fije las políticas que correspondan aplicar en cada momento dependiendo de las circunstancias económicas y/o profesionales modificando las prestaciones de previsión social, pudiendo cumplir así con su función.

En consecuencia, la Fundación marcaría unos objetivos específicos para el buen desarrollo de la organización y del sistema de protección social. Estos objetivos deberían ser planteados bajo los principios de:

- **Universalidad:** para garantizar la protección sin ninguna discriminación en todas las etapas de la vida.
- **Solidaridad:** que permite la ayuda mutua entre las personas, las generaciones y las comunidades.
- **Integridad:** para ampliar la cobertura a todas las contingencias en salud, ingresos y condiciones de vida.
- **Unidad:** que permite la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones.
- **Participación:** de todos los miembros, a través de sus representantes en la organización, gestión, control y fiscalización.

Tras definir la misión, visión y objetivos, la Fundación deberá establecer una estrategia de gestión interna que le permita repositionarse y mejorar su modelo de gestión actual.

En conclusión, nuestro principal reto pasa por la búsqueda de un espacio compartido de consenso entre todos los Colegios Oficiales de Médicos y nuestras Fundaciones, en el que se planteen propuestas y objetivos que nos lleven a alcanzar unos servicios de protección social sostenibles, solidarios y equitativos, teniendo en cuenta las especificidades de cada región.

Además, deberemos encontrar un punto de equilibrio entre la capacidad de respuesta individual y la solidaridad, consiguiendo la complicidad y el acuerdo de todos nuestros compañeros, al mismo tiempo que hacemos posible la sostenibilidad económica.

Propuestas estratégicas

1. Elaborar un Plan Estratégico de Gestión Interna de la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias

1.1. Realizar un análisis y diagnóstico de la situación actual e identificar oportunidades de desarrollo de la Fundación desde las perspectivas prioritarias de la gestión interna:

- >. Evaluación de necesidades y expectativas de los colegiados en materia de protección social, incluyendo el análisis de las diferencias regionales.
- >. Análisis del marco de prestaciones, tanto de la Fundación como del ámbito provincial, valoración de alternativas de desarrollo de las mismas y selección de nuevas prestaciones en función de su importancia (cobertura de necesidades, llegada a un amplio número de beneficiarios, otros criterios) y viabilidad de puesta en marcha.
- >. Análisis del modelo organizativo y de los procesos de funcionamiento de la Fundación.
- >. Revisión de los roles del personal de la Fundación, con vistas al desarrollo de un proceso de reorganización, e identificación de competencias no cubiertas a las que habrá que dar respuesta de forma que permita a la institución adaptarse a esta nueva etapa.
- >. Revisión de los procesos de comunicación actuales entre la Fundación y el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, los Colegios Oficiales de Médicos autonómicos y provinciales, y los propios colegiados.
- >. Análisis de otros modelos de protección social en el ámbito internacional (sobre todo en el plano europeo), así como de las recomendaciones internacionales existentes en este ámbito, con el fin de identificar buenas prácticas susceptibles de aplicación a la Organización Médica Colegial.

1.2. Definir la estrategia de la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias

- >. Definición de una nueva denominación de la Fundación para adecuarse a las nuevas prestaciones a desarrollar.
- >. Definición de su Misión, Visión y Valores.
- >. Definición de las líneas y objetivos estratégicos que marquen la dirección hacia la que debe evolucionar la Fundación en los próximos cuatro o cinco años.

Entre otras cuestiones, las estrategias contemplarán específicamente aspectos como la creación de una sede propia para reforzar el liderazgo de la Fundación, la contratación de personal experto en atención sociofamiliar, la reorganización del personal de la Fundación y un plan de comunicación externa e interna que permita mejorar el conocimiento existente sobre su labor así como mejorar su posicionamiento dentro de la profesión médica.

2. Efectuar un análisis y puesta en marcha de nuevos modelos de gestión colegial de las prestaciones sociales y su relación con la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias

2.1. Análisis y puesta en marcha del nuevo modelo de gestión colegial de las prestaciones sociales

- >. Creación de una Comisión Mixta específica que estará encargada del desarrollo de un nuevo modelo de gestión colegial de las prestaciones sociales. En esta Comisión estarán representados el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias, los Colegios Provinciales y sus Fundaciones, y constituirá un espacio compartido para el debate y toma de decisiones sobre el modelo de organización más beneficioso para la comunidad colegial.
- >. Análisis de los modelos organizativos de protección social en organizaciones médicas colegiales a nivel internacional, e identificación de las ventajas e inconvenientes de la aplicación de los distintos modelos.
- >. Determinación de los criterios de descentralización de la toma de decisiones y gestión (determinación de las competencias de cada nivel colegial) en el ámbito del desarrollo y aplicación de prestaciones de protección social y de la gestión de las aportaciones a la financiación.
- >. Establecimiento de un sistema de seguimiento, intercambio de información y control de la eficacia o de la garantía del desarrollo del sistema de prestación social aplicada en cada momento, a través de comités semestrales y poniendo a disposición de los colegiados fórmulas para emitir su opinión sobre las prestaciones. El análisis periódico de resultados a nivel regional permitirá generar propuestas de mejora y una mayor agilidad en la adaptación de las prestaciones a nuevas necesidades.

2.2. Normalizar el modelo de relación entre la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias y los colegios provinciales

- >. Unificar los criterios de colaboración entre la Fundación y los Colegios.
- >. Establecer acuerdos normalizados entre la Fundación y los distintos Colegios, cuyos contenidos y términos se establecerán en función de la estrategia y del modelo organizativo a implantar.
- >. Valorar la posibilidad de hacer obligatoria la cuota mediante la realización de un sondeo a los colegiados.

3. Liderar el desarrollo de sistemas de financiación, ahorro y protección social a través de negociaciones con terceros

- 3.1. Explorar y desarrollar negociaciones con aquellos productos y servicios que puedan resultar de interés para los colegiados y para los que el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos puede obtener condiciones ventajosas.
- 3.2. Desarrollar en la Web de la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias un espacio al que el colegiado pueda acceder para informarse de las ventajas que ofrecen determinados productos y servicios.



2

Criterios para el buen gobierno de centros e instituciones sanitarias

El papel del profesionalismo médico en la reorientación del gobierno de los centros y servicios sanitarios

El Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos define el profesionalismo médico como el “conjunto de principios éticos y deontológicos, valores y conductas que sustentan el compromiso de los profesionales de la medicina con el servicio a los ciudadanos, que evolucionan con los cambios sociales, y que avalan la confianza que la población tiene en los médicos”³. Establece asimismo como valores fundamentales del profesionalismo médico:

- La integridad en la utilización del conocimiento y en la optimización de recursos.
- La compasión como guía de acción frente al sufrimiento.
- La mejora permanente en el desempeño profesional para garantizar la mejor asistencia posible al ciudadano.

3. Definiciones de “Profesión médica”, “Profesional médico” y “Profesionalismo médico”. Organización Médica Colegial. Madrid, 27 de marzo de 2010. Publicado el 30 de marzo de 2010 en www.cgcom.es

- La colaboración con todos los profesionales e instituciones sanitarias en aras de la mejora de la salud y el bienestar de la población.

En España la profesión médica se encuentra en un periodo especialmente crítico, desde la perspectiva de la oportunidad que le ofrece el contexto actual de la medicina y económico. Por un lado, porque la larga crisis de identidad y ubicación institucional del Sistema Nacional de Salud está siendo afrontada por la Organización Médica Colegial (OMC) con un nuevo liderazgo, identificado con el debate internacional sobre la necesidad de renovar el “contrato social” de la medicina, haciendo de la profesionalidad (*professionalism*)⁴ su base de legitimación tanto interna como social. Por otro lado, porque la crisis económica actual afecta directamente a la sanidad, a los sanitarios y a sus organizaciones profesionales, forzando también un replanteamiento de la profesión, de su papel en la sociedad y en el sistema sanitario. De hecho, la crisis que está cuestionando el *statu quo* de componentes importantes del Estado de Bienestar, reclamará también a la sanidad mayor eficiencia, como está pidiendo ya a las organizaciones de las profesiones sanitarias que justifiquen su razón de ser (colegiación obligatoria).

Por lo tanto, la actual reorientación del *ethos* de la profesión con los valores de la *profesionalidad médica*, tiene un gran valor para reforzar la fibra ética de la medicina con los nuevos compromisos que reclaman la sociedad actual y los avances técnicos; pero sirve también para argumentar y legitimar una mayor implicación de la profesión médica con el sistema sanitario, a todos los niveles:

- **Nivel macro:** promoviendo la representatividad de los profesionales de la medicina, a través de la Organización Médica Colegial y los Consejos Autonómicos de los Colegios en los órganos de decisión y de participación en los Servicios de Salud y áreas sanitarias de las administraciones autonómicas.
- **Nivel meso:** potenciando las capacidades directivas de los médicos a través de la creación, por ejemplo, de un área estable de formación en habilidades directivas, gestión clínica y bioética.
- **Nivel micro:** potenciando la participación de los médicos en consejos, juntas, comisiones médicas y otros órganos decisorios, y su mayor implicación en la gestión clínica de su centro de trabajo. La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias⁵ refuerza esta idea al recoger que el médico contribuirá a reforzar el papel de la profesión y de la organización sanitaria.

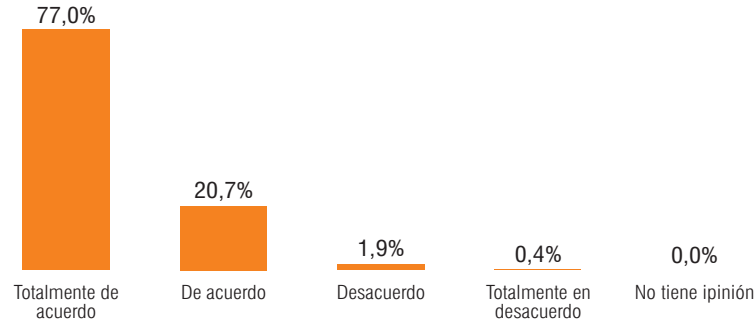
Precisamente la micro-gestión, la llamada gestión clínica, es hoy el centro de atención de las nuevas políticas institucionales: y es en los micro-sistemas, donde médicos y enfermeras interactúan con los pacientes, donde se aporta realmente valor, efectividad y calidad. Trabajar en este ámbito es complejo y requiere tanto instrumentos avanzados de gestión del conocimiento, como políticas de gobierno clínico.

4. Borrell-Carrión F, Epstein RM y Pardell Alentà H. *profesionalidad y professionalism: fundamentos, contenidos, praxis y docencia. Med Clin (Barc)* 2006;127(9):337-42

5. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias

La opinión de los profesionales es prácticamente unánime en estos términos, ya que un 98% considera que es necesario transferir capacidad de gobierno a los médicos (figura 14).

Figura 14: Opinión de la profesión médica sobre la necesidad de transferir capacidad de gobierno a los médicos para dotarles de libertad clínica responsable

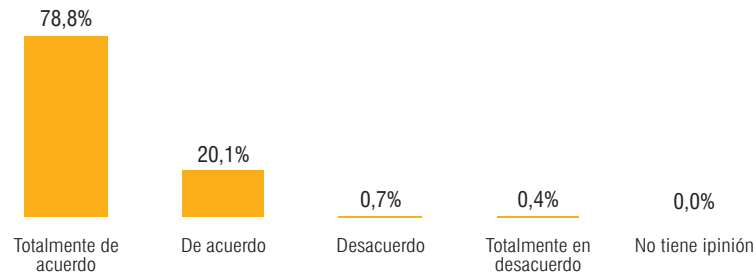


Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

El compromiso de la nueva profesionalidad médica con la salud tiene como principio básico un mayor activismo profesional para que el sistema sanitario responda a lo que desde los conocimientos y experiencia de la profesión contribuye a hacerlo más eficaz, más eficiente, de mayor calidad y más justo (equitativo).

En este objetivo, que es el del buen gobierno del sistema sanitario, coinciden tanto el activismo profesional con origen en los valores de la *profesionalidad médica* como el interés más estrictamente corporativo que únicamente buscará crear un entorno más favorable para el ejercicio profesional de la medicina en el sector público. En opinión de los profesionales, es necesario redefinir un nuevo modelo de gobierno de nuestros centros y servicios sanitarios que incorpore los valores del profesionalismo médico, de forma que refuerce el papel de los representantes colegiales y promueva una mayor participación de la profesión médica en el desarrollo de un sistema sanitario que dé respuesta a las nuevas necesidades y expectativas que nos demanda la sociedad actual (figura 15).

Figura 15: Opinión de la profesión médica acerca de si para lograr una mayor implicación de la profesión médica con el sistema sanitario es necesario reorientar el gobierno de los centros y servicios sanitarios con los valores del profesionalismo médico y con los nuevos compromisos que reclaman la sociedad actual



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

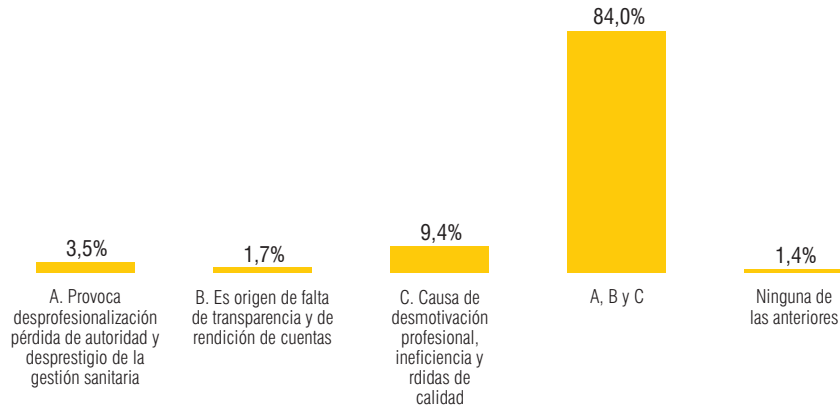
La importancia del buen gobierno en el Sistema Nacional de Salud como eje transformador

La Sanidad es un sector esencial, estratégico dentro de la economía productiva, y que genera riqueza y prosperidad, a la vez que contribuye a fortalecer el nivel de desarrollo y progreso de nuestro país. Las fortalezas que, en relación al modelo de gobierno y de gestión, ha ido adquiriendo nuestro Sistema Nacional de Salud en los últimos treinta años, entre las que se encuentra una floreciente cultura de gestión, se ha visto ensombrecida por algunos aspectos negativos de ausencia de autoridad y estabilidad⁶:

- En España los centros sanitarios y su personal están, en la práctica, integrados indiferenciadamente en la administración pública común; los procedimientos distan de ser los más adecuados a la agilidad que requiere la gestión de la medicina moderna; y el conjunto del sistema sanitario carece de la autonomía necesaria para su buen funcionamiento.
- Nuestros hospitales e instituciones sanitarias (modelo tradicional) carecen de un órgano colegiado de gobierno –Consejo de Administración, Junta de Gobierno-, que limita sus posibilidades de autonomía y personalidad propia.
- La cultura de transparencia democrática, de rendición de cuentas, de servicio público está muy escasamente desarrollada.
- Los puestos de responsabilidad son de facto de nombramiento discrecional político y los nombramientos discrecionales en los hospitales se reproducen en cascada en toda la estructura de gestión, siendo causa de inestabilidad y de pérdida de autoridad en los centros públicos. En este punto, se señaló en el II Congreso de la Profesión Médica la necesidad de acabar con la privatización partidaria de los puestos de responsabilidad en la Sanidad como una obligación de la ética democrática.

Esta idea está respaldada por el 84% de los representantes colegiales que consideran que las consecuencias de la ocupación partidaria y discrecional de los cargos de responsabilidad de los centros sanitarios públicos son la desprofesionalización, la pérdida de autoridad y desprestigio, la falta de transparencia y de rendición de cuentas y que es la causa de desmotivación profesional, ineficiencia y pérdidas de calidad (figura 16).

Figura 16: Opinión de la profesión médica sobre las posibles consecuencias de la ocupación partidaria y discrecional, de todos los cargos de responsabilidad en los centros sanitarios públicos



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

El sistema sanitario público español sigue destacando en la comparación internacional con otros sistemas integrados públicos con características similares a nuestro Sistema Nacional de Salud, como los del Reino Unido o de los países nórdicos, en relación con los anteriores factores: por el altísimo nivel de ocupación política partidaria que se da en todos sus niveles de responsabilidad, por carecer de órganos colegiados de gobierno (Consejos de Administración/ de Gobierno, Patronatos), por la desprofesionalización de la gestión y por carecer de instrumentos eficaces de participación y de consulta a profesionales sanitarios en la toma de decisiones que afectan a su trabajo. Las características más destacables que diferencian a estos sistemas del español se recogen en la figura 17.

Figura 17: Características relevantes del gobierno y gestión de los sistemas sanitarios del Reino Unido y países nórdicos

Consenso	Existencia de consenso político y social sobre el buen gobierno en la Administración y servicios públicos, que incluye su gestión no-partidaria y una administración pública políticamente neutral, estable y profesionalizada.
Órganos colegiados	Existencia de Órganos colegiados de gobierno (Consejos de Administración) en todos los niveles de la sanidad pública. Estos Consejos tienen la máxima autoridad y son un cauce de participación democrática y de control social y cívico de los servicios públicos.
Gestores profesionales	Los centros disponen de gestores profesionales, seleccionados por su capacidad, que responden ante los Consejos y no tienen carácter de nombramiento político.
Autonomía	Gran autonomía de gobierno y gestión, tanto a nivel central (respecto a la Administración general) como a nivel local (hospital, área, etc.).
Cultura política	Existencia de una cultura política democrática, de normas y códigos de conducta que obligan a un alto nivel de transparencia y de rendición de cuentas. Exigencia democrática de justificación, explicación y debate de las decisiones políticas, que van precedidas de informes (libros blancos) sometidos a conocimiento y discusión pública de ciudadanos y expertos.

Fuente: Comparecencia de JM Freire ante la Asamblea de Madrid (ver referencia al pie de página)

El buen gobierno como responsabilidad social

Así pues, un objetivo central para el Sistema Nacional de Salud es el buen gobierno de sus centros, que conduce a la eficiencia y rentabilidad social de las instituciones, utilizando como activos de valor la transparencia y la confianza en los procesos de gestión al servicio de la sociedad.

Las prácticas de buen gobierno exigen no sólo el cumplimiento de las normas legales sino un compromiso de responsabilidad social en los procesos y mecanismos de ejecución basada en los principios de integridad moral, equidad, plena dedicación responsable y ejemplaridad. Por ello, el buen gobierno tiene que ver con la calidad personal y relacional, y por consiguiente, con los criterios éticos que determinan las decisiones en base a la misión social de la institución.

Las pautas para un buen gobierno que refuerce la reputación social requieren no sólo de órganos colegiados para regular el funcionamiento autónomo y responsable de las instituciones, sino de sistemas de evaluación e instrumentos de control que garanticen la veracidad y transparencia de todas las actuaciones de la organización, porque el mayor exponente de vulnerabilidad de una institución sanitaria se presenta cuando deja de ser confiable y respetada, cuando reclina su reputación ante la sociedad y ante sus ciudadanos.

Implicación de los representantes colegiales en la gestión

Se defiende cada vez más, tanto a nivel nacional como internacional, la necesidad de implicar cada vez más a los profesionales clínicos en la gestión y organización de los servicios sanitarios. En la actual estructura sanitaria, el Jefe de Servicio es la figura clave en torno a la cual se estructuran los servicios. Un estudio de investigación sobre el rol del jefe de servicio⁷ aporta información relevante sobre la situación de este perfil, en el marco de su responsabilidad en la eficiencia global del sistema sanitario. Algunos de los datos más representativos son:

- >. El 64% de los jefes de servicios no disponen de una descripción en la que aparecen deberes y responsabilidades.
- >. Más del 90% de los jefes de servicio creen que es necesario compartir la planificación con las direcciones del centro -enfermería, médica y de gestión.
- >. Un total del 56,6% de los encuestados considera que los datos que le solicita la dirección del centro no son los adecuados para reflejar la actividad del servicio.

7. Ruiz L; Picorelli A. *La aproximación a la función del jefe de servicio en España. Documento final del proyecto de investigación de la Cátedra Pfizer en Gestión Clínica, 2006.*

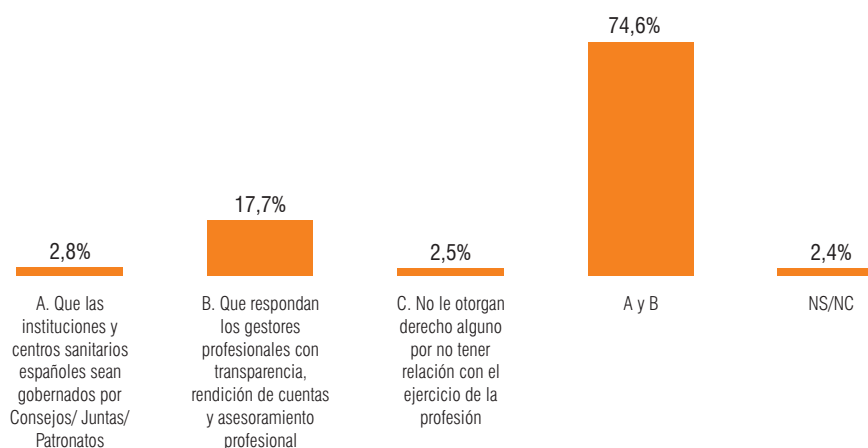
Una profesión médica abierta al mundo no puede pasar por alto esta excepcionalidad negativa de la sanidad española y dejar de reclamar una política sanitaria basada no sólo en la evidencia de lo que funciona, si no también en los valores de la transparencia democrática y la ética de los servicios públicos.

Hay que facilitar el que los profesionales de la salud asuman como propios los objetivos estratégicos de las instituciones donde trabajan. Los gestores de las instituciones y centros sanitarios deben dotarse de nuevas competencias e instrumentos de gobierno, de mecanismos efectivos de participación y toma de decisiones, garantizando el cumplimiento del contrato social. Asimismo, es importante integrar una doctrina de políticas reformistas del profesionalismo médico, más activo y comprometido que genere un efecto llamada a las nuevas generaciones para revitalizar la medicina y el sistema público de salud.

El papel de la Organización Médica Colegial en el impulso al buen gobierno

La Organización Médica Colegial lleva a cabo un proceso de refuerzo y actualización de los valores del profesionalismo médico, otorgándole un 75% de la profesión médica la legitimidad para reclamar que las instituciones y centros sanitarios españoles sean gobernados por Consejos, Juntas o Patronatos y que los gestores profesionales respondan con transparencia, rendición de cuentas y asesoramiento profesional (figura 18).

Figura 18: Opinión de la profesión médica sobre si el proceso actual de la OMC para reforzar y actualizar los valores del profesionalismo junto con la ejemplaridad de la profesión médica y su alta valoración por la ciudadanía le otorgan legitimidad social para reclamar:



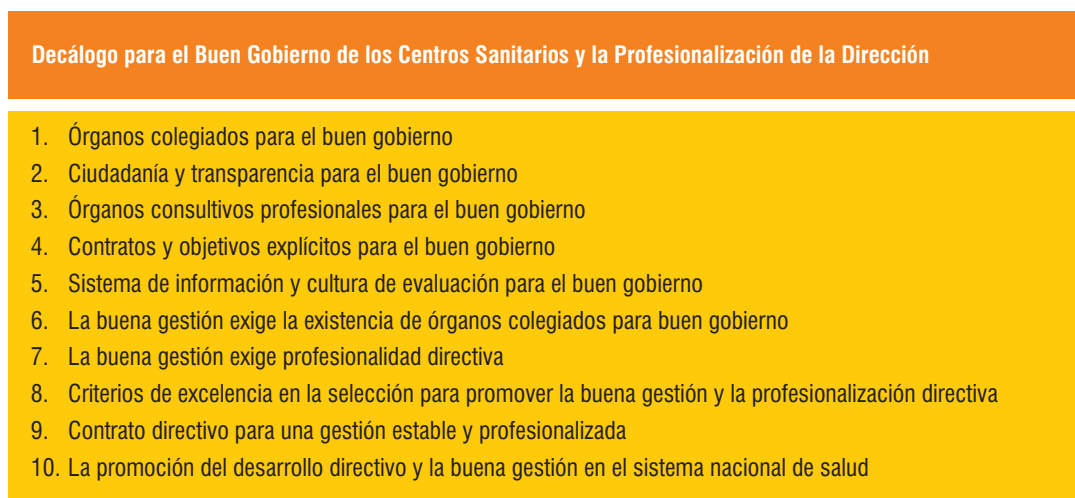
Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

El concepto de buen gobierno se integra en el eje transformador de instituciones públicas y privadas y debe estar sujeto a la lealtad y eficiencia hacia la ciudadanía. El contrato social entre los médicos y la propia sociedad debe llevar al profesional médico a un posicionamiento más activo y comprometido con

el desarrollo de la práctica médica, ya sea de gestión o asistencial. El fortalecimiento del liderazgo de los Colegios de Médicos contribuiría sin duda a posibilitar la aplicación de estos valores de profesionalismo médico para tutelar los intereses de los pacientes y de la población; deben impulsar un proceso de modernización y consolidación del Sistema Nacional de Salud, participando activamente de forma co-responsable en las instituciones, ya que las instituciones sanitarias y sociales no sólo funcionan por políticas establecidas, sino por la responsabilidad social compartida. Las instituciones deben responder con una eficiencia económica y social, bajo los principios de democracia, transparencia, sociabilidad y equidad.

En 2005, en el III Foro “Pedro Laín Entralgo” sobre “El nuevo profesionalismo en la clínica y la gestión”, el Dr. Guillermo Sierra (entonces presidente de la OMC) lanzó la propuesta de “Decálogo para el buen gobierno de los centros sanitarios y la profesionalización de la dirección”, cuyos puntos se recogen en el siguiente cuadro (figura 19).

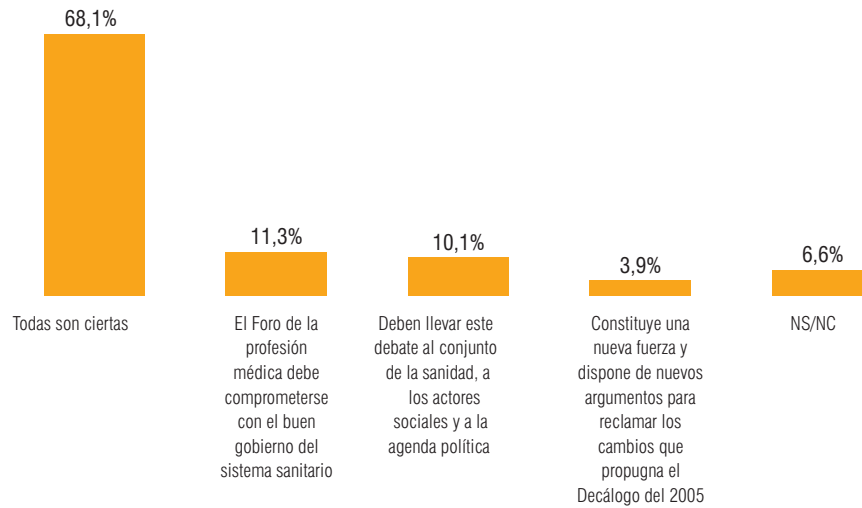
Figura 19: Decálogo para el buen gobierno de los centros sanitarios y la profesionalización de la dirección



Fuente: Propuesta de Decálogo para el Buen Gobierno de los Centros Sanitarios y la Profesionalización de la Dirección. OMC, 9 de febrero de 2005

Estos diez puntos recogen los aspectos más importantes de los cambios que deberían tener lugar en el diseño de los órganos de gobierno y gestión de centros e instituciones sanitarias. El Decálogo de Buen Gobierno sigue encontrándose vigente porque ninguna Comunidad Autónoma ha avanzado en esta línea, ni parece que estos temas estén en la agenda política para un futuro inmediato, con la excepción del País Vasco y Navarra. Sigue siendo válido, por tanto, el objetivo de situar estos puntos en la agenda social y política de la sanidad, en el debate que permita avanzar en el buen gobierno de la sanidad pública, y en la eficacia y profesionalización de su gestión, avalado por la mayor parte de la profesión médica, tal y como se refleja en el siguiente gráfico (figura 20).

Figura 20: Opinión de la profesión médica sobre la formulación de la OMC en 2005 de un decálogo de recomendaciones para la mejora del gobierno de los centros y servicios sanitarios, actualmente de plena vigencia



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

El proceso de internalización por parte de la OMC de los valores de la profesionalidad médica añade una nueva fuerza y nuevos argumentos para reclamar los cambios que propugna el Decálogo de 2005 y para llevar este debate al conjunto de la sanidad, a los actores sociales y a la agenda política. En este sentido, las próximas elecciones de 2011, que afectan a la mayoría de las Comunidades Autónomas, pueden ser una excelente ocasión de situar estos planteamientos en el debate político y promover la adopción formal del Código de Buen Gobierno para convertirse en la base fundamental de la profesionalización de la dirección de las instituciones y centros sanitarios.

El buen gobierno y los modelos de colaboración público-privada

Una cuestión de importancia que no puede quedar fuera del debate sobre el buen gobierno del Sistema Nacional de Salud hace referencia a los modelos de colaboración público-privada que en los últimos años se han desarrollado en España. ¿Es posible conciliar la mejor asistencia sanitaria con la obtención de beneficios económicos? ¿La decisión última hacia los pacientes está basada en criterios económicos o de salud? Sin entrar en el debate sobre las posibles ventajas e inconvenientes que pueden presentar estos modelos, desde la profesión médica se considera que en cualquier caso deberán responder, como parte integrante del Sistema Nacional de Salud, a principios de transparencia y a la regulación de conflictos de intereses; se podrá así garantizar la independencia de los médicos, como ocurre en otros sistemas sanitarios europeos similares al español, donde existe una preocupación explícita por garantizar la independencia de los médicos en relación a intereses que no sean los del paciente, basándose en el principio de que los médicos tienen un deber fundamental con los pacientes frente a cualquier otro interés, ya pertenezcan a organizaciones públicas o privadas.

Buenas prácticas iniciadas en España: los casos del País Vasco y Navarra

El Gobierno del País Vasco ha puesto en marcha un Comité de Expertos con el objetivo de elaborar un **Código de Buen Gobierno de la sanidad vasca**⁸, que establecerá recomendaciones que contribuyan a lograr un sistema público de salud más transparente, basado en valores, centrado en los pacientes y capaz de prevenir eficazmente conflictos de interés.

- Un Código que tendrá carácter institucional y organizativo y promoverá el buen gobierno y la buena gestión de Osakidetza, contemplando específicamente la ejemplaridad ética, la dignidad de las personas y los derechos humanos, la equidad, la transparencia, la rendición de cuentas, la participación democrática, la calidad y la eficiencia de los servicios públicos.
- Implicará a los responsables de la sanidad vasca a todos los niveles (políticos, miembros de los órganos colegiados, gestores, profesionales).
- La elaboración del Código se basará en el análisis de las experiencias positivas y buenas prácticas de otros sistemas sanitarios aplicables al gobierno de Osakidetza.
- Los trabajos del Comité estarán abiertos a las aportaciones de los diversos agentes que operan en el sistema.

Por su parte, la Consejería de Salud de Navarra ha iniciado un proceso similar, creando mediante orden foral una comisión asesora para elaborar el **Código de Buen Gobierno para Osasunbidea**⁹, que recogerá un conjunto de principios éticos y de conducta que deben regir la labor de los gestores para que cumplan su deber con responsabilidad, honestidad y austeridad.

- Un código ético para promover las mejores prácticas y la búsqueda de la calidad, generar confianza, evitar comportamientos inadecuados y facilitar que se puedan corregir con diligencia los errores, persiguiendo una gestión de lo público más eficaz, participativa y transparente, más adecuada a las exigencias actuales de los ciudadanos, y permitiendo que se puedan pedir responsabilidades a los decisores.
- Esta comisión asesora formulará una propuesta sobre el contenido del Código y el programa de actuaciones e instrumentos de supervisión que garanticen su cumplimiento, así como desarrollará diversas actuaciones para facilitar su implantación efectiva.

8. Un panel de expertos elaborará un Código de Buen Gobierno para la sanidad pública. Noticia publicada el 5 de febrero de 2010 en www.euskadi.net. Consulta realizada el 30 de abril de 2010

9. Una comisión asesora elaborará el Código de Buen Gobierno para el Servicio Navarro de Salud. Noticia publicada el 20 de abril de 2010 en www.navarra.es. Consulta realizada el 30 de abril de 2010

- La Comisión podrá diseñar las políticas que garanticen la profesionalidad en el acceso a los puestos directivos y la transparencia de las retribuciones de los altos cargos del Servicio Navarro de Salud, así como informar y asesorar en el establecimiento de mecanismos de detección de conductas contrarias al buen gobierno y de procedimientos de resolución de conflictos de intereses en la gestión sanitaria pública.

Un reto institucional para promover la adopción del buen gobierno en nuestro sistema sanitario

La consecución de la adopción del Código de Buen Gobierno requiere la creación de una estrategia institucional de la profesión médica que promueva la introducción de instrumentos de buen gobierno de las instituciones sanitarias. Esta estrategia debería dar respuesta a los retos que se plantean a nuestro Sistema Nacional de Salud:

- >. La ejemplaridad de una profesión comprometida con sus valores, con legitimidad social para reclamar que las instituciones y centros sanitarios españoles sean dirigidos y gestionados de acuerdo a los principios del buen gobierno, respondiendo los gestores profesionales con transparencia, rendición de cuentas y asesoramiento profesional.
- >. La promoción, y la adopción de los principios del buen gobierno de la sanidad en el ámbito de la profesión médica.
- >. Implicar a las demás profesiones sanitarias y a sus organizaciones, así como a todos los sindicatos del sector, hacia los objetivos del buen gobierno en sanidad y a hacer de ello un objetivo compartido.
- >. Desarrollar en profundidad el modelo de buen gobierno (Decálogo 2005) y realizar una tarea de concienciación a las administraciones públicas y sanitarias, a las instituciones y organizaciones de la sanidad y a la sociedad sobre la necesidad de desarrollar modelos de buen gobierno.

Las ideas del buen gobierno tienen un gran potencial de mejora de la sanidad a todos los niveles, pero no resolverán todos los problemas. Aplicándolas, sólo es posible afirmar que las cosas mejorarán, con mejores instrumentos para resolver conflictos, para la participación profesional y social en las decisiones, para responder a los cambios y necesidades de cada momento.

En conclusión, el reto de la profesión médica es crear un nuevo modelo de buen gobierno para impulsar un proceso de modernización sanitaria y así desarrollar la base del profesionalismo médico, para garantizar el cumplimiento del contrato social al que se vincula la profesión.

Propuestas estratégicas

1. Diseñar y promover un modelo de buen gobierno de la sanidad a partir del Decálogo de 2005

1.1. Constitución de un Comité de la profesión médica para desarrollar en profundidad los puntos del Decálogo de 2005.

El Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos tendrá la iniciativa de desarrollo de una base conceptual sólida que sirva como referente para las distintas reformas que se dirijan a la adopción de los valores, principios e instrumentos del buen gobierno en las instituciones y centros sanitarios.

1.2. Elaboración de publicaciones, propuestas y recomendaciones para el desarrollo de los puntos del Decálogo de 2005, fijándonos los siguientes objetivos estratégicos:

- >. Elaboración de una propuesta de bases para el rediseño de los modelos organizativos actuales, que incluya recomendaciones para la implantación de estructuras de gobierno colegiadas y su composición, las estructuras de participación de los médicos en la elaboración de las políticas sanitarias y en la toma de decisiones, las formas de articular el buen gobierno, así como la elaboración de las reglas y códigos de conducta de los miembros de los órganos colegiados.
- >. Definición de los criterios de selección de cargos ejecutivos, de alta dirección y de responsabilidad cuyo nombramiento es actualmente discrecional, y propuesta de un procedimiento para la selección de los mismos.
- >. Realización de una propuesta a las comunidades autónomas sobre el tipo de información que debería ser de dominio público.
- >. Creación de un sistema de seguimiento, control y arbitraje.

2. Crear una estrategia institucional de la profesión médica para introducir los instrumentos de buen gobierno en las instituciones sanitarias

2.1. Promover desde la Organización Médica Colegial la suscripción de un pacto político de buen gobierno en sanidad, con el Ministerio de Sanidad y Política Social y con las Comunidades Autónomas.

2.2. Fortalecer el liderazgo de la Organización Médica Colegial para hacer posible la aplicación de los valores del buen gobierno y del profesionalismo médico.

- >. Introducción en la agenda política y social de la necesidad de avanzar en el buen gobierno de la sanidad pública.
- >. Reclamación a las instituciones y a los centros sanitarios que sean gobernados por Consejos, Juntas o Patronatos, ante los que los gestores profesionales respondan con transparencia y rendición de cuentas.
- >. Promoción de la adopción formal por todos los Colegios y sociedades científicas del decálogo de buen gobierno de la OMC.
- >. Atraer e involucrar a las demás profesiones sanitarias y a sus organizaciones, así como a todos los sindicatos del sector, hacia los objetivos del buen gobierno en sanidad y hacer de ello un objetivo compartido.
- >. Revisión y seguimiento periódico de la estrategia, haciendo de ella un punto regular de la agenda de trabajo.

2.3. Lanzar una campaña de explicación a la sociedad, sindicatos, partidos políticos e instituciones de cuál es la situación actual del gobierno de nuestras instituciones y centros sanitarios públicos, que necesariamente incluya:

- >. La elaboración de un documento sobre el contexto actual del gobierno de las instituciones y centros sanitarios, incluyendo un contraste con los países más ejemplares de nuestro entorno, el coste del “mal gobierno” y las ventajas que se derivarían de adoptar los instrumentos del buen gobierno.
- >. El diseño y desarrollo de un plan de comunicación que incluya la difusión del informe, el desarrollo de foros o seminarios y acciones en medios de comunicación, entre otras actuaciones.

3. Desarrollar un área de formación estable en habilidades directivas, gestión clínica y bioética, que permita:

- 3.1. Diseñar un modelo y programa de formación con propuesta de contenidos para futuros líderes directivos y clínicos.
- 3.2. Crear, desde la Organización Médica Colegial, espacios de formación.



3

La responsabilidad profesional del médico

La responsabilidad del médico en el ámbito de la Ley de Autonomía del paciente

La importancia que tienen los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales se pone de manifiesto al constatar el interés que han demostrado por los mismos casi todas las organizaciones internacionales con competencia en la materia.

La Ley de Autonomía del Paciente¹⁰, a pesar de que fija básicamente su atención en el establecimiento y ordenación del sistema sanitario desde un punto de vista organizativo, dedica a esta cuestión diversas previsiones, entre las que destaca la voluntad de humanización de los servicios sanitarios. Así, mantiene el máximo respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual, de un lado y, del otro, declara que la organización sanitaria debe permitir garantizar la salud como derecho inalienable de la población mediante la estructura del Sistema Nacional de Salud, que debe asegurarse en condiciones de escrupuloso respeto a la intimidad personal y a la libertad individual del usuario, garantizando la confidencialidad de la información relacionada con los servicios sanitarios que se prestan y sin ningún tipo de discriminación.

10. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

A partir de dichas premisas, la presente Ley completa las previsiones que la Ley General de Sanidad enunció como principios generales. En este sentido, refuerza y da un trato especial al derecho a la autonomía del paciente. En particular, merece mención especial la regulación sobre instrucciones previas que contempla, de acuerdo con el criterio establecido en el Convenio de Oviedo¹¹, los deseos del paciente expresado con anterioridad dentro del ámbito del consentimiento informado. Asimismo, la Ley trata con profundidad todo lo referente a la documentación clínica generada en los centros asistenciales, subrayando especialmente la consideración y la concreción de los derechos de los usuarios en este aspecto.

El consentimiento informado en menores de edad

En España no existe una mayoría de edad sanitaria como ocurre en Francia o en otros países pero, en el ámbito sanitario, la Ley de Autonomía del Paciente entiende que a partir de los dieciséis años el menor tiene capacidad para prestar por sí mismo el consentimiento a una intervención médica, pero antes de esa edad permite que el menor pueda prestar su consentimiento si «es capaz intelectual y emocionalmente de comprender el alcance de la intervención», es decir, recurre a las condiciones de madurez del menor. Aunque la Ley no regula con total especificidad la mayoría de edad sanitaria, sí se deduce la misma.

Por otro lado, a partir de los doce años, el menor será oído en la toma de decisiones, aunque la decisión misma, el consentimiento, sea prestado por 'representación', por sus padres o representantes legales.

La falta de información, principal causa de reclamación

En un contexto de 8 años, de cada 10 reclamaciones 7 son por la falta de información, por vicio del consentimiento informado o por la elaboración de malas historias clínicas. Esta situación se produce por el déficit del nivel de conocimiento, por falta de interés en conocer esta Ley por parte del médico o por falta de formación en el ámbito de la profesión.

En este sentido, es necesario que la organización de la profesión médica influya y esté presente en la conformación del derecho sanitario para que no ocurran situaciones de desconocimiento por parte de la profesión.

11. Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina. Consejo de Europa, 4 de abril de 1997

La dificultad de probar la adecuación de la práctica médica con la normativa sanitaria actual

Según el artículo 17 de la Ley de Autonomía del Paciente, los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.

Sin embargo, hay comunidades autónomas que tienen una regulación específica para la conservación de las historias clínicas, como queda reflejado en la figura 21 y, por la incompatibilidad de los diferentes sistemas de las comunidades autónomas, no es posible recurrir a las historias clínicas desde otra región.

Figura 21: Plazos de conservación de las historias clínicas (HC) en diferentes Comunidades Autónomas

Comunidades Autónomas	Plazos de conservación de la HC (años)	Observaciones
Cataluña	20	
Valencia	5	Existen documentos que se deben conservar indefinidamente.
Navarra	20	10 años si no son documentos relevantes
País Vasco	2	5 años si son Hojas de Urgencia. Existen documentos que deben conservarse indefinidamente
Galicia	5	Existen documentos que se deben conservar indefinidamente.
Cantabria	15	2 años si no son documentos relevantes

Fuente: Ilustre Colegio de Abogados de Barcelona. www.icab.es. Consulta realizada el 3 de mayo de 2010

En relación con las historias clínicas coexisten dos normativas diferentes: la ley de autonomía del paciente y la ley de protección de datos que regula la confidencialidad, intimidad y protección de datos. Existen contradicciones como que la ley sanitaria recoge que la edad del menor para acceder a la historia clínica es de 16 años mientras que la ley de protección de datos establece los 14 años.

El plazo del ejercicio de las acciones civiles, es decir, para que una persona reclame contra los médicos, es de quince años desde el conocimiento del daño, por lo que la posibilidad de reclamación civil se puede elevar hasta los 30 años. La responsabilidad civil se hereda (existen casos de viudas o familiares de médicos que tienen que defenderse de causas pendientes), por lo que es necesario que se establezca un sistema de conservación de las historias clínicas que permita probar la adecuación de la actuación médica.

Según Ricardo de Lorenzo es bien sabido que en la base de toda responsabilidad médica ha de existir una "culpa médica", y ésta, como "omisión de la diligencia" del artículo 1104 del Código Civil, equivale al incumplimiento o defectuoso cumplimiento de la *lex artis*. Así, independientemente de que se parta de un ori-

gen contractual o extracontractual, lo que determinará el alcance y los términos de la responsabilidad, en la base de ésta, siempre aparece el incumplimiento de uno de los llamados deberes médicos, que precisamente son los que integran dicha *lex artis*. O lo que es igual: la vulneración de uno de los derechos del paciente. Como se dijo con anterioridad, esos deberes obligan al facultativo y esos derechos incumben al paciente con independencia de la existencia de un contrato. Cuando éste se constituye como base de la relación médico-paciente, como acontece con la medicina privada en España, se convierten en obligaciones contractuales, en contenido natural del contrato. Por este motivo han sido denominados deberes ex officio por la doctrina. Y cuando la relación es extracontractual, como sucede en el caso de la medicina pública en España, penetran en la misma a través de la antijuricidad. Así los deberes éticos del médico, inicialmente deontológico, advienen al mundo del Derecho cuando se concreta la relación jurídica “médico-enfermo” siendo, precisamente, la dificultad del abogado, la de ayudar a determinar el contenido, alcance y límites de dicha relación, buscando siempre el punto de equilibrio en dicha relación jurídica.

Estados Unidos encabeza el número de denuncias por imprudencias médicas. Sin embargo allí la responsabilidad penal es excepcional, frente a la civil que es la habitual. Además las compañías de seguro llegan frecuentemente a acuerdos entre las partes que evitan muchos juicios. En la situación de España la exigencia de responsabilidad al médico por vía penal es lo habitual, sin duda por ser la forma más rápida y más económica.

¿Quién es el responsable de informar al paciente?

Una cuestión que puede llevar a diversas interpretaciones y que fue comentada en el II Congreso de la profesión Médica hace referencia a quién tiene la responsabilidad de informar al paciente cuando hay pruebas diagnósticas de por medio. Existe un antecedente del año 2006 en Cataluña donde la abogacía general sostenía que la responsabilidad de informar al paciente que se va a realizar una prueba de radiodiagnóstico es del médico que ordena la prueba y no del que la realiza. Hay que señalar que esta interpretación de la asesoría jurídica de la Generalitat no es vinculante, y que los tribunales de justicia han establecido la interpretación correcta: el médico prescriptor determina la prueba pero el médico que la realiza es quien debe informar sobre los efectos adversos o riesgos que entraña la misma.

No obstante lo anterior, la ausencia de consentimiento informado no comporta necesariamente el establecimiento de una responsabilidad penal.

Valor jurídico de la historia clínica electrónica

La historia clínica electrónica tiene el mismo valor jurídico que la historia clínica en papel, siempre y cuando cumpla la Ley Oficial de Protección de Datos (LOPD) y otra normativa correspondiente. Es más, a efectos de demostrar la responsabilidad del médico tiene validez de documento de la historia clínica cualquier soporte que aporte alguna información al tribunal, ya sea CD, vídeo u otro tipo de documentación digital. Sí existe una limitación en la incompatibilidad entre los sistemas de información de las comunidades autónomas.

La necesidad de desarrollar la normativa y de regular el acto médico

Es importante tener en cuenta que la medicina no es una ciencia exacta y por ello, se debe valorar la conducta exigible al facultativo en función de la situación del paciente y del resultado dentro del criterio de causalidad.

Existen muchas cuestiones conflictivas motivadas por una normativa en que las organizaciones colegiales han influido pero sólo a nivel de alegaciones jurídicas. La Organización Médica Colegial tiene el reto de influir y participar activamente en el desarrollo de la normativa sanitaria, exponiendo las situaciones de conflicto que se establecen en el ámbito del propio derecho sanitario. Se requiere una regulación específica del propio acto médico y el diseño, desde el ámbito asegurador, de una cobertura para ello.

La protección integral frente a las reclamaciones de responsabilidad requiere por tanto combinar al menos la técnica del seguro con las medidas preventivas que hoy pura y simplemente no cubren las pólizas al uso, por lo que se hace necesario, bien la transformación de las compañías aseguradoras en entidades que comprendan la actividad preventiva, o quizás crear una entidad que pudiera reunir junto a la permanente actualización de riesgos y de conocimientos, la garantía del seguro.

Propuestas estratégicas

1. Influir y estar presente en la conformación del derecho sanitario

- 1.1. Analizar la normativa actual y realizar propuestas de desarrollo en base a:
 - >. La identificación de las situaciones de conflicto y, con el asesoramiento de expertos jurídicos, de las necesidades regulatorias relativas a la responsabilidad del médico.
 - >. Realizar una propuesta de desarrollo de la normativa actual y de elaboración de nueva regulación, en su caso, y propugnar desde la Organización Médica Colegial la unificación normativa.
 - >. Proponer un sistema de conservación de las historias clínicas, común a todas las regiones y que permita, entre otras cuestiones, probar la adecuación de la actuación médica.
- 1.2. Incidir en que exista una valoración de la conducta exigible al facultativo en función de la situación del paciente y del resultado dentro del criterio de causalidad

2. Promover la concienciación y el conocimiento de los representantes colegiales de las implicaciones de la Ley de Autonomía del Paciente

Elaborar un documento sencillo, atractivo y de rápida lectura que facilite el conocimiento sobre la legislación actual, sobre los motivos de reclamación (especialmente los relativos a la información), y sobre las consecuencias del incumplimiento de determinadas cuestiones, y realizar su difusión a todos los niveles de la profesión médica.

3. Impulsar la negociación con el sector asegurador de coberturas que permitan garantizar una protección integral frente a las reclamaciones por responsabilidad médica

- 3.1. Analizar las coberturas actuales e identificar necesidades de mejora en las mismas.
- 3.2. Desarrollar un encuentro con la Dirección General de Seguros, para exponer la situación y acordar actuaciones para mejorar la cobertura del seguro.
- 3.3. Desarrollar contactos con las principales compañías aseguradoras, que permita identificar las posibilidades y premisas necesarias para poder ampliar o mejorar las coberturas actuales.
- 3.4. Influir en los distintos agentes implicados en la suscripción del seguro de responsabilidad médica para iniciar negociaciones en este ámbito con las entidades aseguradoras.

4

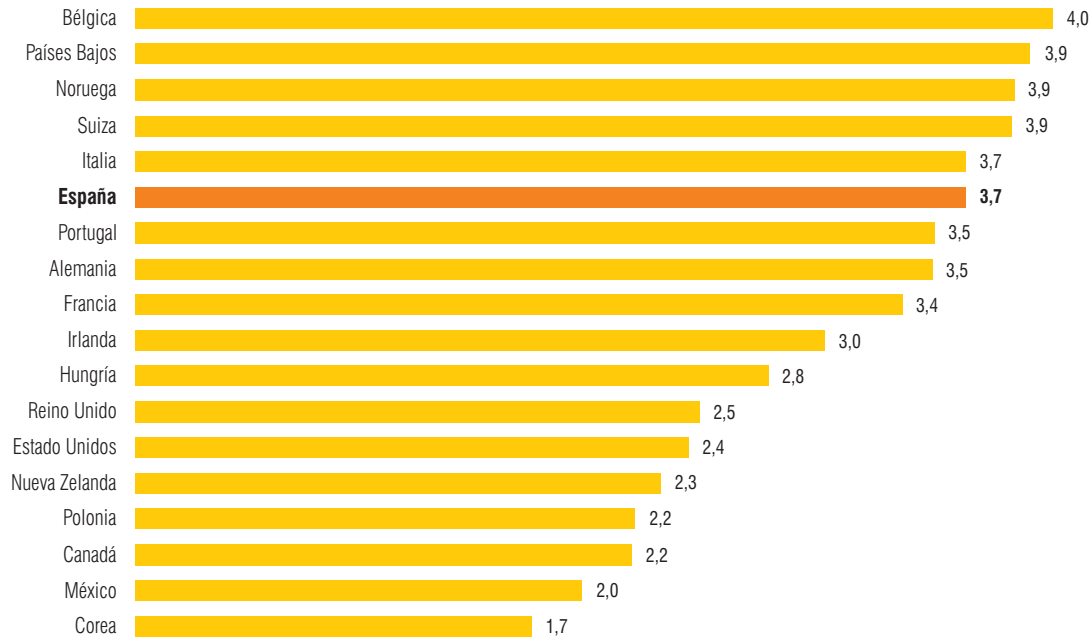
Demografía médica en España. Análisis y necesidades

¿Sobran o faltan médicos?

Mucho se viene hablando en los últimos años sobre la falta o no de médicos en España, de su distribución, de las necesidades futuras de facultativos y, por supuesto, de la falta de información que hace difícil y arriesgado iniciar cualquier planificación estratégica de recursos humanos.

En comparación con los países de la OCDE, España ocupa el sexto puesto con un ratio de 3,7 médicos por mil habitantes, situándose a la cabeza países como Bélgica, Países Bajos, Noruega o Suiza. Sin embargo en España hay un ratio mayor de médicos que en países como Francia y Alemania que tienen un ratio de 3,4 o el Reino Unido y EE.UU. con 2,4 médicos por mil habitantes (figura 22).

Figura 22: Médicos asistenciales de los países de la OCDE por 1.000 habitantes, año 2007



Fuente: OECD Health Data 2009

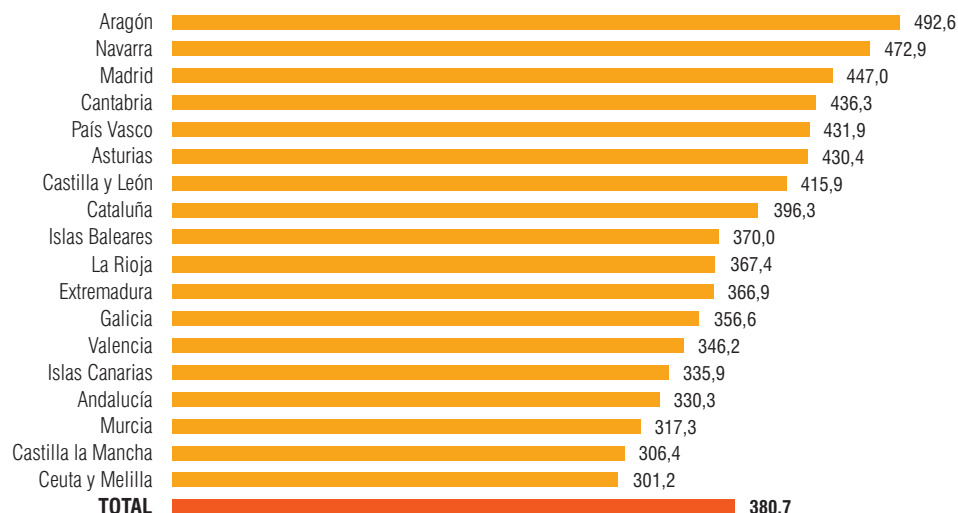
La OMC reconoce que la problemática de la demografía médica es compleja, selectiva para ciertas plazas y ubicaciones, específica para algunas especialidades y secundaria a un buen número de causas y problemas sin resolver. Algunos sectores lo abordan como si fuera un problema primario, es decir, de falta de licenciados, sin tener en cuenta las causas reales que lo provocan y cronifican.

La presentación del Informe sobre "Demografía médica" de la Organización Médica Colegial (OMC)¹² demuestra que estamos ante un problema de demanda asistencial no planificada, no regulada y no gestionada.

Aunque en el informe se da la cifra de 208.098 médicos colegiados en el año 2007 en nuestro país, se especifica, por ejemplo, cuántos de ellos son menores de 65 años (187.780) y cuántos ejercen tareas asistenciales (172.364), lo que, en este último caso, arroja la cifra de 3,8 médicos por cada mil habitantes, una cifra superior a los 3 médicos por cada mil habitantes que ofrece la media de los países de la OCDE.

En el siguiente gráfico (figura 23) se refleja cómo las desigualdades entre comunidades autónomas son manifiestas; así, por ejemplo, en Aragón hay 4,9 médicos por cada mil habitantes, mientras que en Castilla La Mancha, la comunidad autónoma con menor ratio (a excepción de Ceuta y Melilla), está en la media de la OCDE (3 médicos por mil habitantes).

12. Demografía Médica. Apuntes para la eficiencia del Sistema Sanitario. Organización Médica Colegial de España. 2009

Figura 23: Médicos Colegiados asistenciales (por CC.AA. y por 100.000 habitantes), año 2007

Fuente: Informe sobre "Demografía médica" de la Organización Médica Colegial (OMC), 2009

En el siguiente gráfico (figura 24) se observa que un 50,5% de los colegiados trabajan para el SNS, en relación con el conjunto de médicos colegiados que prestan servicios asistenciales. Algunas diferencias importantes entre comunidades autónomas, como en el caso de Castilla la Mancha, que destaca por tener un porcentaje del 73% de médicos asistenciales que trabajan en el Servicio Nacional de Salud y Cataluña, en la posición contraria, con un 31%.

Figura 24: Porcentaje de utilización por el Servicio Nacional de Salud (SNS) del colectivo de médicos colegiados, de menos de 65 años y que ejercen tareas asistenciales (por CC.AA. año 2006).

Fuente: Informe sobre "Demografía médica" de la Organización Médica Colegial (OMC), 2009

	Médicos asistenciales	Médicos asistenciales en el SNS	% Médicos asistenciales en el SNS
Andalucía	26.423	14.880	56,3%
Aragón	6.206	3.327	53,6%
Ppdo. de Asturias	4.678	2.517	53,8%
Islas Baleares	3.725	1.468	39,4%
Islas Canarias	6.711	3.772	56,2%
Cantabria	2.488	1.312	52,7%
Castilla-La Mancha	5.896	4.313	73,2%
Castilla y León	10.291	6.461	62,8%
Cataluña	27.878	8.717	31,3%
Comunidad Valenciana	16.706	9.257	55,4%
Extremadura	3.859	2.550	66,1%
Galicia	9.629	5.721	59,4%
Madrid	26.835	12.023	44,8%
Región de Murcia	4.346	2.659	61,2%
C. Foral de Navarra	2.855	1.360	47,6%
País Vasco	9.053	4.262	47,1%
La Rioja	1.117	616	55,1%
Ceuta y Melilla	406	266	65,5%
ESPAÑA	169.102	85.481	50,5%

El informe también mira al futuro y ofrece, entre otros, el dato de los médicos que se jubilarán en el próximo decenio (32.101 en todo el territorio nacional). El 40,1% de los facultativos de nuestro país tiene edades inferiores a 45 años y las comunidades autónomas con mayores porcentajes por este concepto son Navarra (46,7%), Extremadura (45,4%), Madrid (44,0%), Castilla La Mancha (43,5%) y Cataluña (43,0%), frente a las comunidades autónomas con edades medias superiores, donde los porcentajes de facultativos con edades entre los 45 y 64 años son superiores, como en Ceuta y Melilla (63,9%), Asturias (56,1%), Galicia (55%), Aragón (54,6%), País Vasco (53,9%) y Castilla y León (53,8%), como se recoge en la figura 25.

Figura 25: Comunidades Autónomas con facultativos con edades inferiores a 45 años y edades comprendidas entre 45 y 64 años.

Facultativos con edades inferiores a 45 años		Facultativos con edades comprendidas entre 45 y 64 años	
Navarra	46,7%	Ceuta y Melilla	63,9%
Extremadura	45,4%	Asturias	56,1%
Madrid	44,0%	Galicia	55,0%
Castilla-La Mancha	43,5%	Aragón	54,6%
Cataluña	43,0%	País Vasco	53,9%
		Castilla y León	53,8%
Nacional	40,1%	Nacional	50,1%

Fuente: Informe sobre "Demografía médica" de la Organización Médica Colegial (OMC), 2009

Si entre los años 2004 y 2007 la población española se incrementó en 2,25 millones de habitantes, el número de médicos asistenciales en este periodo aumentó en 9.940 médicos, lo que supone 4,4 médicos asistenciales por cada mil nuevos habitantes, una cifra muy superior a la tasa existente.

En la década de 1996 a 2005, el incremento del número de médicos asistenciales ha sido de 28.170 y el de médicos hospitalarios de 20.131. Además, a lo largo de este decenio se han graduado por el sistema MIR 37.000 médicos asistenciales y 26.000 hospitalarios, datos que demuestran la suficiencia del sistema para haber atendido los incrementos de ambos tipos de facultativos.

Si nos referimos a los datos del periodo 2002 a 2007, lo primero que destaca es un crecimiento muy acusado de la población española en cerca de un 9% (3,5 millones de personas). En ese periodo el personal del sistema hospitalario, incluyendo al personal de enfermería, de dirección y administrativo, creció un 19% (figura 26) y, en el caso concreto de los médicos, un 23%, muy por encima del crecimiento de la población.

Figura 26: Evolución del crecimiento de la población, el personal sanitario y las altas y CMA en el periodo 2002-2007

	2002	2007	Var. (%)
POBLACIÓN	41.314.019	44.873.567	8,6
Médicos hospitalarios	79.745	97.966	22,8
Personal de enfermería	117.734	141.993	20,6
Personal de dirección	5.734	6.557	14,4
Personal administrativo	36.810	45.731	24,2
TOTAL PERSONAL SANITARIO	430.066	513.662	19,4
Pacientes dados de Alta	4.889.658	5.239.410	7,2
CMA	782.974	1.134.531	44,9
TOTAL ALTAS + CMA	5.672.632	6.373.941	12,4

Fuente: Elaboración propia partiendo de datos del ESCRI

Si además se compara el crecimiento del volumen de altas hospitalarias y de la cirugía mayor ambulatoria (CMA) con el crecimiento de los médicos, se presenta una aparente caída de la productividad y por lo tanto una falta de optimización o adecuación de los recursos del sistema hospitalario.

Otro aspecto que hay que reseñar es que el gasto hospitalario total aumentó en el periodo 2002-2007 un 63% mientras que el PIB creció en un 44% (figura 27), representando el gasto hospitalario total en 2007 el 3,25% del PIB español. Quizás es menos justificable el crecimiento del personal administrativo ya que el desarrollo de las nuevas tecnologías de la información debería haber permitido disminuir las labores administrativas.

Figura 27: Aumento del gasto hospitalario (2002-2007)

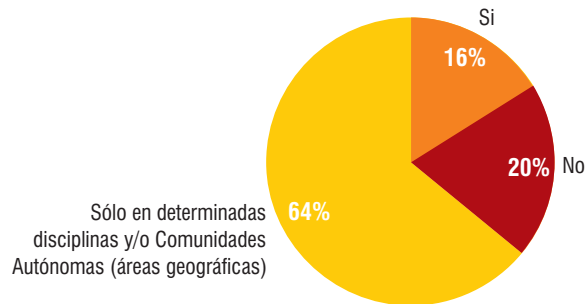
	2002	2007	Var. (%)
GASTO TOTAL (millones de €)	20.902	34.231	63,8
Gasto de personal (millones de €)	12.797	20.564	60,7
Gasto de personal/persona (€)	29.756	40.034	34,5
IPC	88,0	102,8	16,8

Fuente: Elaboración propia partiendo de datos del ESCRI

Todos estos datos nos conducen a la reflexión de que la profesión médica ha sido capaz de soportar el importante crecimiento de la población española así como de la actividad hospitalaria, por lo que no se puede hablar de escasez de médicos sino de problemas en la planificación. En este sentido, deberían buscarse soluciones que se orientaran, más que al aumento del número de médicos, a la mejora de la gestión de los recursos humanos, que pasa por superar la actual fragmentación del mercado.

Esta idea se refuerza con la propia opinión de los médicos, ya que sólo un 16% considera que existe falta de médicos, mientras que la mayoría (un 64%) opina que el déficit de médicos únicamente se da en determinadas disciplinas y/o comunidades autónomas o áreas geográficas (figura 28).

Figura 28: Opinión de la profesión médica sobre la pregunta:
 “En términos absolutos, ¿cree Vd. que faltan médicos en España?”



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

Evolución de la formación y oferta de nuevos profesionales médicos

En el período 1996-2007 el número de graduados MIR en especialidades hospitalarias, 36.000 médicos, es similar al incremento del número de médicos en la red hospitalaria española. Dicho incremento supera en el período tanto al de la población como al de los pacientes hospitalarios. Desde el curso 2000-2001 hasta 2009 España ha aumentando en un 36% el número de plazas de formación especializada y en más de un 42% las plazas de los estudiantes de medicina (figura 29).

Figura 29: Evolución de los estudiantes, licenciados y plazas MIR (curso 1999-2010)

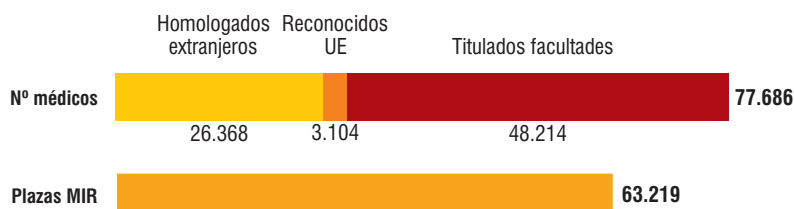
Año	Estudiantes	Licenciados	Plazas MIR
99/00	4.381	4.206	4.676
00/01	4.383	5.386	5.135
01/02	4.371	4.098	5.244
02/03	4.359	4.009	5.419
03/04	4.359	4.211	5.670
04/05	4.345	4.041	5.479
05/06	4.343	3.951	5.807
06/07	4.746	3.841	6.051
07/08	5.102	4.323	6.424
08/09	5.851	4.686	6.517
09/10	6.243	5.462	6.797
TOTAL	52.483	48.214	63.219

Fuente: datos aportados por Joaquín García Estañ, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia

Pero no sólo de licenciados sanitarios se nutre nuestro sistema sanitario, sino también de especialistas extranjeros que ven su título homologado en condiciones que requieren una modificación para garantizar la calidad de su formación y la igualdad formativa y de capacitación con los médicos de la Comunidad Económica Europea. El número de títulos de licenciado en medicina extracomunitarios homologados en España en 2007 fue de 5.383, de los que 4.819 eran extracomunitarios, mientras que el número de títulos de especialidad homologados fue de 129, lo cual supone que solo en este año se han contratado 4.700 médicos que no han homologado su título de especialista, condición legalmente necesaria desde el 1 de enero de 1995¹³.

Así, el número total de médicos disponible para la prueba de especialidades, formado por los licenciados en nuestras facultades de medicina, los títulos reconocidos en el ámbito de la Unión Europea, así como las homologaciones extranjeras, supone un exceso de aproximadamente 15.000 en el último decenio, ya que hay 77.686 médicos para 63.219 plazas MIR (figura 30).

Figura 30: Comparación entre el número de médicos con la oferta de plazas MIR (2000-2010)

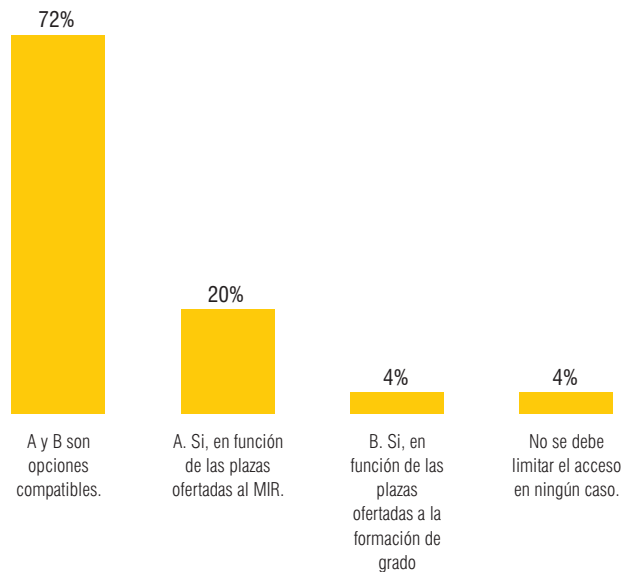


Fuente: Datos aportados por Joaquín García Estañ, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia

En opinión del 96% de los profesionales médicos, en la situación actual de existencia de “numerus clausus” en las facultades de medicina, debería restringirse el acceso a la formación especializada de los licenciados en medicina extracomunitarios, tanto en función de las plazas ofertadas al MIR como en función de las plazas ofertadas a la formación de grado, ya que el 72% de los encuestados consideran que ambas perspectivas son compatibles (figura 31).

13. Informe sobre homologación de títulos de medicina obtenidos en países extracomunitarios. Asamblea General de la OMC.

Figura 31: Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: “Mientras exista ‘numerus clausus’ en nuestras facultades de medicina, ¿cree usted que debería restringirse de manera ostensible el acceso a la formación MIR de los licenciados graduados extracomunitarios?”



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

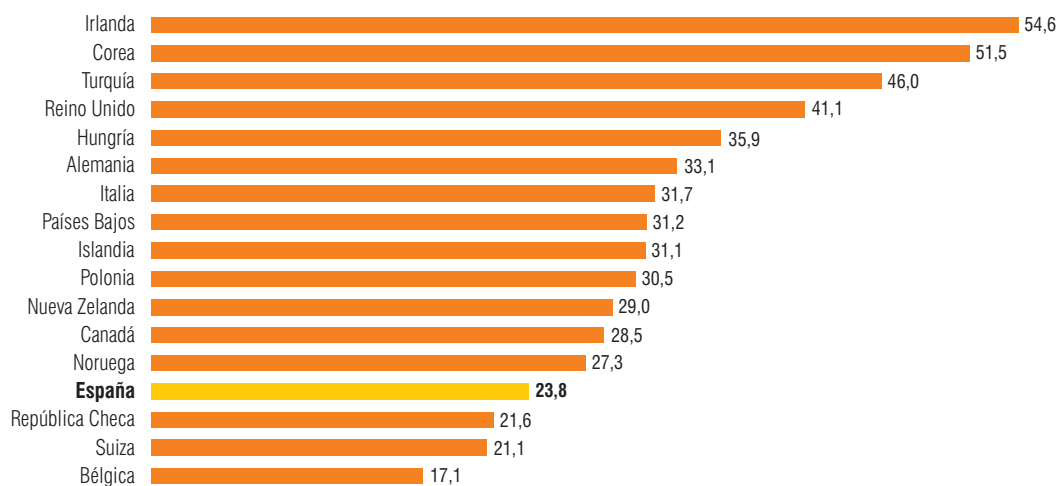
Las facultades españolas están aportando el 93% de los médicos necesarios para el sistema de formación especializada y desde 2006 las facultades de medicina han aumentado en aproximadamente un 40% el número de estudiantes. En lo que se constatan importantes diferencias es entre comunidades autónomas, como sucede en el caso de Castilla-La Mancha, cuyo ratio de estudiantes por 10.000 habitantes es muy inferior al del resto de las regiones, sucediendo lo mismo con la relación de alumnos por plazas MIR ofertadas, como se puede apreciar en la figura 32.

Figura 32: Ratios Estudiantes por plazas ofertadas del MIR, 2009

	Total comunidad 09-10	Estudiantes/ 10.000 hab.	Plazas MIR 2009	Alumnos/ plazas MIR	Facultades/ millón hab.
Navarra	200	3,17	103	1,94	1,59
Aragón	265	1,97	237	1,11	1,49
Galicia	350	1,25	341	1,02	0,36
Canarias	280	1,33	279	1,00	0,95
Andalucía	1.096	1,32	1.139	0,96	0,60
Cantabria	108	1,83	113	0,95	1,70
Cataluña	1.063	1,42	1.124	0,94	0,94
Castilla y León	400	1,56	440	0,90	0,78
Murcia	200	1,38	235	0,85	0,69
Madrid	1.146	1,79	1.350	0,84	1,10
Extremadura	135	1,22	161	0,83	0,91
Valencia	530	1,04	664	0,79	0,59
País Vasco	240	1,10	330	0,72	0,46
Asturias	125	1,15	175	0,71	0,92
Castilla la Mancha	105	0,50	315	0,33	0,48
TOTAL	6243	1,47	7.006	93,16	0,90

Fuente: Datos aportados por Joaquín García Estañ, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia

Si comparamos nuestras cifras de licenciados con las de la OCDE, España tiene un ratio de 23,8 licenciados por cada plaza de formación especializada (sistema MIR), situándose por debajo de la media del conjunto de los países de la OCDE cuyo ratio es de 32,7 (figura 33).

Figura 33: Ratios Estudiantes por plazas ofertadas del MIR, 2009

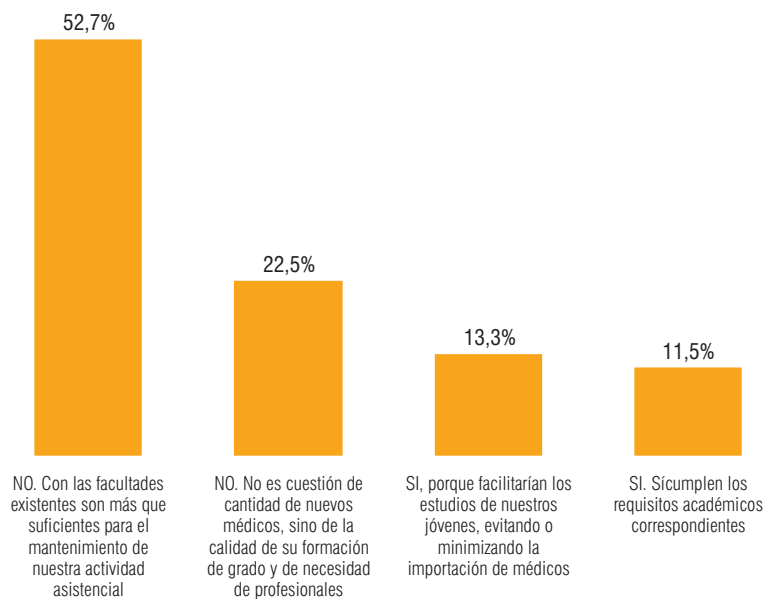
Fuente: OECD Health Data 2009

Existen en España previsiones de creación de trece nuevas facultades de medicina en los próximos años:

- Andalucía: Almería, Jaén, Huelva
- Baleares: Mallorca
- Castilla-La Mancha: Ciudad Real
- Castilla y León: León
- Galicia: La Coruña, Vigo
- La Rioja: La Rioja
- Madrid: Francisco de Vitoria
- Murcia: UCAM
- Valencia: Castellón, CEU

En relación con lo anterior, el 75% de los representantes colegiales consideran que no es oportuno crear nuevas facultades de medicina, ya sea porque creen que las facultades existentes son más que suficientes (53%) o porque creen que la problemática actual no es una cuestión de nuevos médicos, sino de la calidad de su formación de grado y de necesidad de profesionales (figura 34).

Figura 34: Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: “¿Cree Vd. Que a día de hoy es oportuna la creación de nuevas Facultades de Medicina públicas o privadas?”



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

España se sitúa en 2006 como el segundo país del mundo con más facultades de medicina por millón de habitantes, con un ratio de 0,80¹⁴, solamente superado por Corea con un ratio de 1,08. Respecto a esta situación, el presidente de la Conferencia de Decanos criticó, en el II Congreso de la Profesión Médica, que la solución pase por aumentar el número de facultades como están haciendo algunas comunidades autónomas. El sistema no puede regularse exclusivamente por el aumento de plazas de las facultades aunque éstas tengan que hacer un esfuerzo para proporcionar el número de médicos necesario al Sistema Nacional de Salud.

El principal problema que conlleva la demografía médica es la gran demanda para estudiar medicina por el efecto de la llamada de falta de especialistas. Esto se traduce, en que hay entre 6-7 estudiantes por cada plaza que se oferta en las facultades de Medicina. Si España tuviese que hacer caso a esta demanda tendría que crear cien universidades. La profesión médica tiene la preocupación de que el aumento de facultades conlleve una pérdida de calidad.

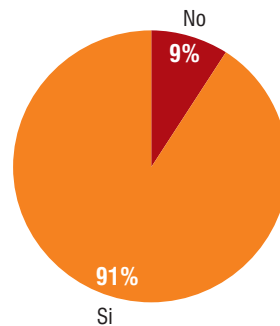
La necesidad de un registro nacional de médicos como instrumento de apoyo a la planificación

En España no existe un registro nacional de médicos, por lo que es imposible saber de forma fiable tanto su número, como las especialidades que ejercen. De las diecisiete comunidades autónomas que conforman nuestro país, en cuatro no es obligatoria la colegiación para los médicos que sólo trabajan en la sanidad pública. Los datos que poseen los Colegios de Médicos son parciales y no suelen estar actualizados en lo referente a la especialidad que ejercen. Aparte de no tener datos fiables de los médicos que trabajan sólo en la Sanidad pública en las cuatro comunidades en que no es obligatoria la colegiación, es casi una norma que, una vez que se ha colegiado, el médico no actualice sus datos en cuanto a adquisición de nuevas titulaciones ni cambio en el modelo de ejercicio profesional.

La OMC ha insistido repetidamente ante las autoridades sanitarias sobre la necesidad de intercambiar los datos disponibles a fin de establecer necesidades reales y estudiar conjuntamente las medidas a implantar para garantizar una misma atención sanitaria a todos los ciudadanos, independientemente de la comunidad autónoma en la que residan o vayan a recibir las prestaciones sanitarias, señalando que se trata de un problema de diagnóstico y en consecuencia el tratamiento no puede ser indiscriminado. En este sentido, el 91% de los representantes colegiales consideran que es necesario crear un registro que determine el conocimiento de cuántos médicos hay en activo, como se distribuyen por especialidades, edad y otras variables para llevar a cabo una planificación rigurosa (figura 35).

14. Europa Press, Madrid 24 marzo 2009.

Figura 35: Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: “La falta de un registro nacional de médicos, ¿cree Vd. que contribuye a la imposibilidad de planificación real de necesidades, por desconocimiento de las administraciones de la situación actual?”



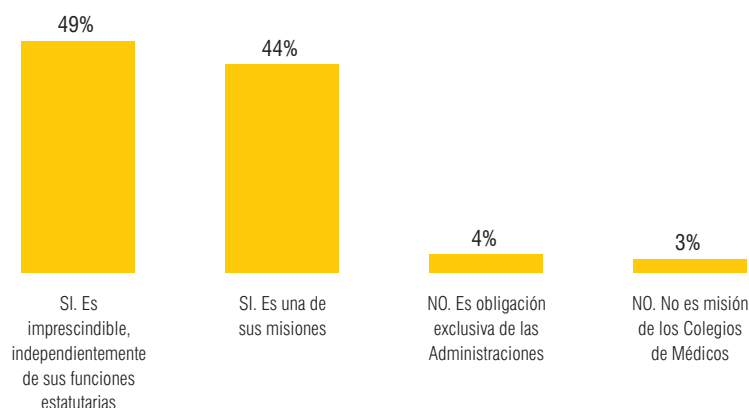
Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

Es imprescindible la planificación por parte de los responsables de la sanidad pública y habilitar los recursos disponibles para alcanzar estos objetivos. Es imprescindible tener en cuenta la disponibilidad de médicos porque sabemos que son un factor fundamental. Desde hace un tiempo estamos viviendo un proceso acelerado de súper especialistas, al tiempo que se dan situaciones de abundancia de médicos en determinadas especialidades frente a la escasez de otras, sin que haya capacidad de sustitución en el sistema. Esto lleva naturalmente a que el sistema tenga que tener determinado de forma adecuada el número adecuado de médicos en su conjunto y de todos y cada uno. Desde el punto de vista económico esta situación genera costes, ya que el sistema no funciona correctamente y se producen despilfarros.

En la sociedad desarrollada hay una preocupación más, la calidad. Desde hace tiempo la humanidad se enfrentó a problemas graves de escasez. En estos momentos, los problemas de escasez han desaparecido y hay preocupación, no por la cantidad sino por la calidad. La preocupación por la calidad, en este caso por una buena Medicina, incumbe en gran medida a la OMC. La sociedad cada vez más se preocupa porque la persona que realiza una intervención la hace en un centro acreditado y dotado del personal adecuado. No es nada fácil en España, consultando los registros de la OMC, conocer el número de especialistas y su distribución; no sirve de nada que haya una parte de Colegios que dan la información porque la planificación se hace a nivel global y, por lo tanto, la carencia de datos de algunos Colegios invalida este registro y los hace muy poco útiles.

En el contexto de esta situación, un 93% de los representantes colegiales consideran que los Colegios pueden contribuir a una planificación realista de las necesidades reales de los médicos, por lo que se refleja la necesidad por parte de la profesión médica del papel activo de la OMC en esta labor (figura 36).

Figura 36: Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: “¿Cree Vd. que los Colegios de Médicos pueden contribuir a una planificación realista de las necesidades reales de médicos?”



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

Para que esta necesidad pueda ser satisfecha es imprescindible que la OMC pueda disponer de información de la totalidad de los especialistas y su distribución por todo el territorio español. Es una obligación exigida por la sociedad y voluntariamente asumida por la OMC. Evidentemente, hay otras formas y si se prodiga la falta de respuesta por la OMC surgirán otras instituciones que lo satisfagan. Ante esta demanda no es posible informar, dar las respuestas que se vienen dando, donde no se sabe el número de médicos en activo, jubilados, cómo se distribuyen, por especialidades, etc. No parece comprensible que no se disponga de esta información de forma accesible porque hay instituciones que se la ofrecen a sus asegurados como las compañías privadas. Es una de las legitimaciones de una institución tan antigua y prestigiosa como es la OMC y se espera que en esta situación transitoria sea capaz de garantizar a la sociedad española quién es médico y quién no y qué títulos tiene.

La necesidad de una solución global

En el contexto de situación que hemos analizado se presentan a la profesión médica varios retos a los que debe darse respuesta rápida para asegurar la calidad de la formación y evitar el gasto innecesario:

- La solución, más que en el aumento del número de médicos, está en una mejora de la gestión de los recursos humanos que pasa, necesariamente, por superar la fragmentación geográfica del “mercado”.

- Debe realizarse una planificación conjunta de necesidades de médicos, participando Sanidad, Universidad, Colegios Médicos, Sindicatos, Asociaciones Científicas, etc. Así, es necesario que las autoridades sanitarias y universitarias, autonómicas y nacionales colaboren para planificar las necesidades futuras y paliar el déficit de especialistas y, para ello, es necesario que exista voluntad política para disponer de un registro nacional de médicos, por especialidades y modalidad de ejercicio.
- La necesidad de desarrollar una regulación global que permita asegurar la calidad de la formación de los médicos, y que constituya el paraguas regulatorio tanto para los licenciados nacionales en medicina, como para los demás médicos de la Unión Europea y para los médicos extracomunitarios (homologaciones).
- El sistema no puede regularse exclusivamente por el aumento de plazas de las facultades aunque éstas tengan que hacer un esfuerzo para proporcionar el número de médicos necesario al Sistema Nacional de Salud. Hay que tener en cuenta que hay que regular también la entrada de médicos extracomunitarios de la Unión Europea y de otros países que viven situaciones conflictivas si no queremos crear un exceso de médicos, si queremos evitar otra bolsa histórica de paro y no queremos perjudicar a nuestros estudiantes.

Propuestas estratégicas

1. Promover la creación de un registro permanente y actualizado de especialistas médicos y su distribución geográfica, como herramienta para mejorar la gestión de los Recursos Humanos.

- 1.1. Desarrollar acuerdos con los Colegios de Médicos, y autoridades sanitarias (Ministerio de Sanidad y Política Social) para el desarrollo de un registro único a nivel nacional.
- 1.2. Proponer los procedimientos que permitan la actualización permanente del registro.
- 1.3. Proponer el desarrollo normativo correspondiente.

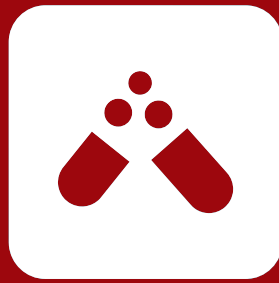
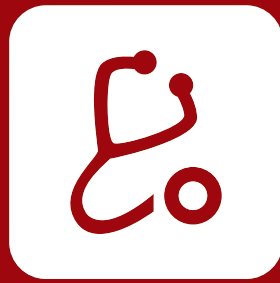
2. Realizar propuestas de planificación de las necesidades de médicos para paliar los déficits de especialistas en determinadas zonas geográficas

- 2.1. Analizar, junto con los Colegios de Médicos y autoridades sanitarias locales, la situación real de las necesidades de médicos, identificando las posibles amenazas a corto, medio y largo plazo y buscando soluciones.
- 2.2. Crear foros y comités en los que estén representados los Colegios Médicos, la Administración, universidades, sindicatos y asociaciones científicas, a nivel autonómico y nacional.

La OMC tendrá la iniciativa de reunir a los representantes para llegar a conclusiones conjuntas y proponer medidas de actuación para resolver las cuestiones relativas a problemas de demografía médica.

3. Promover el desarrollo regulatorio que modifique el sistema actual de evaluación de los títulos de médico obtenidos en países extracomunitarios y garantice el acceso a la formación especializada en condiciones de igualdad y calidad de la formación

- 3.1. Analizar los procesos de homologación para plantear mejoras y garantizar la calidad de la formación.
- 3.2. Crear un procedimiento evaluativo en base a una prueba de habilidades teóricas y prácticas.



5

Modelo retributivo en el ejercicio profesional

Contexto del modelo retributivo en el Sistema Nacional de Salud

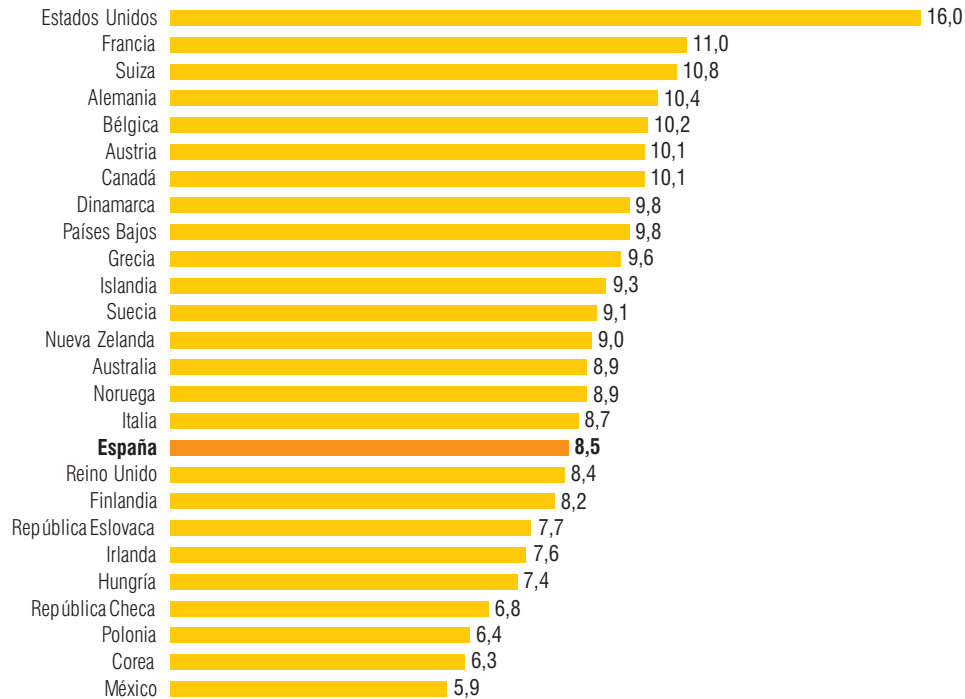
Según todos los expertos, el principal problema al que se tiene que enfrentar el Sistema de Salud en los próximos años es el de su sostenibilidad económica y financiera debido al aumento de los costes.

El análisis de este problema incluye, por un lado la financiación, la eficiencia en la gestión, la determinación de la cartera de servicios, el peso de las innovaciones bio-tecnológicas (aquí se incluye el elevado coste de la prestación farmacéutica en España¹⁵, un 21% del gasto sanitario, por encima de la media de los países de la OCDE del 17%) y, por otro lado el coste de los recursos humanos.

Todo esto sin olvidar que también se acepta, con general consenso, que somos uno de los países de la OCDE que menos porcentaje del PIB dedica al gasto total en salud (en 2007, el 8,5%- ver figura 37- y un 6,1% si se tiene únicamente en cuenta el gasto sanitario público), y que tiene una mayor y mejor cartera de servicios, con una alta calidad asistencial y la equidad como referencia en sus servicios. La baja inversión en sanidad respecto a otros países reside, en buena medida, en los salarios de los médicos.

15. OECD Health Data 2009. Gastos farmacéuticos, % del gasto total en salud.

Figura 37: Gasto total en Salud 2007 (% del PIB)

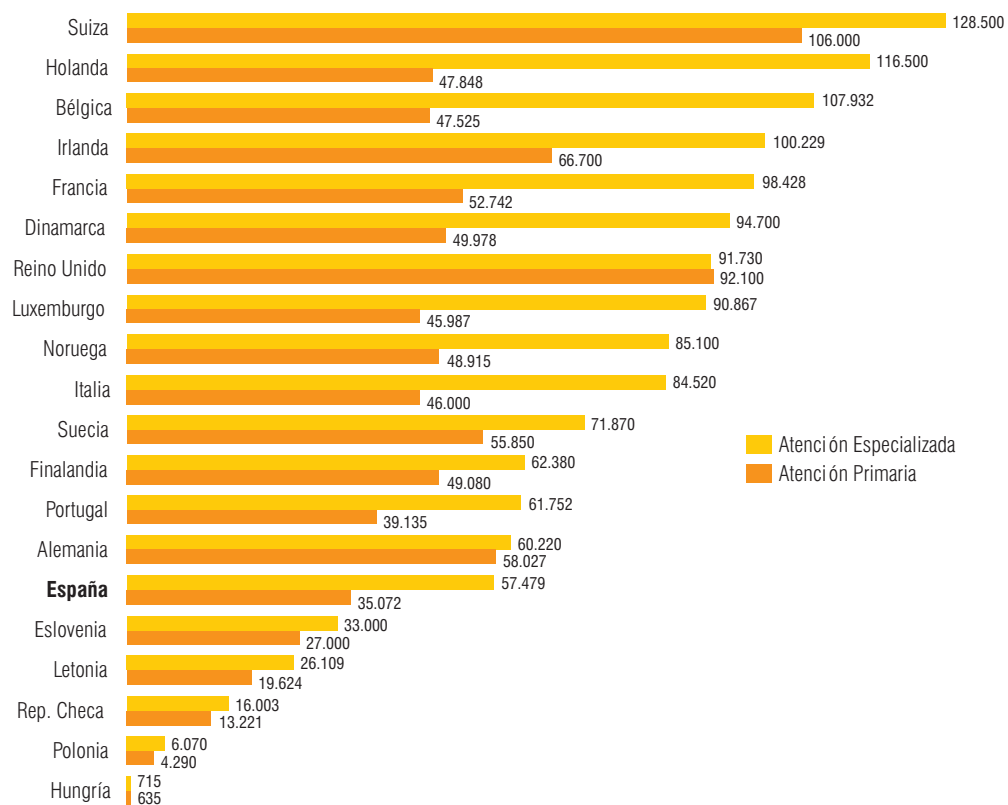


Fuente: OECD Health Data 2009

Unos niveles salariales en España inferiores a la media europea

Sin embargo, las retribuciones de los profesionales, y en particular de los médicos, están por debajo de la media de la de los países de nuestro entorno, todo ello en un contexto de recursos limitados, de crisis financiera y de demandas asistenciales crecientes por parte de los ciudadanos. Un estudio publicado en 2006 por Medical Economics¹⁶ evidencia que en España el salario medio de un médico de familia puede alcanzar los 35.000 euros anuales, mientras que el de un médico especialista se sitúa en torno a los 50.000 euros de media (figura 38). En comparación con el salario medio de los médicos europeos, esto supone un 19% menos. Adicionalmente, el estudio señala que cada vez es mayor el número de profesionales que optan por emigrar a otros países donde el panorama sanitario les ofrece mejores oportunidades: Reino Unido, Holanda o Suecia son los destinos más demandados por el personal sanitario de Alemania o España, mientras que los países de nueva incorporación a la U.E., como Polonia, eligen España o Italia para ejercer su profesión y triplicar sus ingresos. Paradójicamente nuestro país se ha convertido en exportador e importador de facultativos.

16. Informe Eurogalenus para Medical Economics. Medical Economics 2006; III(20):22-27

Figura 38: Remuneraciones medias de los médicos europeos (2006)*

* Euros brutos al año.

Fuente: Medical Economics, 8 de diciembre de 2006

Teniendo en cuenta que en 2007 los gastos de personal alcanzaron el 41,68% del gasto sanitario público, el determinar tanto el modelo retributivo como la cuantía del salario que deben percibir los profesionales del sector público del Sistema Nacional de Salud se configura como un elemento capital en la gestión del propio sistema.

Un modelo retributivo heterogéneo

No debemos deslindar de la financiación del Sistema, las retribuciones de los médicos, como elementos más cualificados de la sanidad de nuestro país. El modelo retributivo de los profesionales más cualificados de una empresa de prestación de servicios al ciudadano, como es el sistema sanitario, no puede ser un elemento más de su política de personal, sino condición sustancial y decisiva para la viabilidad del modelo de gestión que se adopte. Tampoco puede considerarse, de forma aislada, de otros tipos de compensaciones profesionales, si no se quiere caer en un planteamiento desmotivador e inflacionista, donde las retribuciones siempre serán percibidas como insuficientes y podrán llevar a la desmotivación e insatisfacción.

MODELO RETRIBUTIVO (Estatuto Marco)

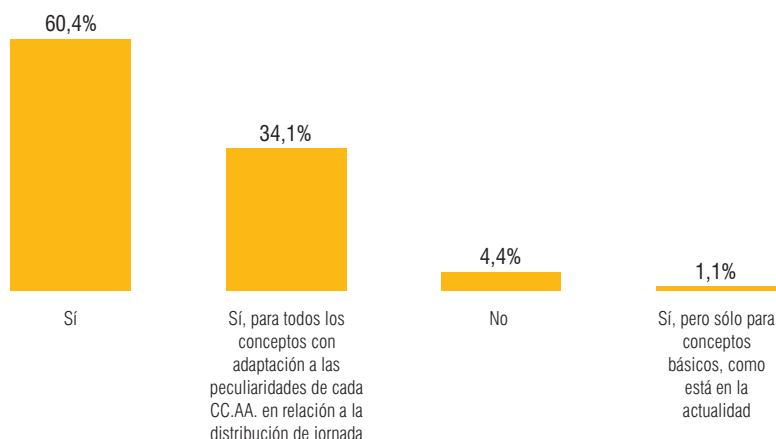
FIJAS (Art. 42. Competencia de del estado)	Sueldo
	Trienios
	Pagas extraordinarias
COMPLEMENTARIAS (Art. 43. Competencia de las CCAA, implantación progresiva)	Fijas
	VARIABLES

El modelo retributivo de los representantes colegiales que trabajan en centros sanitarios públicos está contemplado en nuestro país en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal sanitario de los servicios de salud, el cual establece el modelo de retribuciones fijas y complementarias: las fijas pertenecen al Estado (sueldo, trienios, pagas extraordinarias) mientras que las complementarias son competencia de las comunidades autónomas con una implantación progresiva, que son fijas y variables, no señalando el Estatuto Marco cuáles son cada una de ellas.

Si preguntamos a cualquier médico del sector público por sus retribuciones, es raro que encontremos a alguien mínimamente satisfecho, ya que siempre se encontrará insuficientemente retribuido en relación a su responsabilidad, su conocimiento y sus competencias profesionales. Pero sobre todo, le encontraremos totalmente insatisfecho con el reconocimiento que se hace de su labor por parte de los gestores del sistema sanitario; por la falta de participación en la toma de decisiones; por la despersonalización del ejercicio profesional y por el igualitarismo que impera en el sistema, con un entorno hostil y excesivamente funcional del ejercicio profesional.

En España, desde que se completó el proceso transferencial de la sanidad, una de las características que definen las retribuciones de los médicos de las distintas comunidades autónomas es la de su heterogeneidad, que afectan más a las cuantías que a los conceptos y que se utiliza en ocasiones como instrumento de poder (premiar vs. castigar). En este sentido prácticamente el 95% de los representantes colegiales consideran que es necesario definir un modelo retributivo homogéneo para todo el Sistema Nacional de Salud (figura 39).

Figura 39: Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: “¿Cree necesario un modelo retributivo común, único para todo el Sistema Nacional de Salud?”



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

En la necesidad de solucionar dichas disparidades también hay consenso, manifestándose en este sentido, por unanimidad, el Pleno del Consejo Interterritorial en 2008, cuando con el objetivo de evitar una competencia desleal entre las comunidades autónomas, consideró necesaria una unificación de retribuciones, al menos en los conceptos básicos, para que, entre otras cosas, se minoren los agravios comparativos y se evite la fuga y el trasiego de profesionales de una a otra comunidad.

En definitiva, el modelo retributivo del Sistema Nacional de Salud se caracteriza por tratarse de un modelo funcional, heterogéneo, mal percibido por el médico, que genera conflicto entre las comunidades autónomas, y en ocasiones es utilizado como un instrumento de poder y que genera desmotivación e insatisfacción.

Los principios básicos que debe tener cualquier sistema retributivo deben estar guiados por el profesionalismo médico, que además de retribuir, fomente el sentido de pertenencia a la organización, estimule el trabajo en equipo y dinamice las relaciones interpersonales e interprofesionales.

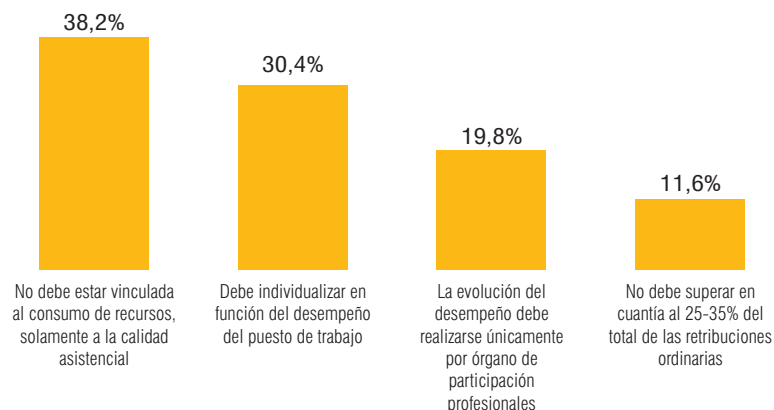
Este modelo retributivo debe ser objetivo, transparente y proporcional, que esté de acuerdo con lo que de verdad se quiere retribuir y sea aceptado por el conjunto de la profesión médica. De ahí deben desaparecer los conflictos de intereses que surjan en el ejercicio profesional, para que así, respondiendo a estas premisas y que permita, siguiendo las distintas teorías de la motivación, desde Maslow a Bandura, la motivación fundamental que perciban los profesionales esté vinculada a los valores éticos y deontológicos del ejercicio profesional, es decir, a la satisfacción del trabajo profesional bien hecho en beneficio del paciente.

En opinión de la Confederación Española de Sindicatos Médicos (CESM)¹⁷ el modelo retributivo debe ser único y universal, claro y comprensible, eficaz y equitativo, a la vez que debe incentivar la calidad, el esfuerzo, el compromiso, la eficiencia y la excelencia. Así, defiende que el modelo retributivo debe evolucionar para pagar al médico:

- Por lo que es: concepto salarial fijo y universal, ligado a la jerarquía del médico, al médico en formación o al especialista (sueldo, trienios, pagas extraordinarias).
- Por cómo lo hace: concepto retributivo fijo e individual, mediante complemento ligado a la persona, que reconoce el nivel de desarrollo profesional o de capacitación.
- Por lo que hace: concepto retributivo variable ligado a la jornada, la responsabilidad, la docencia e investigación, los incentivos, las jornadas complementarias, la actividad adicional o la penosidad, entre otras variables.
- Por los resultados: concepto retributivo variable ligado al cumplimiento de objetivos (dirección por objetivos- DPO), a parámetros de calidad o al sistema de incentivación profesional o carrera profesional.

La retribución por cumplimiento de objetivos debe ser motivadora y reconocer el esfuerzo individual. Debe suponer una cuantía adecuada (alrededor del 25-30% de las retribuciones fijas) y ser alcanzable por todos. En relación con la retribución variable, existen diferentes opiniones por parte de los representantes colegiales sobre la forma de abordarla, como se puede apreciar en la figura 40.

Figura 40: Opinión de la profesión médica sobre las retribuciones incentivadas o complemento de productividad variable



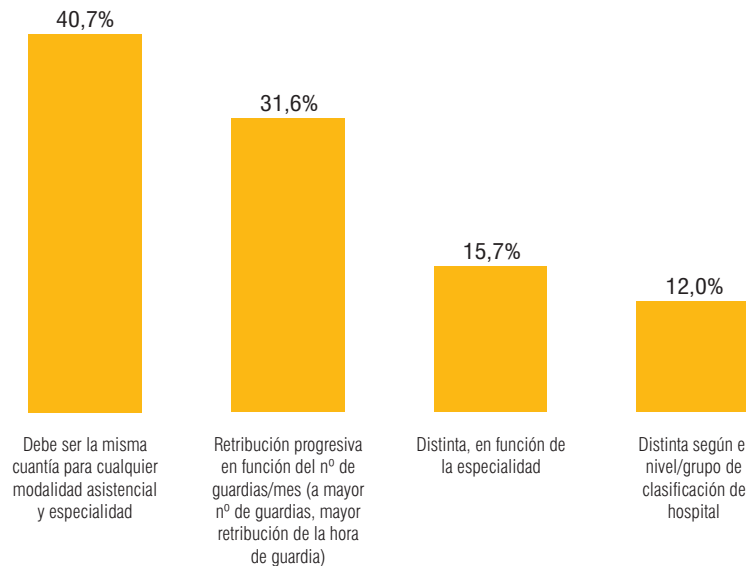
Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

17. Ponencia de Patricio Martínez, Secretario General de CESM, en el II Congreso de la profesión Médica

Estando de acuerdo y compartiendo los principios anteriores, lo que debemos exigir a cualquier modelo retributivo es que reconozca adecuadamente, en relación con las circunstancias socioeconómicas, la responsabilidad, el conocimiento, la formación, el desempeño y los resultados en salud que implica el ejercicio profesional, y que estimule y reconozca la formación continuada, el compromiso profesional, a la vez que permita, como a cualquier otro ciudadano, la conciliación de la vida familiar y laboral.

Una de las cuestiones que actualmente preocupan a la profesión médica la constituye el modelo retributivo de la atención continuada. Los representantes colegiales tienen diferente opinión sobre cómo debe ser la retribución de las guardias médicas, ya que el 40,7% considera que debe ser la misma cuantía para cualquier modalidad asistencial y especialidad y un 31,6% considera que la retribución debe ser progresiva en función del número de guardias al mes. Otra parcela de la profesión médica opina que la retribución debe ser distinta en función de la especialidad (15,7%) y según el nivel de clasificación de hospital (12%) (Figura 41).

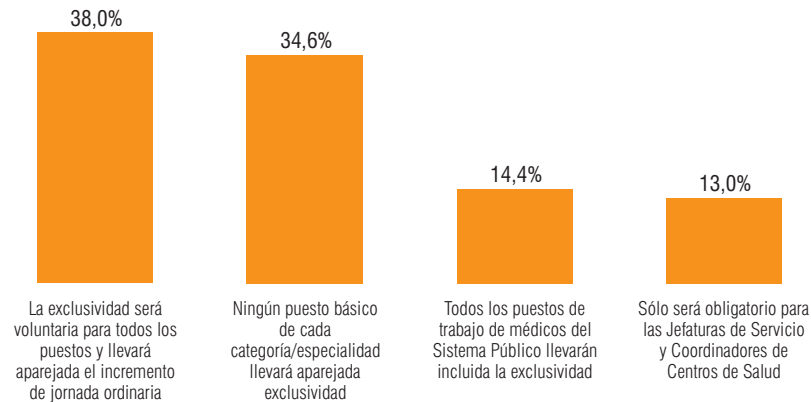
Figura 41: Opinión de la profesión médica sobre la retribución de la atención continuada (guardias médicas)



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

Respecto al complemento específico ligado a la dedicación exclusiva, casi un 73% de los representantes colegiales consideran que ésta en todo caso no debe ser obligatoria: el 38% de los representantes colegiales opinan que la exclusividad debería ser voluntaria para todos los puestos y que llevaría aparejada el incremento de jornada ordinaria y el 34,6% opina que ningún puesto básico de cada categoría/especialidad llevará aparejada exclusividad. Existe un 14,4% de representantes colegiales que consideran que todos los puestos de trabajo de médicos del Sistema Público llevarán incluida la exclusividad, frente al 13% que considera que sólo sería obligatoria para jefaturas de servicios o coordinadores de centros de salud (figura 42).

Figura 42: Opinión de la profesión médica el complemento específico ligado a la exclusividad



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

Es importante que el modelo retributivo del profesional médico reconozca el nivel de desarrollo profesional o de capacitación, ya que es el compromiso adquirido con la sociedad de mantener sus capacidades. Para ello, las organizaciones que representan a los médicos deben ser capaces de asumir, bajo consenso, un desarrollo profesional para el médico que no se puede confundir con la carrera profesional (compromiso con la empresa) sino que una idea que el médico debe asumir como el pacto con la sociedad, con el ciudadano y con el paciente.

La experiencia internacional

Hay países en los que los representantes colegiales no son funcionarios, como en el Reino Unido, Dinamarca o Francia y las remuneraciones de los médicos son más altas; esto ocurre también con otros países como Portugal que con menor nivel de vida que España tienen mayores salarios y por ello hay representantes colegiales que deciden emigrar a estos países.

Un médico español, dependiendo de la comunidad autónoma donde trabaje, recibe unas retribuciones brutas anuales entre los 53.000 y 63.000 euros, muy lejos de las retribuciones de médicos como los del Reino Unido de 90.000 a 144.000 euros o los de Francia de 60.000 a 115.000 euros¹⁸.

En países como Australia se ha implantado una nueva forma de pago, al incluir un incentivo por rendimiento o desempeño, modelo retributivo que se ha extendido a Canadá, Estados Unidos, Nueva Zelanda y el Reino Unido, entre otros países. Se trata de un incentivo por calidad, por desempeñar la actividad médica

18. Madrid, 12 de abril 2010 (medicosypacientes.com). Tribuna: Modelo retributivo de los médicos. el doctor Carlos R. Arjona

de acuerdo a unas normas establecidas. Este tipo de remuneración mezcla calidad y cantidad, *pay for performance* (P4P), y promueve que ciertas actividades seleccionadas se hagan según se estime más conveniente. Por lo tanto, consiste en un sistema de remuneración a los representantes colegiales en función de su grado de contribución a los resultados que la organización sanitaria persigue, y medido de forma objetiva en función de indicadores que incluyen, como uno de los principales elementos de evaluación, medidas de buena práctica y calidad clínica. La mayor parte de los planes de P4P ofrecen un programa de incentivos que suponen, al menos, un 10% de ganancia potencial a los profesionales que logran los objetivos establecidos.

En el National Health Service (NHS) del Reino Unido, se introdujo el pago por desempeño en 2004 (con revisiones en 2006 y 2008) a través de la iniciativa Quality and Outcomes Framework, cuyo principal objetivo era el lograr un trabajo más eficiente de los médicos generales. Con estos incentivos, que podían suponer hasta 95.000 euros brutos al año para un centro de salud medio con tres médicos a tiempo completo y unos 5.500 pacientes, se tiene que dar respuesta a 150 indicadores de calidad. En total son 81 indicadores clínicos (medidas de la calidad clínica sobre 10 enfermedades crónicas más prevalentes); 56 de organización (registro en el sistema, comunicación con pacientes, educación y formación, gestión de medicamentos,...), 10 de servicios adicionales y 4 de valoración o experiencia del paciente. Este modelo ha demostrado tener indudables ventajas para la atención primaria del NHS y los médicos generales están más satisfechos debido a las mejoras retributivas y disminución de la carga asistencial, ya que la remuneración anual pasó de una media de 58.720 euros a 74.080 euros, disminuyendo la jornada semanal de 44,5 a 40,8 horas¹⁹.

Existen no obstante algunos riesgos derivados de este modelo de pago: la posibilidad, por parte del médico, de focalizarse en exceso en alcanzar los objetivos de calidad establecidos para determinados procesos prestando menos atención a otros relevantes; la falta o inadecuado equilibrio entre indicadores clínicos (que se deben ceñir a áreas con alto impacto demostrado en la salud general) y otros indicadores no clínicos (como la contención del gasto) que incidan negativamente en la atención; o la excesiva dedicación del médico a la tarea administrativa de cumplimentar los indicadores.

En cualquier caso, éstas suponen iniciativas interesantes cuyas ventajas e inconvenientes deben ser cuidadosamente estudiadas, a fin de analizar el potencial beneficio que en nuestro país podría suponer la aplicación de las buenas prácticas internacionales en materia retributiva.

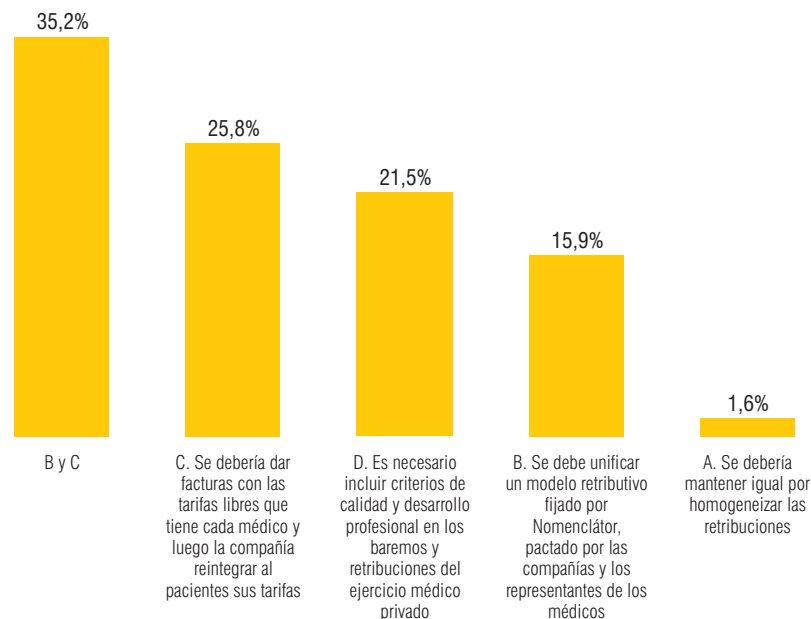
19. Gervás, J., Pérez; M. Pago por desempeño ("pay for performance" [P4P]). AMF 2008; 4(6): 344-352.

El modelo retributivo en el sector privado

Las retribuciones de los representantes colegiales del sector privado deben ser revisadas bajo los mismos principios, anteriormente expuestos, ya que el sistema asegurador privado, especialmente en el caso del mutualismo sanitario administrativo (modelo MUFACE), está repercutiendo la infrafinanciación en los baremos. Las consultas privadas en España generan una parte importante de los salarios que percibe el colectivo médico (en ocasiones el único) y el modelo MUFACE se configura como un sistema de alto valor añadido para los beneficiarios): cobra importancia el hecho de que aproximadamente el 85% de la población mutualista elija ser atendido en el ámbito privado, lo que refleja su satisfacción con el modelo. La reducida financiación que reciben las compañías aseguradoras que participan en el modelo, y la falta de actualización de las primas para hacer frente a los crecientes gastos sanitarios, las está afectando en su rentabilidad, lo que a su vez supone una mayor presión sobre los precios que las aseguradoras están dispuestas a pagar por los servicios médicos. La OMC debe implicarse en la problemática que la infrafinanciación del sistema MUFACE genera a los profesionales médicos, asunto que no está exento de complejidad.

En esta línea, la práctica totalidad de los representantes colegiales considera que los modelos retributivos de las consultas privadas deberían modificarse, con distintas prioridades sobre el modelo a aplicar (figura 43).

Figura 43: Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: “En España tenemos un sistema de pago mediante talones de las compañías en las consultas privadas. ¿Cómo se deberían establecer las retribuciones?”



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

Propuestas estratégicas

1. Promover un cambio en el modelo retributivo actual de los representantes colegiales del sistema sanitario público

1.1. Realizar un estudio de análisis del actual modelo retributivo e identificar las posibilidades de evolución

- >. Creación de un comité de expertos con participación de la OMC, el Ministerio de Sanidad y Política Social, representantes de las comunidades autónomas y de los sindicatos médicos, para el estudio y desarrollo de análisis y propuestas de un marco retributivo común para el Sistema Nacional de Salud.
- >. Estudio del desarrollo y eficacia de otros modelos retributivos desarrollados en el ámbito internacional, analizando sus ventajas e inconvenientes desde la perspectiva de la productividad, la calidad asistencial, la implicación y motivación de los médicos y el coste económico que suponen para el país.
- >. Desarrollo de una macroencuesta específica dirigida a la profesión médica sobre posibles cambios en el modelo retributivo actual.
- >. Análisis de los condicionantes jurídicos y presupuestarios que condicionan la evolución del modelo.
- >. Elaboración de los puntos básicos y principios en los que se tendría que basar el nuevo modelo retributivo teniendo en cuenta las competencias actuales (estatal vs. autonómicas).

1.2. Diseñar un modelo de retribución variable

- >. Elaboración de una propuesta, con la colaboración del Comité de Expertos, para la creación de un nuevo modelo de retribución variable.
- >. Definición de los parámetros de evaluación del desempeño profesional, que permitan establecer un criterio retributivo en función de su grado de contribución a los resultados.
- >. Definición del proceso de implantación del nuevo modelo retributivo propuesto.

1.3. Establecer canales de diálogo con los grupos de interés para promover la adopción del modelo definido

- >. Incorporación en la agenda política de la necesidad de establecer cambios en el modelo retributivo de la profesión médica.
- >. Identificación de líderes de opinión que contribuyan a promover la adopción del nuevo modelo retributivo.

2. Liderar mejoras retributivas en el ámbito de aseguramiento privado

- 2.1. Desarrollar encuentros con el área del mutualismo sanitario administrativo de Unespa, para valorar alternativas de colaboración para la mejora del modelo de financiación del mutualismo y de los honorarios médicos actualmente vigentes.
- 2.2. Promover, entre el sector asegurador, la diferenciación retributiva en función del desempeño de los profesionales

Requiere concienciar a las compañías aseguradoras acerca de la importancia de mejorar el conocimiento de la aportación de los profesionales que forman parte de sus cuadros médicos, con el fin de establecer esquemas retributivos que premien a los mejores.



6

Respuesta profesional ante los nuevos retos asistenciales

Triple crisis: medicina, médicos y sistema

La medicina y los sistemas sanitarios no han sabido responder adecuadamente al cambio demográfico y epidemiológico que marca el paso al envejecimiento, la cronicidad y la co-morbilidad. Tanto la medicina como los sistemas sanitarios perseveran en el paradigma actual de respuesta asistencial, buscando el virtuosismo en procedimientos e intervenciones singularizadas, más que en procesos integrados y trayectorias pluripatológicas de pacientes. El proceso terapéutico en el final de la vida, es sólo el más visible e ineficiente de los excesos que se practica habitualmente.

Sin embargo, es posible que no se sea consciente de la intensidad del desajuste y del daño que este desenfoco está produciendo y el que puede ocasionar en la legitimidad de la medicina, en la moral de los representantes colegiales y en la sostenibilidad de los sistemas públicos de salud.

Hacer lo mismo cuando los resultados son insatisfactorios, y la realidad ha seguido un curso de cambios cada vez más acelerados, no puede conducir a resolver los problemas que atañen a los representantes colegiales y que constituyen el verdadero reto de la medicina moderna.

La dificultad de avanzar radica en que estos problemas tienen tres dimensiones interconectadas de crisis, referidos a la medicina, la profesión médica y los sistemas sanitarios:

- a) La **medicina** moderna se ha desorientado por la fascinación tecnológica, la comodidad indolente de la hiperespecialización y la tendencia a conceder prestigio a lo molecular en detrimento de lo profesional.

Esta misma ola se ha llevado por delante el papel central que debería haber jugado la atención primaria en la medicina moderna; no sólo la ha relegado a un papel secundario, sino que se ha introducido de forma prioritaria la especialización y el acceder a procedimientos específicos y nuevas tecnologías.

- b) La **profesión médica** no ha sabido reaccionar a esta desorientación de la medicina y ha participado a en este proceso permitiendo la debilidad colegial, la fragmentación interna, la falta de liderazgos respetados, así como ha creado la tendencia en la profesión de transformación del profesional a tecnólogo.

Y también muchos médicos se han encaminado a una identidad laboral alienada, asumiendo la condición de “empleados”, al internalizar las relaciones laborales y sindicalizarla sin ningún contenido referente a la relación con los pacientes y la sociedad.

- c) Los **sistemas públicos de salud** tampoco han sido capaces de cambiar las reglas de juego: un sistema sanitario pensado para atender procesos agudos y bien acotados, es cada vez más hostil y perjudicial para los pacientes que buscan respuestas más integradas y razonables.

Cuando se formulan políticas de cambio organizativo (nuevo modelo de primaria, áreas de salud, prevención y promoción, gestión integrada de áreas, etc.) falta eficacia en la gestión del cambio de roles profesionales que precisa. La rivalidad entre políticos crea una situación en la que si los políticos no aplican la última innovación (tecnología, vacuna, etc.) otro se adelantará y perderá el prestigio y ganancia electoral.

El resultado de las tres dimensiones desorientadas es una crisis combinada: mala medicina (con excelentes procedimientos), médicos insatisfechos y sistemas sanitarios cada vez más ineficientes e insostenibles. La desconfianza se extiende entre todos los agentes sociales y la legitimidad de médicos, medicinas y sistemas públicos de salud es muy precaria.

Las tecnologías de la información y comunicación están abriendo posibilidades de enfoques más amplios y longitudinales para la atención médica, ya que algunas experiencias de las llamadas “organizaciones sanitarias integradas” están dando resultados y permitiendo visualizar que existen alternativas para el cambio.

Algunas instituciones colegiales empiezan a querer liderar un cambio real de la profesión y, poco a poco, la medicina ha empezado a reflexionar sobre los conflictos de interés y las situaciones actuales que le han llevado a olvidar su vocación y misión esencial.

El insuficiente desarrollo asistencial de la medicina primaria y especializada para dar respuesta a los nuevos retos asistenciales

La configuración del sistema hospitalario y especializado que alcanzó su máximo prestigio en los años 70 y 80 y conformó la realidad y el paradigma presentes, se basó en circunstancias clínicas, culturales, técnico-profesionales y organizativas muy distintas de las actuales:

- Clínicas: pacientes mas jóvenes y procesos agudos.
- Culturales: prestigio de la tecnología y descrédito de la medicina humanitaria/ humanista.
- Técnico-profesionales y organizativas:
 - Alta y exclusiva concentración tecnológica en los hospitales.
 - Escaso desarrollo, dotación y acceso a tecnología de la Atención Primaria con la secuela de poca capacidad resolutive.
 - Promoción e incentivación de la productividad cuantitativa.

Un menor desarrollo de la atención primaria frente a la atención especializada

El gran prestigio de la tecnología, el orden técnico y organizativo está muy concentrado en los hospitales y, en cambio, existe un escaso desarrollo de la tecnología en la medicina primaria y por ello ha generado una cultura del poder resolutive de los especialistas que conlleva una traslado continuo de responsabilidad sobre el paciente de la medicina primaria a otro nivel que produce una ruptura asistencial, desconocimiento del médico por parte de los pacientes que lleva a una despersonalización del proceso asistencial.

En España existe una tendencia de tener más especialistas y menos generalistas en relación a otros países del entorno como el Reino Unido, cuyo sistema de salud (National Health Service) persigue como objetivo principal lograr un trabajo más eficiente de los médicos generalistas.

Farmer y sus colaboradores²⁰ (1991) fueron los primeros en demostrar con datos obtenidos de todos los condados de los EEUU, que los que tenían menos tasas de mortalidad ajustada por edad eran aquellos con mayor densidad de médicos de familia. En el Reino Unido una investigación realizada por Jarman en 1999 mostró la importancia de disponer de suficientes médicos de atención primaria, los cuales fueron un factor importante en la reducción de la mortalidad hospitalaria.

Asimismo, otros estudios demuestran el impacto que los médicos de familia y la Atención Primaria tienen sobre la accesibilidad, la longitudinalidad, la relación médico-paciente, así como sobre la globalidad y la relación que estas características tienen sobre los niveles de salud como el de Bárbara Starfield (2001), del cual se pueden extraer las diferencias más significativas entre la medicina de atención primaria y la especializada:

- Los recursos financieros requeridos para pagar la atención especializada compiten con los destinados a la atención primaria, lo cual disminuye la capacidad de aquellos que están mejor distribuidos.
- La atención primaria comparada con la especializada, es menos jerárquica y por ello es más flexible y puede responder más rápidamente a las cambiantes necesidades de la salud de la sociedad.
- La atención primaria es más accesible a nivel organizativo y psicológico que la atención especializada.

La atención primaria es un servicio que se debe potenciar en la medicina asistencial y tener en cuenta cuál es su situación actual para establecer mecanismos de mejora (figura 44).

20. Farmer F., Stockes C., Fisher R. *Poverty, primary care and age specific mortality. Journal Rural Health* (1991); 7:153-69.

21. Jarman B. Gault S, Alves B.et. al. *Explaining differences in English hospital death rates using routinely collected data. BMJ* (1999);318:1515-20.

22. Starfield B. *Equidad en salud y atención primaria: una meta para todos. Gerencia y Políticas de Salud* (2001);año/vol. 1, número 001

Figura 44: Análisis de las fortalezas, debilidades y amenazas del nivel de Atención Primaria

Fortalezas	
<ul style="list-style-type: none"> Red asistencial y docente consolidada Mejor atención clínica Resolutividad alta Ampliación de servicios a la población Colaboración o gestión conjunta de casos Aprovechamiento de MF en el ámbito hospitalario 	<ul style="list-style-type: none"> Transferencia de servicios del Hospital a Atención Primaria Promoción y prevención de la salud Práctica familiar Actividades comunitarias Docencia Investigación
Debilidades	Amenazas
<ul style="list-style-type: none"> Financiación insuficiente (14% del gasto) Organización rígida y burocratizada Adelgazamiento del perfil y resistencia de los profesionales a abordar todas las parcelas del perfil profesional La efectividad no se mide Enfrentamiento entre dos concepciones: funcionarial y estatutaria/ autogestión Coordinación mejorable (equipo, MF/E, AP/2º Nivel, gestionados y gestores) La satisfacción de los profesionales es media-baja 	<ul style="list-style-type: none"> La Atención Primaria no es la función central real Desconocimiento social: sociedad, universidad y atención primaria vs. atención especializada Formación de grado poco orientada a la AP Incremento de demanda y presión asistencial La equidad se rompe en sus extremos: población muy desfavorecida y muy favorecida Politización de una gestión descentralizada Éxodo de profesionales jóvenes y reespecialización. No fidelización de los MF en AP

Fuente: II Congreso de la Profesión Médica. Ponencia de Verónica Casado Vicente, Vicepresidenta del CNECS, Presidenta CN de MFyC

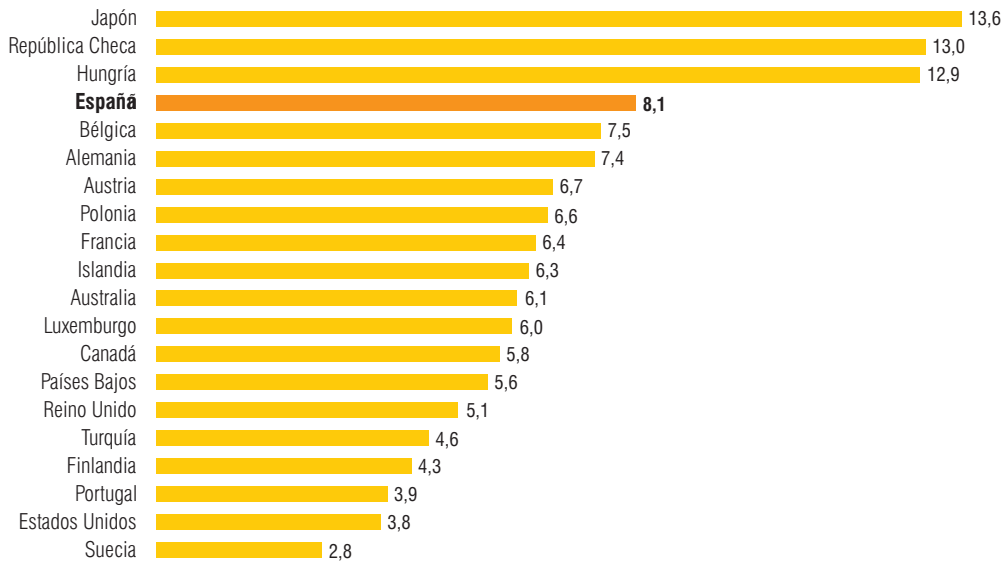
La ineficiencia del actual patrón de atención sanitaria

Nuestro sistema sanitario se caracteriza por una elevada demanda de servicios asistenciales. El actual patrón de atención sanitaria a lo crónico y pluripatológico es probablemente ineficaz, con certeza ineficiente y además insatisfactorio para pacientes y profesionales:

- Multifrecuentación descoordinada y en gran medida inútil a diferentes consultas externas de especialistas con su secuela de desplazamientos, y reiteración de pruebas diagnósticas de laboratorio e imagen.
- Ausencia de responsabilidad directora de proceso identificable.
- Una atención “intensiva” que genera una alta frecuentación de urgencias e ingresos hospitalarios, una alta ocurrencia de yatrogenia y efectos medicamentosos adversos, y la percepción de desamparo por parte del paciente, que muchas veces desconoce quién es su médico.

Así, España es el cuarto país de la OCDE en frecuentación de consultas tal y como se muestra en el siguiente gráfico (figura 45). La modificación del modelo de atención actual de los procesos asistenciales permitiría, con casi toda seguridad, conseguir una mayor eficiencia asistencial y un eficaz sistema de gestión clínica que evitara al paciente el trastorno que supone recibir numerosos actos médicos, a la vez que generaría ahorros económicos al sistema sanitario.

Figura 45: Frecuentación de consultas por habitante



Fuente: OECD Health Data 2009

Las consecuencias de esta problemática residen en que la existencia y perpetuación del mencionado modelo ha generado:

- Una cultura de fe infundada en un supuesto poder resolutivo de los especialistas que afecta a la población y a los propios médicos, con traslación continua de la responsabilidad sobre el paciente a otro nivel.
- Un peculiar desarrollo de la profesión médica, dada la desproporción numérica y de consideración pública en el binomio especialistas/ generalistas.
- Una hiperproducción de actos médicos de alto coste agregado y con escaso valor sanitario añadido (despilfarro de recursos).
- Un ineficaz y a veces perjudicial proceso asistencial por la fragmentación descoordinada, la desorientación y la despersonalización de la medicina.

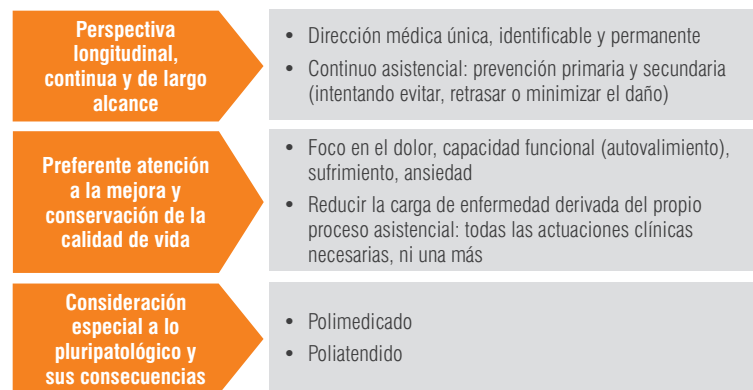
Un sistema no optimizado para dar la necesaria asistencia a los pacientes crónicos

Los rasgos específicos de un paciente crónico se refieren a que la enfermedad o condición clínica no se cura, que habitualmente durará lo mismo que su esperanza de vida, y que la condición clínica principal

suele coincidir con otras y/o afectar a más de un aparato órgano o sistema. El patrón de enfermedad y el perfil del paciente tipo del Sistema Nacional de Salud responde mayoritariamente a crónico, polimedicado, anciano y dependiente.

Las características propias de la cronicidad exigen al proceso asistencial que se adecue a una atención que se define por las peculiaridades que se recogen en la figura 46:

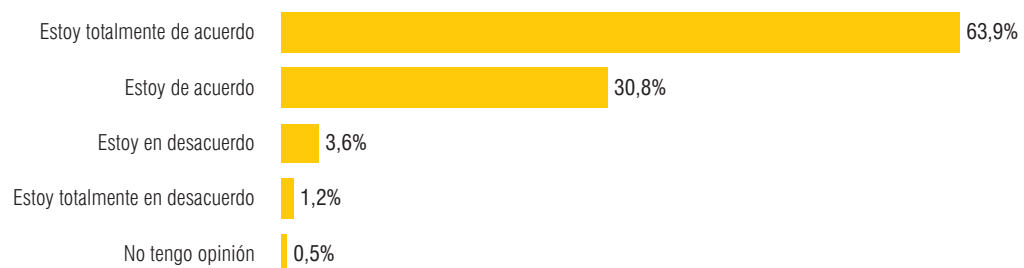
Figura 46: El paciente crónico: peculiaridades de su atención



Fuente: II Congreso de la Profesión Médica. Ponencia de José Luis Conde Olasagasti, Jefe de Servicio de Nefrología del Hospital Virgen de la Salud

La respuesta de nuestro sistema sanitario a las peculiaridades señaladas es todavía hoy insuficiente. La respuesta del Sistema Nacional de Salud a los cambios en los patrones de enfermedad y a la cronicación de enfermedades no se está efectuando con el ritmo de adaptación necesario. Esta idea la corrobora la profesión médica ya que, en opinión del 95% de los profesionales médicos, el actual modelo asistencial no responde adecuadamente ni evoluciona al mismo ritmo que las necesidades sociales demandadas (figura 47).

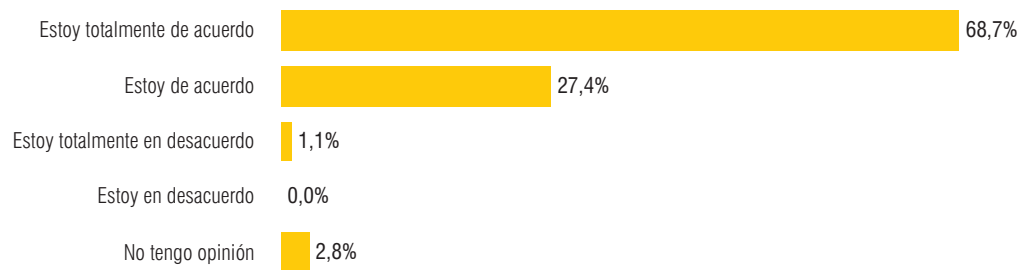
Figura 47: Opinión de la profesión médica acerca de si el actual modelo asistencial no responde adecuadamente ni evoluciona al mismo ritmo que las necesidades sociales demandadas



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

Por otra parte, el 96% de los representantes colegiales está de acuerdo o totalmente de acuerdo con que la atención al paciente crónico es el principal problema del Sistema Nacional de Salud y que el desfase entre lo que hacen los médicos y lo que se necesita será mayor si no se desarrollan unas políticas activas de reforma del sector sanitario (figura 48).

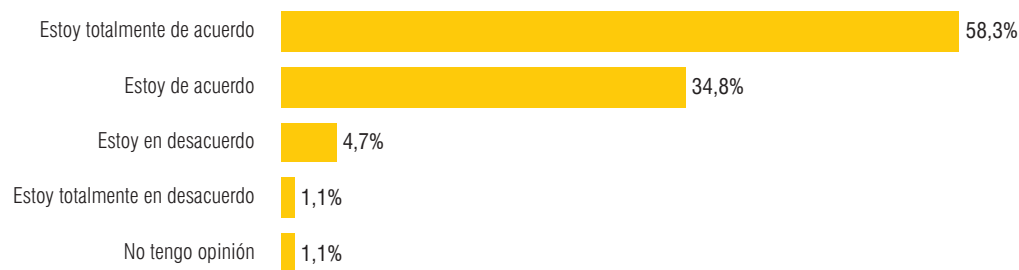
Figura 48: Opinión de la profesión médica sobre si la atención al paciente crónico es el principal problema del Sistema Nacional de Salud y si el desfase entre lo que hacen los médicos y lo que se necesita será mayor si no se desarrollan unas políticas activas de reforma del sector sanitario



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

En un contexto de una atención especializada al paciente crónico que se muestra claramente ineficiente, el 58% de los representantes colegiales están totalmente de acuerdo y un 34,8% de acuerdo con la idea de que las consecuencias para el paciente crónico de un sistema de salud que no está preparado para atenderle, que no genera la información necesaria y que no dispone de las capacidades específicas, pueden ser muy dramáticas (figura 49).

Figura 49: Opinión de la profesión médica sobre la pregunta “Las consecuencias para el paciente crónico de un sistema de salud que no está preparado para atenderle, sin generar la información necesaria y que no dispone de las capacidades específicas pueden ser muy dramáticas”

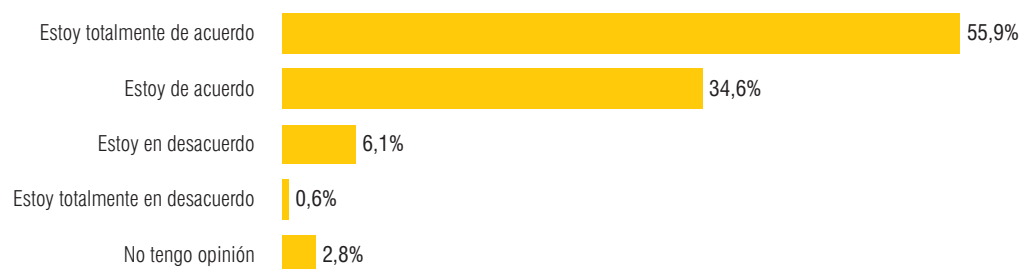


Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

La ausencia de un responsable médico identificable con visión global y contextualizada del paciente crónico y pluripatológico es una carencia inaceptable que representa un alto riesgo. Fuera del hospital dicho responsable debe ser el médico de atención primaria.

Por otra parte, más del 90% de los representantes colegiales considera que la fragmentación de la asistencia sanitaria en los diferentes servicios y niveles asistenciales puede ser incompatible con una buena atención a los pacientes crónicos (figura 50).

Figura 50: Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: “La fragmentación de la asistencia sanitaria en los diferentes servicios y niveles asistenciales puede ser incompatible con una buena atención a los pacientes crónicos”



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

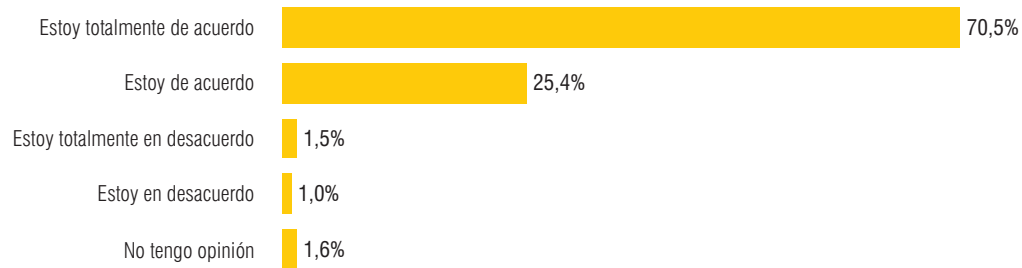
En este contexto de situación, el País Vasco está desarrollando una iniciativa novedosa en nuestro país, para el abordaje integral de la atención al paciente crónico, que toma como referencia los desarrollos abordados por otros sistemas sanitarios del plano internacional. La estrategia del Departamento para la atención a los pacientes crónicos incluye, entre otros proyectos, los siguientes:

- La creación de la figura de las ‘enfermeras enlace’, que se encargarán de evaluar las necesidades físicas y sociales de los pacientes y coordinar un paquete de cuidados.
- La estratificación de la población de riesgo para identificar a los pacientes más necesitados de atención sanitaria.
- La configuración de un centro de servicios multicanal, que permita acercar el sistema a los ciudadanos utilizando las tecnologías.
- El impulso del desarrollo de la Historia Clínica Unificada para que las organizaciones de atención primaria y especializada, mantengan de forma unificada, toda la información de los pacientes en bases de datos compartidas.
- El desarrollo de sistemas de telemonitorización domiciliaria de pacientes crónicos.

- La autogestión del paciente, mediante la puesta en marcha de una serie de servicios para apoyarle en la gestión de su enfermedad, a través de una educación a distancia y presencial.

Si bien las iniciativas de las comunidades autónomas para dar respuesta a los nuevos retos asistenciales son necesarias, no son suficientes si se quiere garantizar una respuesta adecuada y equitativa para el conjunto del Sistema Nacional de Salud. En este sentido, el 96% de los representantes colegiales creen que es preciso desarrollar un nuevo marco organizativo en el Sistema Nacional de Salud para coordinar la atención a enfermos crónicos, que aseguren la continuidad de la atención, la integración entre primaria y hospitalaria, con seguimiento organizativo, incluyendo los servicios sociales (figura 51).

Figura 51: Opinión de la profesión médica sobre si es preciso un nuevo marco organizativo en el Sistema Nacional de Salud para coordinar la atención a enfermos crónicos, que aseguren la continuidad de la atención, la integración entre primaria y hospitalaria, con seguimiento organizativo, incluyendo los servicios sociales



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

La atención a los pacientes crónicos: un reto inaplazable para la profesión médica

La consecución de una profunda transformación cultural de la actitud de los especialistas ante los nuevos retos asistenciales parte de aceptar e interiorizar las buenas prácticas que faciliten este proceso. Deberá aceptar nuevas reglas del juego (figura 52) que permitan transformar su rol desde una perspectiva de atención de paciente agudo a un manejo integral del paciente crónico.

Figura 52: Propuestas de reglas de buenas prácticas para transformar el rol del especialista

Reglas de Buenas Prácticas para un médico especialista	
1.	No transferir a otro médico el manejo de un problema clínico que se debe saber resolver.
2.	Actuar como consultor o como consultante sin desplazar físicamente al paciente siempre que sea posible (teléfono o e-consulta).
3.	El director permanente de la biografía sanitaria del paciente crónico es su médico de cabecera: Mantenerle informado y no remitir al paciente a otro especialista sin su conocimiento y opinión.
4.	Antes de decidir si se va a mantener en revisión periódica a un paciente valorar lo que la intervención aporta a su manejo.
5.	Antes de solicitar pruebas o requerir la participación de otros médicos utilizar toda la información fácilmente disponible.
6.	No olvidar que el paciente puede estar siendo visto por otros especialistas: Coordinar e integrar citas y petición de pruebas.
7.	Antes de medicar averiguar qué medicación ya está recibiendo el paciente.
8.	Garantizar a los pacientes atención continua y personal: mismo médico para mismo paciente.

Fuente: *II Congreso de la profesión Médica. Ponencia de José Luis Conde Olasagasti, Jefe de Servicio de Nefrología del Hospital Virgen de la Salud*

No obstante, el médico no es el único responsable de la respuesta a este tipo de pacientes. Es necesario que las administraciones sanitarias desarrollen y faciliten las herramientas necesarias para llevar a cabo los procesos asistenciales sin rupturas. Algunas de estas herramientas de apoyo y soporte para una gestión continua y “longitudinal” de pacientes son:

- La historia clínica electrónica única y accesible a todos los clínicos concernidos.
- Interconsultas telefónicas o telemáticas.
- Gestor de pacientes y citas desde Atención Primaria.

- Alarmas de plurifrecuentación y solapamientos.
- Soluciones integradas para pacientes frágiles y muy vulnerables como el modelo Kaiser y unidades de pluripatológicos.

Responder al reto asistencial implica revitalizar la identidad profesional de la medicina y los médicos: porque la disipación del buen profesionalismo supone la desilusión y frustración profesional. Por todo ello, la profesión médica debe liderar las transformaciones porque se lo debe a su compromiso con el paciente y en reciprocidad con el importante papel que la sociedad le ha conferido.

En definitiva el reto está en considerar de un modo integrado y coherente actuaciones a corto, medio y largo plazo en todos los siguientes ámbitos:

- Cultura y roles profesionales:
 - Formación: pregrado , MIR (troncalidad) y continua
 - Utilización racional y eficiente del recurso más valioso y escaso, tiempo y saber del médicos transfiriendo quehaceres a otras profesiones
- Organizativo-gestores:
 - Modelos integradores y longitudinales de atención
 - Posicionamiento racional y coherente de incentivos y recursos
- Sistemas de información clínica y telemedicina.

Asimismo, desde el II Congreso de la profesión Médica se plantearon algunos retos, cuyo abordaje se considera necesario para poder dar, desde Atención Primaria, la respuesta profesional a los nuevos retos asistenciales:

- Mejorar la financiación del sistema sanitario.
- La atención primaria como función central del Sistema Nacional de Salud y del sistema formativo: debe ser un objetivo clave en los Ministerios de Sanidad y Educación y de las comunidades autónomas.
- Incrementar el número de médicos en atención primaria, en relación al número total de médicos del Sistema Nacional de Salud.
- Desburocratización de la consulta.

- Mantener la resolutiveidad de la atención primaria.
- Profundizar y generalizar las reformas procoordinación entre niveles y sectores.
- Mejorar el prestigio social y entre la profesión, así como la motivación de los profesionales (marketing interno y externo).
- Formación en Medicina Familiar y Comunitaria en el grado.
- Formación en la troncalidad (unidades troncales con papel central de la Medicina Familiar y Comunitaria).
- Profundización en la formación especializada en Medicina Familiar y Comunitaria.
- Desarrollo profesional continuo e individualizado: sistemas de reacreditación que garanticen el mantenimiento de la competencia.
- Promocionar la investigación en atención primaria:
 - Atención: promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, etiología, riesgo, pronóstico, control evolutivo, rehabilitación y reinserción, cuidados paliativos, abordaje familiar, abordaje comunitario.
 - Gestión: gestión clínica, gestión de la actividad, sistemas de información, sistemas de trabajo en equipo, gestión de la calidad.
 - Formación: metodologías educativas, evaluación formativa, sistemas de evaluación de la competencia.
 - Crear una estructura de investigación financiada.

Propuestas estratégicas

1. Crear una estrategia compartida entre todas instituciones sanitarias para impulsar un marco nacional de atención a las enfermedades crónicas

- 1.1. Promover desde la OMC que todos los miembros representativos de las instituciones sanitarias se involucren en la elaboración de una estrategia conjunta enfocada a fortalecer el papel de la Atención Primaria.
- 1.2. Liderar un proceso de elaboración de un marco estratégico común para todo el Sistema Nacional de Salud, de atención a los pacientes crónicos, mediante el desarrollo de una propuesta que se presentará al Ministerio de Sanidad y Política Social.

2. Crear un campaña de concienciación sobre la necesidad de desarrollar la atención coordinada a los pacientes crónicos

- 2.1. Crear un código de buenas prácticas para generalistas y especialistas en la atención de la cronicidad

Sería la herramienta que facilitaría la OMC para permitir que se produjese un cambio cultural que permitiera evolucionar en el desarrollo de los procesos médicos asistenciales.

- 2.2. Potenciar las buenas prácticas en la atención de la cronicidad

- >. Impartición de cursos de formación que permitan transferir a los representantes colegiales el código de buenas prácticas.
- >. Creación de foros en los que se potencie el intercambio de casos reales, tanto de buenas prácticas como de casos de pacientes crónicos que han percibido una mala atención médica y así generar alertas ante amenazas de cambio.

- 2.3. Crear una campaña dirigida a representantes colegiales y a las instituciones sanitarias sobre la importancia de un modelo integrado de atención a las enfermedades crónicas.

- >. Promoción, en la Administración, de la necesidad de adoptar mecanismos de reforma de la Atención Primaria para mejorar su resolutiveidad en la prevención y atención a enfermos crónicos.
- >. Mejora del prestigio social de los representantes colegiales de Atención Primaria, en la sociedad y entre la profesión, para generar confianza y reconocimiento profesional.

- Desarrollo de un plan de comunicación en torno al manejo de los nuevos retos asistenciales.

3. Promover Planes de Formación en el manejo integral de enfermedades crónicas, tanto dirigidos a atención primaria como a atención especializada

- En el pregrado: disponibilidad de profesores vinculados a la Universidad que realicen formación especializada en Medicina Familiar y Comunitaria.
- Unidades troncales con un papel central de la Medicina Familiar y Comunitaria.





7

Validación periódica de la colegiación. Credencialismo

El credencialismo beneficia al médico, al paciente y a la sociedad

Si el principio de Autonomía del Paciente es uno de los pilares de la Bioética, el *empowerment*²³ debiera serlo para la ética social en las democracias avanzadas. El ciudadano responsable de sus actuaciones tiene el derecho a exigir a los agentes sociales, colegios, transparencia y rendición de cuentas en sus actuaciones.

Para la rendición social de cuentas se han diseñado herramientas con información de rigurosa fiabilidad (credenciales) que para cumplir su función social deben ser también: comprensibles, aceptables, prácticas y vigentes.

23. *Empowerment*: proceso estratégico, que busca una relación de socios entre la organización y su gente, aumentar la confianza, responsabilidad, autoridad y compromiso para servir mejor al cliente.

Las sociedades cambian y por ello hay que modificar los criterios, los objetivos y/o los procedimientos de credencialización. Un modelo de credenciales sólo se mantendrá vigente y útil si dispone de la suficiente plasticidad para adaptarse a las cambiantes necesidades sociales y profesionales. El credencialismo es necesario como garantía para la sociedad: el piloto de avión tiene que recertificar su licencia para mantenerla y, en principio, es más fácil ser piloto que médico.

La práctica clínica, la calidad, eficiencia y eficacia clínica interesan fundamentalmente a los ciudadanos. Por tanto, el ciudadano está interesado en que la profesión médica sea competente y la demuestre y quiere evaluar para garantizar su asistencia.

Es característico de la profesión médica el esfuerzo individual permanente para el mantenimiento y mejora de la competencia, incorporando al ejercicio práctico de la medicina los últimos conocimientos científicos y las últimas técnicas validadas. La OMC, en su asamblea de noviembre de 2009, encargó por unanimidad a la Comisión Permanente del Consejo el desarrollo del procedimiento para el reconocimiento periódico de colegiado en ejercicio en el bien entendido de que la complejidad y variabilidad en el tiempo de los conocimientos, habilidades y actitudes y en concreto de la competencia profesional de los médicos debe ser validada periódicamente.

Para los médicos la formación continuada es una obligación ética explicitada en el Código Deontológico, es una obligación colegial explicitada en los Estatutos de la OMC, y es una obligación legal explicitada en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS). Pero, sobretodo, es una necesidad imprescindible para los médicos, ya que sólo desde la competencia profesional es posible atender correctamente las necesidades de salud de los pacientes y de la sociedad.

El 92% de los representantes colegiales están de acuerdo con el deber de actualizar la competencia profesional de los médicos a través de la validación periódica de la colegiación, como se refleja en la figura 53.

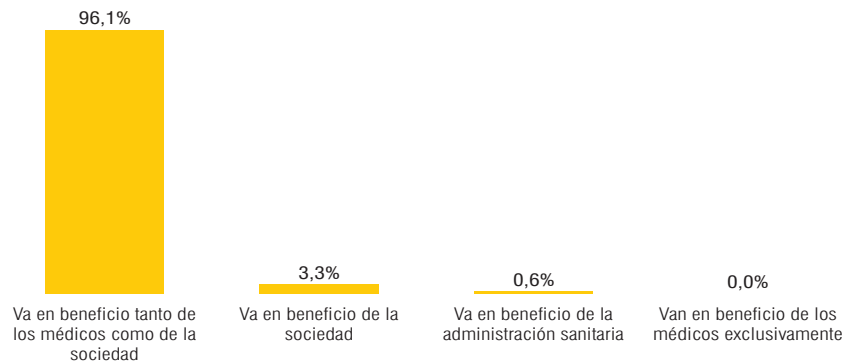
Figura 53: Opinión de la profesión médica en relación con la cuestión: “Según los actuales estatutos del CGCOM se debe ‘actualizar la competencia profesional de los médicos, ejerciendo las funciones de acreditación y registro oficial’ así como ‘establecer los criterios de colegiación, con la colaboración de las Universidades y las Sociedades Científicas, de acuerdo con la legislación vigente’. Con la validación periódica de la colegiación así entendida”



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

Con la validación periódica de la colegiación no se trata de examinar a profesionales ni de cuestionar su titulación, al contrario se trata de reconocer el esfuerzo permanente que realizan los profesionales, de ofrecerles una seguridad jurídica en base a su formación, de mejorar la accesibilidad a la formación médica continuada y promocionar su financiación a través de oportunas alianzas, y basar el control de la acreditación médica en la profesión médica. El 96,1% de los representantes colegiales opinan que la validación periódica de la colegiación beneficia tanto a los médicos como a la sociedad (figura 54).

Figura 54: Opinión de la profesión médica sobre el beneficio de la validación periódica de la colegiación:



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

Se puede concluir que la validación periódica de la colegiación aporta las siguientes ventajas:

- 1) Actuaría como garantía de la competencia profesional, de la promoción y actuación del conocimiento y para evitar mala praxis.
- 2) Permitiría disponer de un registro vivo de profesionales en ejercicio, fomentando la constitución y afiliación de los colegiados profesionales.
- 3) Contrarrestaría la tendencia a la funcionarización de la profesión médica, porque parte del personal estatutario, como parte de la profesión médica también tendría que re-creditar-se.
- 4) Las propias organizaciones profesionales podrían asumir la tarea de evaluar la calidad de sus miembros en lugar de dejarlo en manos órganos o procedimientos administrativos.

Los modelos de acreditación profesional en el entorno internacional

Los modelos más avanzados de acreditación profesional (Reino Unido, Estados Unidos y Canadá) coinciden en diseños de cooperación, donde las corporaciones profesionales, Colegios y Sociedades Científicas se implican en un diseño común. En todos ellos existe un organismo independiente que elabora las normas y realiza el proceso de acreditación.

En Estados Unidos, el *American Committee Continue of Medical Education (ACCME)* elabora un programa para las especialidades, con actividades voluntarias y necesarias para la recertificación y un proceso de revisión sensible a los cambios en la educación médica y el sistema de atención sanitaria. Tiene dos niveles o categorías: actividades formalmente programadas, y la enseñanza autodirigida. En esta segunda fórmula, es el especialista quien realiza su propio programa, adecuado a su desarrollo personal. En ese país hay más de 2.500 agentes acreditadores: academia de medicina, hospitales, sociedades médicas y sociedades científicas.

También Canadá tiene una amplia experiencia en sistemas de recertificación médica. En la actualidad todos los profesionales deben obtener una certificación basada en un sistema obligatorio en acreditación de la formación médica continuada diseñado por una organización que aglutina a las sociedades profesionales, asociaciones médicas y organismos gubernamentales.

En Europa, los diversos sistemas existentes en los distintos países hacen que la validación dependa de cada autoridad médica nacional. En este sentido, la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS), intenta conseguir una cooperación y unidad de acción a través del EACCME (*European Accreditation Council for Continuing Medical Education*), procurando armonizar y mejorar los programas de los especialistas médicos en Europa, pretendiendo transferir créditos y actividades entre los diversos países y los Estados Unidos. Existen, además, proyectos de recertificación que se implementaron en 2003, similares a la recertificación necesaria cada cinco años para el médico general en el Reino Unido. Esta recertificación es primordial también para el médico general en los Países Bajos y en Noruega. En Francia, por ejemplo, existe desde hace años un sistema denominado *Comission Nationale de la Formation Médicale Continue*, que en realidad es un organismo de financiación de programas formativos, sin mayor control sobre su impacto en la formación.

Un campo de controversia abierta es el de la utilización de la formación médica continuada para las distintas iniciativas de revalidación y control de la profesión. Actualmente, en el ámbito europeo, asistimos al desarrollo de iniciativas en distintos países, tendentes, en líneas generales, a profundizar en el camino de la regulación profesional, ya sea de base prioritariamente gubernamental (Francia, Italia) o compartida (Reino Unido). Una excepción la constituye el sistema implantado en Holanda de base mayormente profesional.

Existen dos categorías de revalidación periódica: formal e informal. En la actualidad sólo Alemania y los Países Bajos cuentan con sistemas formales de revalidación; si el certificado de formación médica continuada (establecido por medio de créditos) no se logra en el plazo estimado se puede retirar la acreditación. En el Reino Unido todos los representantes colegiales tienen que demostrar sus aptitudes ante un sistema independiente de revalidación, con el objetivo de rendir cuentas públicamente. Los resultados son evaluados por el *General Medical Council* cada cinco años y se tienen en cuenta opiniones de pacientes y compañeros de trabajo.

Los métodos informales de revalidación se llevan a cabo en países como Austria, Bélgica, Francia y España que dependen de la participación en la formación médica continuada. Para ello, en ocasiones como sucede en Bélgica, existen incentivos como el aumento de sueldo que se sitúa en torno al 4%. Francia introdujo, aparte de la formación médica continuada, una evaluación de las prácticas profesionales que no ha tenido mucho éxito en términos de participación.

Procedimiento para la validación periódica de la colegiación

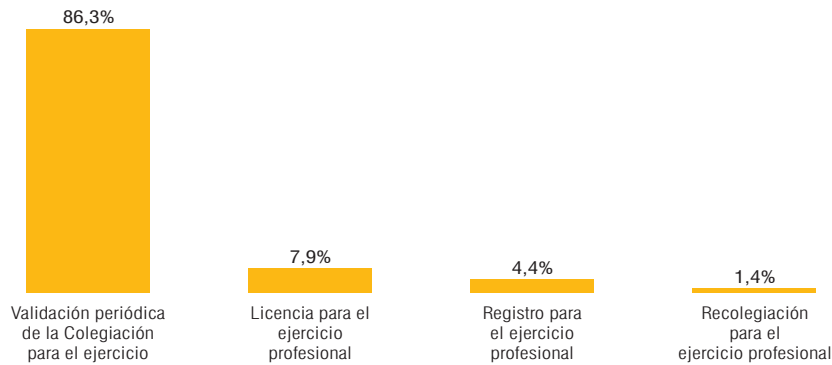
El marco idóneo para establecer las bases de un sistema de reconocimiento periódico de competencia profesional ligado a la colegiación, es una estructura en la que converjan y participen junto a los Colegios y las Sociedades Científicas, el resto de los actores, grado (Universidad), postgrado (Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud -CNECS), pacientes, estudiantes y la propia Administración.

Nombre del credencial

Dado que la colegiación debería poder darse con ejercicio o sin ejercicio profesional el nombre de “*re-colegiación*” debería descartarse. Por otro lado, por analogía con la nomenclatura anglosajona, el nombre de “*re-certificación*” debe restringirse a las competencias específicas que son propias de las sociedades científicas. Por ello, se debería promover el concepto de “Licencia” para los colegiados que soliciten el registro de actividad asistencial. La licencia conllevará el concepto de caducidad a diferencia de la colegiación que no sería un concepto caducable. El proceso de solicitar periódicamente la licencia se le denominaría “Validación periódica de la colegiación con ejercicio”.

Al respecto, el 86,3% de los representantes colegiales opinan que el proceso de mantener la actividad profesional debería denominarse validación periódica de la Colegiación para el ejercicio profesional, frente a sólo un 7,9% que considera que debería denominarse licencia para el ejercicio profesional (figura 55).

Figura 55: Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: “Actualmente se distingue dos tipos de colegiados, sin ejercicio profesional y con ejercicio profesional. Sólo estos dos últimos son objeto de la validación periódica de su colegiación. ¿Cómo cree que debe denominarse a este proceso de mantener la actividad profesional?”



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

Quién otorga el credencial

Los colegios son los interlocutores natos de sus colegiados de forma que el proceso de renovación de la licencia debe tener el origen y el final en el respectivo colegio provincial.

A propuesta de cada colegio provincial el CGCOM certificaría el mantenimiento de la licencia para la actividad asistencial y mantendría el registro unificado de profesionales.

Procedimiento

Los Colegios provinciales recogerán la documentación de entrada, la evaluarán, la certificarán y la remitirán al CGCOMC para su validación y registro.

La OMC recibirá la documentación y:

1. Certificará el cumplimiento de los requisitos que se determinen dando el visto bueno a la Credencial de Colegiado con ejercicio,
2. Registrará la credencial correspondiente en el registro unificado de profesionales con ejercicio para otorgar la licencia, y
3. Comunicará la inscripción y licencia correspondiente al Colegio respectivo.

Los Colegios provinciales una vez reciban la comunicación del registro de la citada credencial entregarán a los colegiados la Credencial de Colegiado con ejercicio en el que constará la firma del otorgante, el Presidente del Colegio respectivo y la anotación del registro y el Visto Bueno de la OMC.

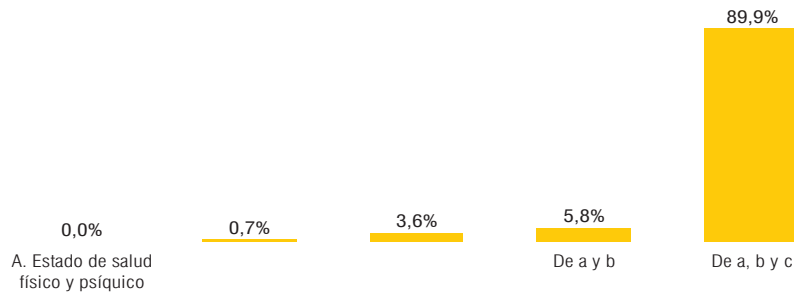
¿Qué se debe evaluar?

Entre todos los elementos que intervienen en la calidad clínica, no todos dependen del médico. Del médico depende su competencia y su forma de trabajar, pero de él no dependen las infraestructuras en las que trabaja, ni la tecnología de que dispone, ni los valores del paciente, entre otros aspectos. Habrá cuestiones que no podremos evaluar y que tendrán efecto en el resultado de la asistencia.

Sería necesario desarrollar en primer lugar una evaluación de la práctica clínica y seguidamente definir parámetros como por ejemplo, si la certificación debe ser pública, basarse en resultados en términos de salud, si deben influir las reclamaciones asistenciales, las demandas y encuestas de opinión de los pacientes; todo ello aparte de la valoración de la formación continuada, que deberá ser evaluada y acreditada dentro de la especialidad, y se incluirán las capacidades físicas y psíquicas del profesional.

En este contexto, el 90% de los representantes colegiales consideran que los requerimientos para otorgar la Licencia deberían incluir una valoración del estado de salud físico y psíquico, del comportamiento profesional y de la formación continuada (figura 56).

Figura 56: Opinión de la profesión médica sobre la pregunta “Los requerimientos para otorgar la licencia deben incluir la valoración de:”

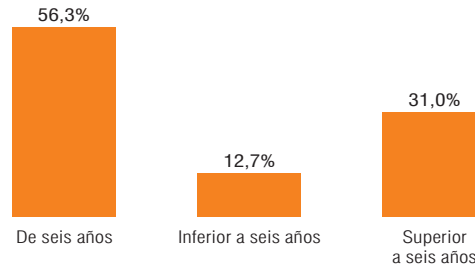


Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

Periodos de validación

El periodo máximo para la validación será de 6 años aunque el médico podrá hacerlo a partir de los 3 de su última validación. El 56,3% de los representantes colegiales están de acuerdo con este periodo de validación de la colegiación, frente a un 31% que considera que debería ser superior a seis años y el 12,7% que prefieren un plazo inferior (figura 57).

Figura 57: Opinión de la profesión médica sobre el beneficio de la validación periódica de la colegiación:



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

Instrumentos para la certificación de Buena Praxis

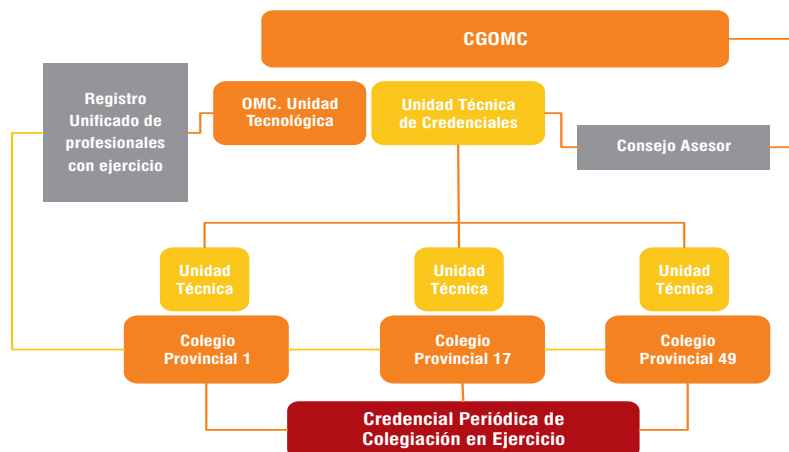
- a) **Certificación de Buena Praxis.** Certificación expedida por el colegio correspondiente en la que constará la falta o existencia en su caso de reclamación, queja o denuncia de incompetencia del médico colegiado durante el periodo sujeto a valoración.

Se determinará el protocolo a seguir para dicha certificación considerando las aportaciones de la Comisión Deontológica y la información del Secretario del Colegio.

- b) **Certificado Médico Ad hoc.** Certificado médico específico realizado por el propio Colegio o por una institución sanitaria en la que el Colegio haya delegado. Se determinará el protocolo de dicho certificado.
- c) **Certificado del empleador.** Certificación expedida por el empleador en la que constaran las fechas trabajadas en el periodo solicitado y la falta o existencia de reclamación, queja o denuncia del médico.
- d) **Formación Médica Continuada (FMC) acreditada.** Los colegiados que lo consideren oportuno podrán incorporar de forma voluntaria la FMC acreditada de todo tipo que haya realizado en el periodo correspondiente.

Estructura y Organigrama

El sistema de validación debe basarse en una estructura sencilla y operativa, con órganos separados de gobierno y de dirección, un Consejo Asesor, así como de unidades técnicas ejecutivas, y un reglamento. El esquema organizativo propuesto se presenta en la figura 58.

Figura 58: Propuesta de estructura organizativa del sistema de validación

El desarrollo del sistema de validación se realizaría en tres etapas progresivas hasta para su completa implantación:

- **Primera Etapa.** De implantación inmediata (2010-2011), incorporaría la Certificación de Buena Praxis, el Certificado de salud y la Certificación del empleador. La Formación Médica Continuada se incorporaría de forma voluntaria sin requisitos.
- **Segunda etapa.** Planificada para el periodo 2011-2012, incorporaría la Formación Médica Continuada de forma reglada.
- **Tercera etapa.** Planificada para un periodo posterior, donde se incorporaría la valoración de competencias conjuntamente con las sociedades científicas.

Competencias de los principales agentes implicados

- **Las Sociedades Científicas:** deben definir contenidos y método para mantener y mejorar la competencia profesional.
- **Los Colegios Oficiales de Médicos:** deben garantizar a la sociedad, periódicamente, que los profesionales cumplen los requisitos que esta exige.
- **La/s Administración/es:** deben avalar el cumplimiento de este sistema que mantendrá y mejorará la confianza de la sociedad.

Un marco basado en la unión para sentar las bases del sistema de validación periódica

Un proceso complejo como éste requiere ser abordado con la unidad de la profesión. Cualquier negociación, en todos los ámbitos profesionales y de la Administración, podría atomizar el modelo profesional de homologación por lo que el éxito sólo se conseguirá desde un liderazgo del CGCOM. Sin embargo, es absolutamente necesario reforzar al máximo la comunión de los colegiados con su colegio respectivo. Por ello, una vez decididas las bases del sistema, deben ser las organizaciones colegiales de cada autonomía quienes tengan delegada la función de la colegiación y su mantenimiento.

La profesión médica debe liderar el sistema de colegiación ligado a la competencia profesional antes que otros planifiquen y ejecuten el control de competencia profesional de los médicos, con criterios lícitamente estratégicos para un determinado modelo de gestión de recursos. De no hacerlo, no se puede lamentar cuando, lícitamente, otros planifiquen, organicen y ejecuten el control de la competencia profesional de los médicos, con criterios estratégicos para un determinado modelo político de gestión de recursos.

Una vez establecidas conjuntamente las bases del sistema y, disponiendo de un registro centralizado, deben ser las organizaciones colegiales quienes otorguen la colegiación y el mantenimiento de la misma.

La recertificación deberá ser única y homogénea, independientemente de la existencia de especialistas homologados y no homologados. Otra cuestión importante a resaltar es que el sistema de revalidación se dirige a asegurar la competencia profesional y llenar los posibles vacíos de conocimiento, con la seguridad de estar en la vanguardia de la medicina permanentemente. No se trata de un sistema punitivo sino de un sistema orientado a fortalecer los conocimientos y capacidades mínimas exigibles cuando el médico no supera la validación, quedando sujeto a posterior evaluación.

El sistema que los Colegios y la OMC proponen deberá ser:

- Sencillo de aplicar
- Progresivo en el tiempo
- Integrador de los actores y las partes
- No punitivo con los médicos
- Efectivo para los pacientes
- Homogéneo para todos los profesionales

Una última cuestión que supone un importante reto reside en que, al no haber legislación relativa a la validación, resulta difícil que los médicos se presenten voluntariamente a este tipo de exámenes, por lo que la utilidad real de dicha actualización será escasa hasta que no existan mecanismos legislativos que la hagan obligatoria.

Propuestas estratégicas

1. Diseñar el sistema de validación periódica de colegiación

- 1.1. Establecer un Comité en el seno de la OMC, que será responsable de preparar el desarrollo del sistema de validación.
- 1.2. Desarrollar, en colaboración con los representantes de las instituciones sanitarias, Sociedades Científicas y Administración sanitaria, los criterios y parámetros de evaluación para la acreditación de la competencia profesional.

Se valorará la inclusión de aspectos relativos a (listado no exhaustivo):

- >. La formación continuada.
- >. Denuncias de mala praxis.
- >. Encuestas de pacientes.
- >. Calidad del acto médico.
- >. Problemas de salud.
- >. Otros

- 1.3. Diseñar los modelos de certificación (certificado de buena praxis, certificado de salud, certificado del empleador)
- 1.4. Elaborar un proceso de revisión periódica que asegure que el desarrollo profesional y de capacitación médica responde a las necesidades del profesional médico y la sociedad.

2. Crear un registro del sistema de validación periódica de la colegiación

- 2.1. Diseñar el modelo de datos del registro
- 2.2. Desarrollar los acuerdos necesarios con los Colegios Oficiales de Médicos para obtener la información necesaria y mantener el registro actualizado

3. Establecer acuerdos de colaboración con sistemas de validación periódica similares para avanzar conjuntamente hacia objetivos que se comparten.

Establecer pautas comunes a nivel europeo y compartir metodologías o procesos que ayuden a mejorar el sistema de acreditación médica.



OMC



Nuevo escenario en la píldora anticonceptiva de emergencia

El contexto actual de la píldora abortiva de emergencia (PAE)

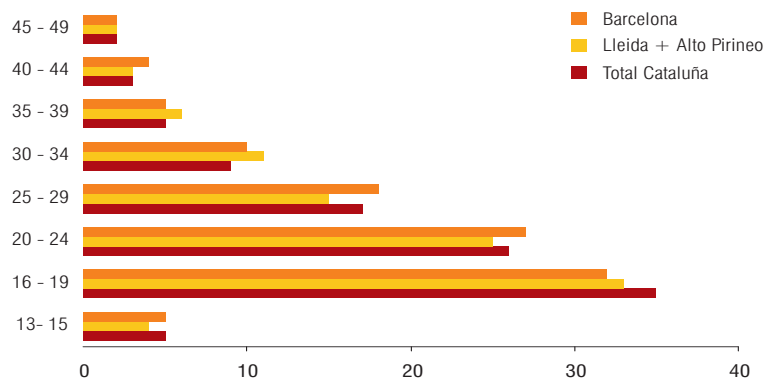
El uso de la píldora anticonceptiva de emergencia (PAE) es específicamente preventivo del embarazo. Su mecanismo de acción es: detener o retrasar la ovulación, evitar que los espermatozoides fertilicen cualquier óvulo liberado y evitar que el óvulo ya fecundado por un espermatozoide migre al útero para implantarse y desarrollarse.

En España no hay ningún estudio que analice la accesibilidad a la píldora anticonceptiva de emergencia, y en Cataluña únicamente se dispone de datos registrados desde 2004 que quedan reflejados en un estudio²⁴ publicado en 2009 sobre el uso de la anticoncepción de emergencia en Cataluña. Este estudio revela que las relaciones sexuales se inician a edades cada vez más jóvenes. Actualmente, la media de edad al tener la primera relación se encuentra en los 15,8 años en mujeres, y en los 15,5 en hombres. Los embarazos en mujeres entre 14 y 17 años han aumentado en los últimos años, del 4% en 1990 a casi el

24. Clara R., Marta M. y Montse R.. Estudio descriptivo sobre el uso de la anticoncepción de emergencia en Cataluña. Comparativa entre zona rural y una urbana. *Gac Sanit.* 2009; 23(6): 496-500

12% en 2006. En la mayoría de las ocasiones son embarazos no deseados y muchos de ellos terminarán en abortos. Esto quiere decir que en muchos casos no se utilizan métodos anticonceptivos o no se usan correctamente, lo que puede traer asociados otros problemas como pueden ser las infecciones de transmisión sexual. Otro dato que revela el estudio es que el uso de la píldora anticonceptiva de emergencia es mayor entre las chicas entre 16 y 19 años, seguido de las de 20 a 24 años (figura 59).

Figura 59: Distribución de la utilización de la píldora anticonceptiva de emergencia por grupo de edad y área geográfica sujeta a estudio



Fuente: Estudio descriptivo sobre el uso de la anticoncepción de emergencia en Cataluña. Comparativa entre zona rural y una urbana

Según las exposiciones del II Congreso de la Profesión Médica, la realidad indica que su uso es continuo y en relación a la actividad sexual, como si se tratara de un fármaco anticonceptivo, por lo cual no se puede asegurar que un uso repetido esté exento de riesgos y complicaciones que puedan aparecer posteriormente en cualquier mujer y en relación a sus características y circunstancias personales, especialmente en las más jóvenes. Sí se puede asegurar que no es deseable ni beneficioso que una mujer reciba dosis continuadas de hormonas por pequeñas que puedan considerarse las mismas.

El 50% de los representantes colegiales consideran que el mecanismo de acción de la PAE es tanto una acción abortiva como contraceptiva (figura 60).

Figura 60: Opinión de la profesión médica sobre el mecanismo de acción fundamental de la PAE



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

En la actualidad la píldora anticonceptiva de emergencia es de libre dispensación en la mayoría de los países de la Unión Europea (Bélgica, Bulgaria, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Holanda, Islandia, Letonia, Luxemburgo, Noruega, Portugal Reino Unido, Suecia y Suiza).

En España, el Consejo General de Colegios de Médicos reiteradamente ha manifestado su desacuerdo con la reciente regulación de la píldora anticonceptiva de emergencia (PAE). Lo fundamenta en varios factores, todos ellos de enorme importancia:

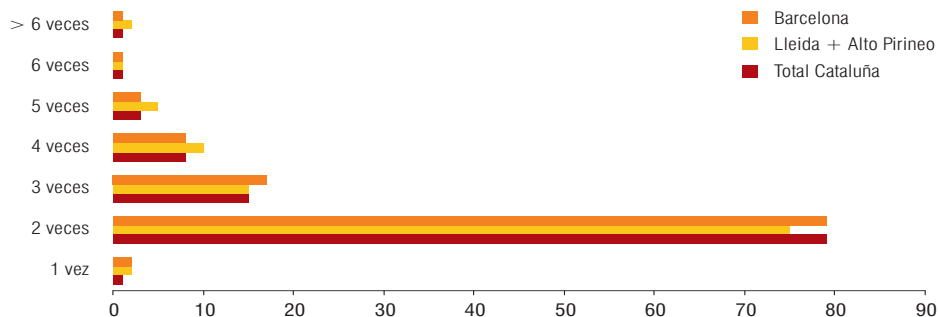
- El riesgo de banalizar su empleo y las consecuencias de su dispensación libre y uso indiscriminado.
- La forma de adquisición no posibilita ningún tipo de registro ni de control del consumo, lo que impide conocer la epidemiología de los efectos y consecuencias de su uso tanto a nivel individual como colectivo.
- Perjudica la utilización de los servicios sanitarios al alejar de los mismos a la población más joven, y con ello la posibilidad de obtener apoyo, información y, sobre todo, consejo en momentos especiales de su desarrollo y vida de relación.
- Aunque hay algunas comunidades autónomas que ofrecen el servicio gratuitamente, en la mayor parte de las comunidades autónomas la adquisición de la PAE no es gratuita y en consecuencia rompe la equidad al ser utilizada solo por aquellas mujeres y en aquellas ocasiones en las que puedan soportar su coste. Todo lo cual hace suponer que surgirá un mercado por Internet que con la disculpa del coste del tratamiento introduzca riesgos sobreañadidos a los descritos.

La banalización del uso de la PAE y la necesidad de control médico para su administración

El estudio anteriormente citado sobre el uso de la anticoncepción de emergencia en Cataluña también revela datos sobre la distribución de la píldora anticonceptiva de emergencia, en referencia a que la mayoría de las mujeres han utilizado la píldora anticonceptiva de emergencia dos veces (78,5% de los casos) y sólo el 1,8% la ha utilizado una vez (figura 61) y que su uso es más alto durante el fin de semana y el lunes, y menor en el resto de los días de la semana (figura 62).

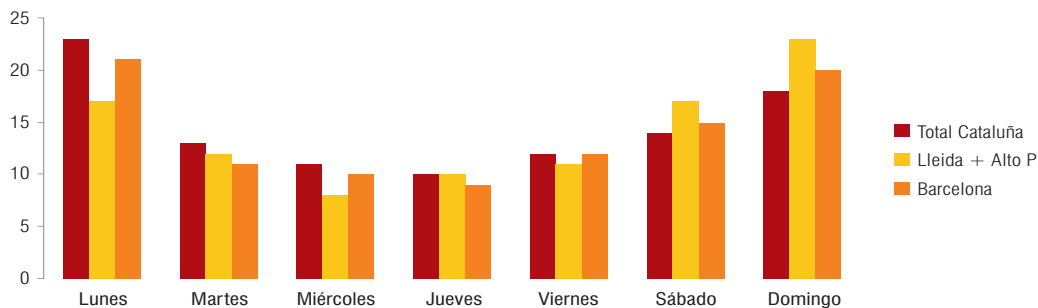
Estos datos, aportados por este estudio apoya la necesidad del control médico a través de la prescripción y de la atención primaria, primer nivel de asistencia sanitaria y prevención.

Figura 61: Distribución de la utilización de la píldora anticonceptiva de emergencia según el número de veces que se ha utilizado.



Fuente: Estudio descriptivo sobre el uso de la anticoncepción de emergencia en Cataluña. Comparativa entre zona rural y una urbana

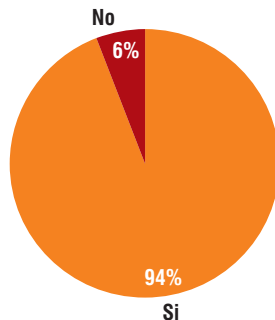
Figura 62: Distribución del consumo de la píldora anticonceptiva de emergencia por días de la semana



Fuente: Estudio descriptivo sobre el uso de la anticoncepción de emergencia en Cataluña. Comparativa entre zona rural y una urbana

La opinión de los representantes colegiales está en línea con los datos aportados, puesto que el 94% cree que se está abusando de la píldora anticonceptiva de emergencia (figura 63).

Figura 63: Opinión de la profesión médica sobre si se está abusando de la PAE



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

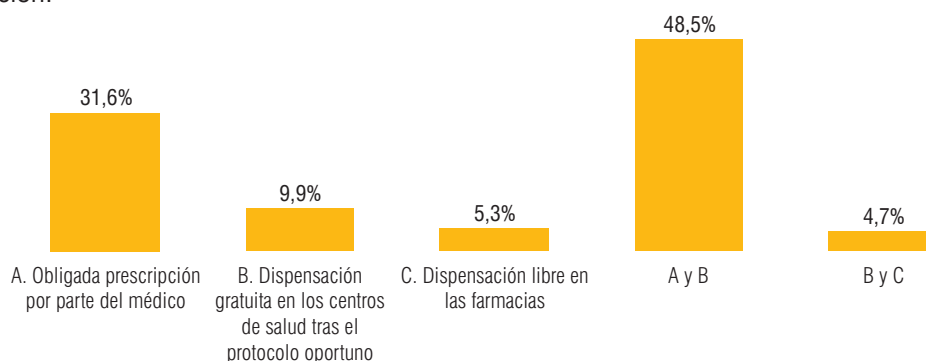
La administración de la PAE precisa una evaluación por un profesional sanitario médico o enfermera que permita registrar y valorar las circunstancias personales de la mujer, informar, aconsejar y recomendar alternativas, ya que los farmacéuticos no están en la mejor situación (lugar público) o no tienen los mejores recursos para llevarlo a cabo (control sanitario). En cualquier caso deberá quedar constancia escrita en la historia clínica al igual que cuando se atiende otra demanda, se toma otra decisión o se prescribe otro medicamento.

El mejor cuidado de la mujer requerirá un control médico o protocolización en su caso con supervisión médica porque su uso no está exento de riesgos (como los problemas de tromboembolismo), el uso repetido y/o frecuente aumenta los riesgos conocidos y aún desconocidos, por lo que hay que ser prudente con nuevos medicamentos y controlar la utilización, para que haya registro de cuánto se está utilizando y dentro de unos años se pueda saber si tiene efectos adversos.

Su indicación y demanda debe seguir vinculada al sistema asistencial de Atención Primaria; esta disposición mantendría su gratuidad, circunstancia de igualdad, justicia entre las mujeres que lo necesiten y que lo recibirían con control sanitario desechando otras fuentes como la adquisición en Internet.

En la figura 64 se puede apreciar que el 90% de los representantes colegiales consideran necesario el control sanitario de la dispensación del medicamento, frente a un 5% que defiende la dispensación libre y exclusiva en farmacias.

Figura 64: Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: “Como medicamento considera necesario para su dispensación:”



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

La dudosa efectividad de la PAE como estrategia de salud pública

Existen estudios, como el de Glasier et al.,²⁵ que afirman que facilitar el acceso al medicamento de la Píldora Anticonceptiva de Emergencia (PAE) aumenta su uso pero no queda demostrado que disminuya la tasa de embarazos no deseados ni de abortos. El estudio se basa en todas las mujeres entre 17 y 29 años que vivían en Lothian, Escocia, a las que se ofrecieron, a través de los servicios sanitarios, 5 juegos gratuitos de PAE para que los tuvieran en casa. De una población de unas 85.000 mujeres en este grupo de edad, el estudio mostró que unas 17.800 llevaron el juego de PAE a casa y más de 4.500 hizo entrega de al menos un juego a una amiga. Se observó que cerca de la mitad (45%) de las mujeres que habían aceptado la PAE usaron al menos un tratamiento durante los 28 meses que duró el estudio. En total, se estimó que se usaron 8.081 tratamientos de PAE. La PAE se usó en las primeras 24 h tras el coito en el 75% de las ocasiones. La tasa de aborto en Lothian se comparó con la de otras 3 áreas sanitarias de Escocia. No se demostró ningún efecto sobre la tasa de aborto con la dispensación extendida de PAE.

Los resultados del estudio señalado sugieren que el propio hecho de facilitar el acceso a la PAE aumenta su uso y no disminuye la tasa de embarazos no deseados ni de abortos, por lo que la libre dispensación no parece ser una buena estrategia de salud pública.

Por otra parte, ante la facilidad de acceso de las mujeres, especialmente las más jóvenes, a la PAE, existe un riesgo añadido que está relación con su utilización como método anticonceptivo, ya que su uso como anticonceptivo frente a los anticonceptivos de barrera no sólo no protege frente a las enfermedades de transmisión sexual, sino que puede aumentar la incidencia de enfermedades de transmisión sexual.

La trascendencia de la valoración de la madurez en el caso de la menor y el consentimiento informado

La Ley 41/2002 de autonomía del paciente, derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, dedica el artículo 8 al Consentimiento Informado. Esta misma Ley reconoce que el consentimiento de los menores en las edades comprendidas entre los 16 y 18 años es válido para la asistencia sanitaria habitual (con las excepciones de los ensayos clínicos, donación de órganos y técnicas de reproducción asistida).

25. Glasier A, Fairhurst K, Wyke S, Ziebland S, Seaman P, Walker J, Lakha F. Advanced provision of emergency contraception does not reduce abortion rates. *Contraception*. 2004 May;69(5):361-6.

De aquí se podría deducir que el consentimiento de los menores de 16 años no es válido, sin embargo, la ley mencionada y el Convenio Europeo de Bioética dicen que, en la actuación médica, la opinión del menor será tanto más determinante atendiendo a su edad cronológica y su grado de madurez. Por ello, consideramos que, ante una menor que solicita la píldora anticonceptiva, es deber del médico proporcionarle información comprensible, adecuada y útil para que comprenda los riesgos de su uso reiterado.

Al margen de la rigidez de la validez jurídica del consentimiento, será una garantía para el médico que quede constancia escrita de que ha cumplido su deber de información y de que la menor que ha consultado, se ha responsabilizado con su consentimiento de haber comprendido la información y mantenerse en la solicitud, amparándose en el derecho que tiene reconocido por las autoridades sanitarias para acceder a esta prestación. Lo anterior no sería adecuado en menores de 13 años, ya que la relación sexual sería un delito de abusos sexuales no consentidos.

Mujeres entre 16 y 18 años edad

Aceptando que las mujeres de edad comprendida entre los 16 y los 18 años, solicitan esta prestación, desde una actitud de madurez suficiente y conocimiento de su vida emocional, sentimental y sexual, es sin embargo preciso transmitir a la mujer la información suficiente y necesaria para que utilice otros procedimientos anticonceptivos y que la píldora del día después sea una excepción.

Mujeres entre 13 y 16 años de edad

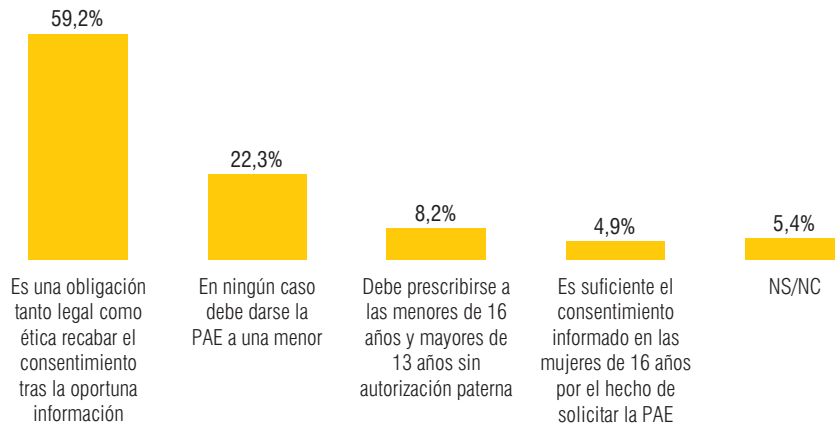
Este grupo precisa una valoración médica detenida, información sobre los riesgos de este tipo de anticoncepción pero también orientación para acudir a donde puedan recibir formación sexual adecuada e información sobre procedimientos de anticoncepción seguros y saludables.

Mujeres menores de 13 años

Precisarían atención especial, ya que el Código Penal dice “... se consideran abusos sexuales no consentidos los que se ejecuten sobre menores de trece años, ... es decir, que mantener relaciones sexuales con una menor de 13 años, aunque haya sido con su consentimiento, debido a su falta de madurez, es siempre un delito contra la libertad e indemnidad sexual, y se califica como “abuso sexual no consentido”. Por tanto, jurídicamente, está reconocido que las menores de 13 años no dan un consentimiento válido y su solicitud de prescripción médica necesitaría de respaldo de sus padres o responsables legales.

En relación al consentimiento de la menor de 16 años para adquirir libremente la PAE, el 59,2% considera que es una obligación tanto legal como ética recabar el consentimiento tras la oportuna información y sólo un 22,3% considera que en ningún caso debe darse la PAE a una menor (figura 65).

Figura 65: Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: “En relación al consentimiento de la menor de 16 años considera acertadas:”



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

La PAE como oportunidad informativa y de educación para la salud

Este apartado es el gran desafío de esta prestación asistencial. En los casos en los que la mujer que solicita la prestación es menor de edad y más aún cuando se trata de demandas repetitivas, consideramos que es la ocasión para intervenir desde el punto de vista sanitario y social sobre la menor.

Sería necesaria la existencia de una red sociosanitaria para atender la formación e información sobre salud sexual y reproductiva de los menores y, especialmente, de las mujeres menores respecto al uso responsable de su sexualidad por los riesgos de embarazo que se derivan de las relaciones sexuales sin la protección debida pero también por el riesgo de contagio y transmisión de enfermedades infecciosas y por los riesgos del consumo de fármacos anticonceptivos o de la píldora anticonceptiva de forma reiterada y repetida.

En esta función son colaboradores importantes los educadores a nivel de colegios e institutos, por lo que serían necesarios cursos de formación dirigidos a éstos en este campo.

La equidad en el acceso a la PAE en el conjunto del Sistema Nacional de Salud

Aunque algunas comunidades autónomas ofrecen el servicio de atención a la demanda y la prestación de la PAE de forma gratuita en el centro de salud, en la mayoría la adquisición de la PAE no es gratuita ni conlleva atención alguna.

Si el servicio se considera tan necesario que requiere regulación especial es difícil de entender tales diferencias en la oferta de servicio y prestaciones con las consecuencias ya manifestadas. En aquellas comunidades autónomas donde el servicio no se presta pero además la adquisición de la PAE tiene un coste, rompe la equidad al ser utilizada sólo por aquellas mujeres y en aquellas ocasiones en las que puedan soportar su coste, pero sobre todo por provocar la no utilización de un servicio necesario desde la perspectiva asistencial y de salud pública.

Si el servicio se considera necesario, pero recibirlo depende exclusivamente de disponer del dinero para pagarlo, es evidente que se rompe con una regla básica del Sistema Nacional de Salud como es que todos los servicios necesarios se prestan gratuitamente. Se rompe la equidad en la atención sanitaria al desincentivarla primero y en la prestación después, puesto que al no ser gratuita unas ciudadanas podrán adquirirla cuando la necesiten, mientras que otras no podrán hacerlo por falta de recursos económicos para adquirirla.

En consecuencia el nivel de accesibilidad real va a depender del poder adquisitivo de cada mujer. Por consiguiente este hecho puede suponer un riesgo de desviación hacia fórmulas alternativas más baratas, siendo fácil suponer que surgirá un mercado por Internet que con la disculpa del coste del tratamiento introduzca riesgos sobreañadidos a los descritos.

Por todo lo cual la decisión tomada es científica y profesionalmente “insatisfactoria”, social y políticamente “incoherente” y sanitariamente “peligrosa”.

Creemos necesario reconsiderar la regulación de la PAE y hacer su prestación gratuita tras la prestación y asistencia adecuada en los centros de salud, ofreciendo la información oportuna en relación a la salud sexual y reproductiva y el consejo individualizado a cada caso.

La objeción de conciencia en el contexto de la libre dispensación de la PAE

La utilización de la PAE puede originar debate sobre aspectos conceptuales de la vida como lo es el momento de su inicio, lo que puede generar situaciones de objeción de conciencia en el médico que atiende a una solicitante de la PAE.

La objeción de conciencia siempre puede estar presente en la decisión de un médico de llevar a cabo la práctica médica y hay que tener en cuenta los derechos y deberes del médico pero es importante también tener presente las obligaciones que los representantes colegiales tienen en relación con los derechos del paciente y garantizar siempre su asistencia buscando otro médico sin objeción de conciencia en el caso concreto tratado.

En este contexto, las visitas a urgencias deben atenderse sin que para ello se tenga que derivar la paciente al médico de cabecera, ya que se pueden presentar varias situaciones: la primera es el desasosiego que puede producir al propio médico el hecho de tener que derivar la paciente a otro centro y, la segunda, la excelencia ética que requiere una atención personalizada en función de la edad de la mujer que solicita la PAE y sus factores culturales.

La necesidad de una reforma del actual modelo de libre dispensación de la PAE

Una vez analizados los factores más relevantes que definen el actual modelo de libre dispensación de la PAE, las organizaciones colegiales tienen el reto de elevar propuestas dirigidas a garantizar una atención adecuada a la mujer que solicita la PAE e introducirlas en la agenda política para asegurar un modelo que dé respuesta efectiva a las cuestiones de incertidumbre que se están planteando.

Así, desde la Organización Médica Colegial se debe liderar el proceso de generación de respuestas orientadas a la concienciación social e información adecuada para evitar el uso indiscriminado de la PAE, la valoración médica para su administración, la valoración de estrategias en función de la madurez-edad de la mujer, alertar sobre los posibles riesgos que conlleva, promover los aspectos de equidad así como definir la actuación profesional según cada caso.

Propuestas estratégicas

1. Promover el desarrollo de una campaña de sensibilización social sobre el uso responsable de la PAE

Sentar las bases de una campaña dirigida a informar sobre las consecuencias que puede tener el uso no responsable de la PAE en relación a posibles riesgos y efectos secundarios y para la prevención de transmisión de enfermedades sexuales.

Esta campaña se deberá promover conjuntamente con el Ministerio de Sanidad y Política Social, para lo que será necesario desarrollar acciones de encuentro con dicha autoridad.

2. Elaborar un estudio en el que se presenten los resultados de la libre dispensación de la PAE en España

2.1. Promover la creación de un registro para el control y seguimiento de los efectos secundarios y la frecuentabilidad del uso del medicamento en centros sanitarios y farmacias.

2.2. Realizar un estudio sobre la evolución de la dispensación de la PAE y de sus efectos en los embarazos no deseados y de abortos, entre otros efectos a analizar.

El objetivo es que la OMC tenga datos objetivos sobre si la libre dispensación de la PAE cumple con el objetivo de evitar embarazos no deseados y abortos en España, así como los efectos secundarios y control del aumento de transmisiones sexuales en el rango de edad establecido.

3. Promover la dispensación de la PAE en los centros de atención primaria

3.1. Configurar un Comité, con la participación de las organizaciones colegiales, instituciones sanitarias y sociedades científicas, dirigido a liderar un proceso orientado a la introducción de cambios en el actual modelo de dispensación.

3.2. Introducir en el debate político la necesidad de una reforma del actual modelo de dispensación.

4. Diseñar un Plan Formativo dirigido a adolescentes

Promover un convenio entra la OMC y las instituciones de sanidad y educación para desarrollar un plan de formación sobre los efectos y consecuencias de la disposición de la píldora anticonceptiva de emergencia (PAE) en un contexto de educación sexual.

La formación irá dirigida a alumnos/as de edades comprendidas entre 13 y 18 años y fundamentalmente en el ámbito escolar (colegios e institutos)



9

El médico ante la nueva ley del aborto

Breve revisión de los antecedentes de la nueva Ley del aborto

La nueva ley del aborto, Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, tiene unas repercusiones en la sociedad y en nuestra profesión en particular que hacen muy conveniente establecer un marco de reflexión sobre la misma. Pero antes, veamos cuáles son los principales antecedentes de esta Ley.

El aborto como acción última

Es necesario considerar que el embrión es un bien que ha de ser protegido y el Estado debe tener especial sensibilidad en dicha protección. Sin embargo, alrededor del 50% de la población opina que esta protección no debe anular por completo el derecho de la mujer a la interrupción voluntaria del embarazo. El aborto ha tenido una larga historia de prohibición y su represión no ha conseguido evitarlo e incluso ha comportado riesgo para la vida y la salud de la mujer.

En todas las legislaciones, es delito el aborto sin consentimiento de la embarazada y en ellas se tiene o se debería tener una consideración muy especial el embrión humano desde la fecundación. Sin embargo, en ningún momento de la historia se ha penalizado el aborto como el homicidio o el asesinato; tampoco socialmente tiene igual relevancia, ni la pérdida de un feto se considera semejante a la muerte. Además, la regulación de la interrupción voluntaria del embarazo no es obligatoria sino opcional y respeta la libre decisión moral de las personas.

Dicho esto, el aborto no debería ser contemplado como un anticonceptivo más y si como una acción última en ningún caso deseable. Por tanto, el aborto. Cualquier ley sobre el aborto no trata de emitir un juicio moral, sino decidir simplemente en qué casos su práctica será legal.

El aborto puede provocar en la mujer trastornos físicos y psicológicos evidentes que debe conocer. Pero a la vez hay que tener presente que las consecuencias psicológicas y sociales de los abortos denegados pueden ser en algunos casos tan serias como las asociadas al aborto, que deben ser advertidas y atendidas por un médico.

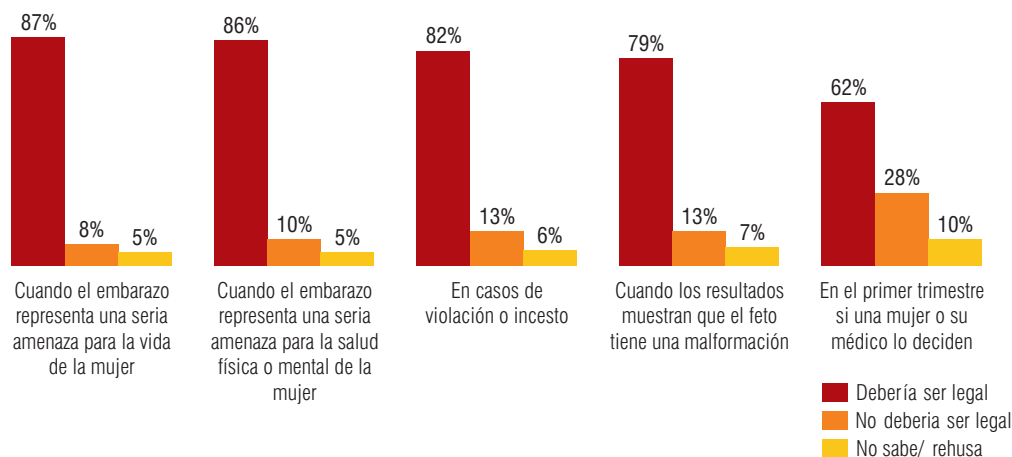
La opinión de la sociedad ante la legalidad del aborto

Belden Russonello & Stewart²⁶ han llevado a cabo una encuesta de opinión pública en base a 1.001 entrevistas realizadas a españoles mayores de edad, entre el 10 y el 13 de noviembre de 2009, sobre las actitudes de los españoles y las españolas frente al aborto.

Los principales resultados (que se recogen en la figura 66) reflejan que el 62% de la ciudadanía afirma que el aborto en general debería ser legal durante el primer trimestre de embarazo (12 semanas), dejando la decisión en manos de las mujeres y sus médicos.

En función del sexo, el apoyo llega al 65% entre los hombres y 59% entre las mujeres; un 77% entre aquellos que tienen entre 18 y 29 años de edad, un 64% de los que tienen entre 30 y 49 años y un 65% entre 45 y 60. El apoyo disminuye hasta el 38% entre los mayores de 65 años.

26. Belden Russonello & Stewart. *La opinión de Españoles y Españolas sobre el aborto; análisis de una encuesta nacional realizada en España, noviembre 2009*

Figura 66: Actitudes sobre la legalidad del aborto en varias situaciones*

Fuente: Belden Russonello & Stewart. *La opinión de españoles y españolas sobre el aborto*

* Nota: Los porcentajes pueden añadir, como indica la fuente, al 99% o al 101% debido al redondeo.

El marco europeo

La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa en su Resolución 1607, aprobada en abril de 2008, considera que “el aborto no ha de estar prohibido dentro de unos términos razonables de gestación”, por el hecho demostrado que “la prohibición no consigue reducir el número de abortos” e invita a los estados miembros a “despenalizar el aborto dentro de plazos de gestación razonables”.

El aborto está despenalizado en la mayoría de países de la Unión Europea. Tienen una ley de plazos hasta las 12 semanas de gestación, en Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, Dinamarca, Eslovaquia, Estonia, Francia, Grecia, Hungría, Letonia, Lituania, Noruega, República Checa, Rumania, Suiza y Portugal. En Italia, Suecia y Holanda se alarga unas semanas más los plazos de gestación establecidos.

Condiciones previas en España

La Constitución Española, en su artículo 15 afirma que “*todos tienen derecho a la vida...*”. No obstante, cuando al Tribunal Constitucional se le pidió opinión sobre este aspecto²⁷, se pronunció afirmando que “*la vida no es una realidad hasta el inicio de la gestación (implantación del embrión en el útero materno...)*”, así como que “*el nasciturus no es titular del derecho fundamental a la vida pero constituye un bien que ha de ser protegido...*”.

27. Sentencia 53/1985 en relación con la Ley despenalizadora del aborto y Sentencia 116/99 sobre la Ley de reproducción humana asistida

Hace 25 años en España se reformó el Código Penal, despenalizando el aborto en algunos supuestos:

- Grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada.
- Cuando el embarazo fuera consecuencia de una violación.
- Cuando se presume la existencia de graves taras físicas o psíquicas en el feto.

En el año 2009, el Gobierno redacta el borrador de un proyecto de Ley sobre salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, en el que desde la OMC, se detectaron problemas éticos y algunas carencias.

La Asamblea General de la OMC de fecha 12 de diciembre de 2009, aprobó un documento de posicionamiento de la OMC en torno a la Ley del aborto, elaborado por la Comisión Central de Deontología que por su vigencia se reproduce en su totalidad:

DOCUMENTO DE POSICIONAMIENTO DE LA OMC EN TORNO A LA LEY DEL ABORTO

Aprobado Por la Asamblea General de la OMC el 12 de diciembre de 2009

Con motivo del debate parlamentario de la nueva Ley del Aborto, la Organización Médica Colegial, consciente de los deberes que tiene para con los ciudadanos en general y los médicos en particular, expone públicamente sus compromisos éticos en materia sanitaria, que afectan a unos como beneficiarios de los actos médicos y a los otros como agentes necesarios para su realización, por lo que elevan a la opinión pública las siguientes consideraciones:

Primera.- De acuerdo con el Código de Ética y Deontología Médica, la profesión médica está al servicio de la vida humana.

Segunda.- Los médicos colegiados aceptarán, como no puede ser de otra manera, las leyes emanadas del Parlamento, pero sometiéndolas siempre al valor superior de la libertad de conciencia de cada uno. La Objeción de Conciencia es un Derecho fundamental e irrenunciable.

Por ello, la Organización Médica Colegial ve con satisfacción que se reafirme el Derecho Constitucional a la objeción de conciencia para todos aquellos profesionales que deban intervenir como cooperadores necesarios en la práctica de un aborto.

Tercera.- Los médicos rechazamos que se utilice el argumento de que la nueva Ley les dotará de una mayor seguridad jurídica a la hora de realizar una interrupción voluntaria del embarazo, ya que no se ajusta a la verdad. Ni los médicos y menos aún el nasciturus, estarán mejor protegidos que con la ley anterior.

Cuarta.- Este Proyecto de Ley establece un periodo de 14 semanas durante el cual la mujer será libre para abortar. Este límite es difícil de precisar con el rigor que las leyes exigen a pesar de los medios técnicos actualmente disponibles, por lo que se introduce un aspecto subjetivo, que aconseja establecer algunas cautelas.

Quinta.- Por lo anteriormente mencionado consideramos necesario unas mínimas garantías:

- a) Establecer un sistema que impida irregularidades en los informes médicos, que avalan que el embarazo supone un peligro para la salud psíquica o física de la embarazada.
- b) Debería elaborarse un protocolo de consentimiento informado que ofrezca las debidas garantías de validez y respeto a la opinión y autonomía de la mujer, con información de la naturaleza de la intervención y sus riesgos.
- c) Se debería dar un periodo suficiente de reflexión e informar de las ayudas sociales públicas y privadas a las que podrá acogerse en el caso de que decida continuar con la gestación.
- d) Deberían restablecerse en los hospitales públicos y en cualquier centro en que se realicen abortos, las Comisiones técnico-éticas que establezcan la legalidad o no de la interrupción voluntaria del embarazo. Una decisión tan importante y de consecuencias irreversibles, cual es un aborto, no puede ser adoptada por un solo facultativo.
- e) La interrupción voluntaria del embarazo en menores entre 16 años y la mayoría de edad, no se realizará nunca sin su consentimiento. Vemos con satisfacción que se han tenido en cuenta las sugerencias de la Organización Médica Colegial acerca de la conveniencia e importancia que tiene informar a los padres o tutores, para no privar a la menor de su consejo, apoyo y ayuda.

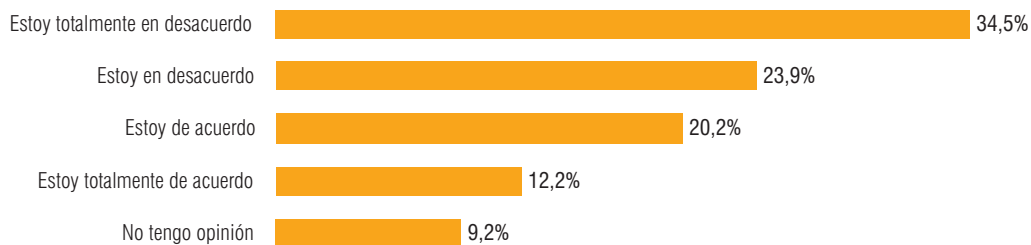
Reflexiones sobre la nueva ley del aborto

La Comisión Central de Deontología del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos ha desarrollado una serie de reflexiones en relación a la nueva Ley del Aborto de 2010.

Sobre el término “interrupción voluntaria del embarazo”

La primera consideración sería conceptual para aclarar que no parece correcto el término "interrupción voluntaria del embarazo" ya que todo lo que se interrumpe se puede reanudar y no es este caso. La OMS define el aborto y especifica los distintos tipos y clases de abortos, parecería razonable que se adoptará la terminología de la OMS. Al respecto, el 58,4% de los representantes colegiales de la profesión médica está en desacuerdo con la terminología recogida en la nueva Ley del aborto, mientras que el 32,4% estaría de acuerdo (figura 67).

Figura 67: Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: “¿Le parece correcto el término “interrupción voluntaria del embarazo” teniendo en cuenta que la OMS únicamente utiliza el término aborto especificando los distintos tipos y clases de él?”



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

Sobre cuestiones éticas

La Ley crea una parcela de autonomía a la mujer para abortar hasta la 14 semana de gestación. Hoy como hace 25 años cabe preguntarse hasta qué punto es ético lesionar el principal bien de otro, la vida con toda su dignidad, aunque sea en sus primeros estadios de evolución,

La ética está en principio contra el aborto, que siempre supone poner fin a una vida humana iniciada, pero también reconoce la existencia de graves cuestiones que demandan ponderar valores en conflicto. Por ello, desde una ética cívica de mínimos universales que cuidan la convivencia pacífica de morales plurales, se puede respetar una despenalización del aborto para aquellas personas que, por razones diferentes se ven incapaces de asumir la gestación, pero sin considerarlo como un derecho. Un ejemplo de ello es el supuesto de violación se puede considerar éticamente que la dignidad de la mujer que ha visto brutalmente agredida en su integridad, no puede ser exigible el sacrificio de continuar la gestación fruto de esta agresión.

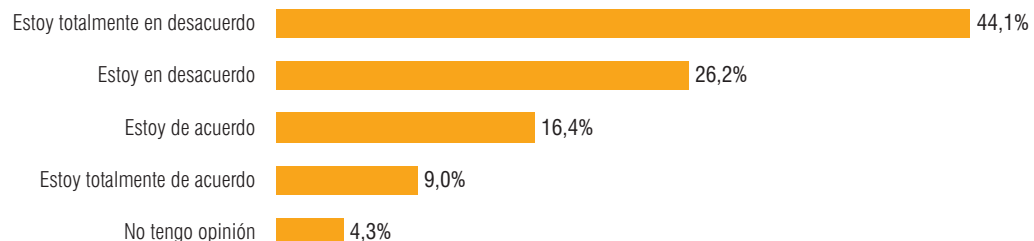
Sobre la autonomía de las menores de 16 y 17 años

La Ley concede esta autonomía para abortar también a las chicas de 16 y 17 años, con conocimiento de sus padres o representantes legales, o sin él, si le provocara un conflicto grave, con ellos

En caso de embarazo la menor se encuentra ante una situación imprevista, no deseada y con una amplia e importante repercusión futura que, en algunos casos, le lleva a una única salida que será recurrir al aborto como un método anticonceptivo más. La Ley no ha mantenido la mayoría de edad en los 18 años para prestar el consentimiento para un aborto. Llama la atención que a una adolescente de 16 y 17 años no se le permita participar en unas elecciones ni pueda ser encausada penalmente y, sin embargo, se le conceda autonomía absoluta para abortar. Esta situación se basa en que no hay determinada una mayoría de edad sanitaria pero la Ley de Autonomía del Paciente establece que a partir de los 16 años un paciente puede dar consentimiento informado sin la intervención de padres o tutores.

El 70,3% de los representantes colegiales representantes colegiales están en desacuerdo y el 25,4 de acuerdo con que la Ley conceda autonomía para abortar a chicas de 16 y 17 años y a las menores de 16 años con el conocimiento de los padres o tutores, (figura 68).

Figura 68: Opinión de la profesión médica sobre la autonomía absoluta para abortar, que concede la nueva ley, a las chicas de 16 y 17 años y a las menores de 16 años con el consentimiento de los padres o tutores



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

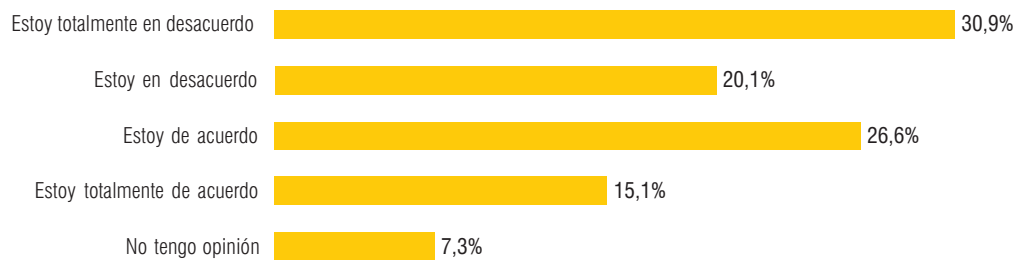
Sobre la educación sanitaria

Para la población general la ley indica que los poderes públicos tendrán como objetivo en políticas de salud sexual y reproductiva la educación sanitaria integral y con perspectiva de género sobre salud sexual y reproductiva.

Para la formación de los profesionales de la salud se dice que se abordará con perspectiva de género e incluirá en los programas curriculares la salud sexual y reproductiva, incluyendo la investigación y formación en la práctica clínica de la interrupción voluntaria del embarazo.

La inclusión obligatoria de formación e investigación acerca de la interrupción voluntaria del embarazo en los programas de formación de los profesionales de la salud puede atentar contra la diversidad ideológica y el derecho a la objeción de conciencia de los estudiantes en ciencias de la salud. En este contexto la opinión de los profesionales es variable, ya que un 51% se muestra contraria a incluir esta formación, frente a un 41,7% que estaría a favor de ello (figura 69).

Figura 69: Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: “¿Piensa usted que en la formación de los profesionales de la salud debe incluirse ‘la investigación y formación en la práctica clínica de la interrupción voluntaria del embarazo?”



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

Sobre las garantías jurídicas para el médico

Se cuestiona que la seguridad jurídica del médico se incremente con una ley que despenaliza el aborto hasta fechas muy concretas del embarazo cuando se sabe que no es fácil definir con toda precisión la edad gestacional hasta la cual el aborto está permitido y por tanto no es delito, pero sí lo es una semana después.

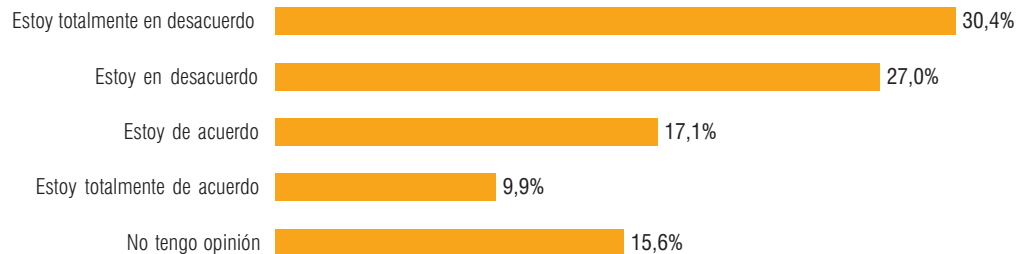
Existen varias contradicciones legales significativas que pueden influir en la seguridad jurídica del médico, ya que en lo que se refiere al sistema de plazos que consagra el aborto, el Tribunal Constitucional en la sentencia 53/1985 exige:

- La ponderación de todos los bienes e intereses en juego cuando se trate del sacrificio de derechos fundamentales. El proyecto sólo tiene en cuenta la libertad de la madre pero no la protección del feto.
- Supone el abandono por parte del Estado del deber básico de establecer un sistema legal que suponga una protección efectiva del concebido y no nacido.

El médico tiene como principio ser un servidor de la vida humana. No obstante, cuando la conducta del médico respecto al aborto se lleve a cabo según lo establecido en la Ley, no será sancionado estatutariamente.

En relación a que la nueva Ley del aborto dará más garantías jurídicas a los médicos que practiquen el aborto que la anterior, el 57,4 de los representantes colegiales están en desacuerdo, el 27% estaría de acuerdo y un 15,6 % no manifiesta opinión representantes colegiales (figura 70).

Figura 70: Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: “¿Piensa que con esta Ley los médicos que practiquen el aborto tendrán mayores garantías jurídicas que con la anterior?”



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

La objeción de conciencia ante el aborto

La objeción de conciencia es la negativa individual a someterse, por razones de conciencia, a un acto médico que, en principio, sería legalmente exigible.

La legislación hay que cumplirla, pero el médico no puede ser obligado a realizar actos, como el aborto, en aquellos casos individuales en los que atentan contra su conciencia, dignidad, libertad, honor y creencias religiosas. Estas prerrogativas están amparadas por la Constitución con el término de objeción de conciencia.

La objeción de conciencia no estaba inicialmente contemplada en el proyecto de ley, enviado a las Cortes; finalmente, la Ley ha incluido, en su artículo 19, el derecho a la objeción de conciencia del médico, así como la obligación de garantizar la calidad asistencial al paciente.

Ante esta situación y en lo que se refiere a la gestión de centros sanitarios con falta de médicos o la no disponibilidad de suficientes médicos dispuestos a llevar a cabo la práctica del aborto por objeción de conciencia, el propio centro debe garantizar la asistencia a esta práctica, por medio del contrato de médicos no objetores ante la práctica del aborto o por la vía de establecer circuitos o convenios con otros hospitales que sí llevan a cabo esta práctica médica para derivar a pacientes que lo soliciten. Los centros hospitalarios tienen el deber de garantizar la práctica asistencial de la interrupción voluntaria del embarazo dentro de la legalidad.

Una de las cuestiones que surgieron en el II Congreso de la Profesión Médica giró en torno al caso de un médico cuyo contrato incluía una cláusula específica en relación con la obligación de realizar abortos

(aceptada por el médico en cuestión con la firma del contrato), que con el paso del tiempo se hace objeto. Este médico tendría recursos legales para ello, pero de menor fuerza.

En cualquier caso la objeción de conciencia es un derecho fundamental que no es negociable y debe cumplirse según la ley. Además es un derecho personal, es decir, lo puede exigir una persona, no un centro o servicio o institución, porque cercenaría el derecho del ciudadano a las prestaciones que contempla la Ley.

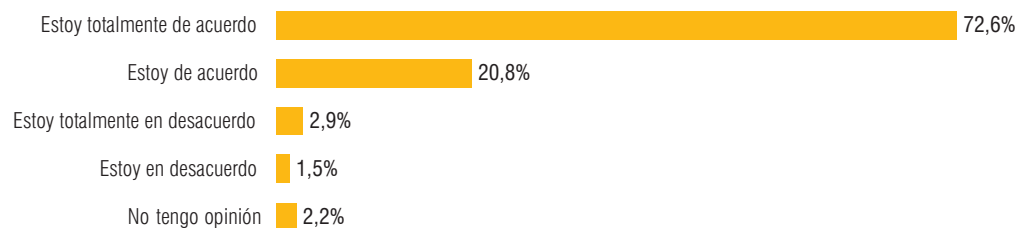
Principales retos de la OMC ante la nueva Ley del aborto

Teniendo presente la actual situación legal sobre el aborto, la OMC deberá atender algunas cuestiones prioritarias y que necesitan un mayor desarrollo y concreción:

- Articular un sistema que impida las irregularidades en los informes médicos, especialmente en aquéllos que avalan que el embarazo supone un peligro para la salud psíquica de la mujer. Existen precedentes de continuo fraude en el concepto de grave riesgo para la salud de la embarazada o de malformación grave del feto;
- Establecer un protocolo de consentimiento informado que ofrezca garantías de validez y autonomía de la mujer y que se informe de las ayudas sociales públicas y privadas a las que puede tener acceso si desea continuar con su embarazo.
- Insistir en la conveniencia e importancia, en caso de menores de edad, de que los padres sean informados, para no privar a la paciente del consejo, apoyo y ayuda de los mismos.

El 93,4% de los representantes colegiales representantes colegiales considera que es necesario establecer un protocolo de consentimiento informado específico que ofrezca garantías de validez y respeto a la opinión y autonomía de la mujer, con información de la naturaleza de la intervención y sus riesgos (figura 71).

Figura 71: Opinión de la profesión médica sobre la necesidad de establecer un protocolo de consentimiento informado específico que ofrezca garantías de validez y respeto a la opinión y autonomía de la mujer, con información de la naturaleza de la intervención y sus riesgos



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

Propuestas estratégicas

1. **Contribuir a asegurar el acceso a las mujeres a la intervención del aborto en el marco de la ley, y con el respeto a la objeción de conciencia de aquellos médicos que quieran acogerse a ello**
2. **Crear un registro voluntario de objetores de conciencia colegial como garantía de lo objetado y seguridad del objetor**
3. **Promover la creación, en los centros sanitarios, de un Comité Ético Asistencial, que valore las consecuencias que puede sufrir la mujer con el embarazo y con el aborto así como las posibles alternativas para evitarlo**
 - 3.1. Proponer la configuración del Comité y sus funciones, que contará con el asesoramiento de expertos en la materia que garanticen la salud física y psíquica de la paciente y que garanticen la validez y autonomía de la mujer (especialmente con edades de 16 y 17 años).
 - 3.2. Desarrollar contactos con las autoridades sanitarias autonómicas para trasladar la conveniencia e importancia de disponer de un Comité de estas características y de realizar un seguimiento personalizado de estas pacientes.
 - 3.3. Promover, a través de estos comités, la información a la mujer sobre las ayudas sociales públicas y privadas a las que puede tener acceso si desea continuar con su embarazo, así como sobre la existencia de foros o asociaciones que puedan transmitir casos reales, con soluciones tomadas y resultados.



OMC

10

Cuidados paliativos: de una necesidad a un derecho

Una necesidad transformada en un derecho

El envejecimiento de la población y el aumento del número de personas con cáncer y otras enfermedades crónicas o degenerativas, representan un reto importante para las sociedades desarrolladas. Muchos de estos enfermos, que padecen al final de sus vidas un sufrimiento intenso, precisan una atención esmerada en la que debe estar implicada toda la sociedad.

Todas las personas tienen derecho a una asistencia sanitaria de calidad, científica y humana. Por tanto, recibir una adecuada atención médica al final de la vida no debe considerarse un privilegio, sino un auténtico derecho.

Este derecho lo respalda un marco normativo como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización; y diferentes Estatutos de Autonomía (Cataluña, Andalucía), planes y programas que tienen como fin último garantizar el derecho a cuidados paliativos.

La Medicina Paliativa debe aplicarse desde todos los ámbitos asistenciales: Atención Primaria, Atención Especializada y Atención Sociosanitaria. Además, de adoptar ante el sufrimiento una actitud particularmente compasiva y humana, con empatía, respeto y delicadeza. En definitiva, abandonar al enfermo cuando necesita esta atención constituye una mala práctica.

De todas formas, este derecho es poco conocido por la población; un estudio²⁸ realizado en 2007 en Reino Unido revela que el 81,3% de los pacientes oncológicos que recibían tratamientos curativos en dos hospitales del Reino Unido, no reconocían el término “cuidados paliativos”, y un 32,2% no sabían definir “*hospice*”.

¿Por qué si los cuidados paliativos constituyen un derecho no están totalmente desarrollados? El escaso desarrollo de los cuidados paliativos responde a cuestiones presupuestarias, de prioridad, de voluntad política o incluso de falta de profesionales con la formación y capacidades competenciales necesarias.

La calidad de vida como prioridad

El objetivo en la atención a las personas con una enfermedad en fase terminal es procurar su mejor calidad de vida, lo cual implica:

- Identificar, evaluar y tratar el dolor y otros síntomas de forma temprana, así como atender las necesidades psicosociales y espirituales. El tratamiento del dolor no es una cuestión opcional sino un imperativo ético.
- Procurar una comunicación respetuosa y sincera, que aporte información responsable y adecuada. Hay que facilitar al enfermo que pueda expresar sus emociones y siempre debe ser escuchado.
- Una continuidad en los cuidados a lo largo de la evolución de su enfermedad, estableciendo mecanismos de coordinación entre todos los niveles asistenciales, promoviendo y facilitando que el enfermo, si así lo desea, pueda morir en su casa.
- Conocer y respetar los valores del enfermo promoviendo así su autonomía y facilitar su participación en la toma de decisiones prestando una especial atención a las voluntades anticipadas.

28. Koffman J, Burke G, Dias A, Raval B. Los factores demográficos y el conocimiento de los cuidados paliativos y servicios relacionados. *Palliat Med.* 2007; 21:145-153.

- Reconocer la importancia de la familia y el entorno personal del enfermo, promoviendo su colaboración en los cuidados. Asimismo hay que prestar atención esmerada a las necesidades de los cuidadores.

Hacia una buena práctica médica

Las actuaciones asistenciales deberán evitar tanto la prolongación innecesaria de la vida por medio de la obstinación diagnóstica y terapéutica, como su acortamiento deliberado, o el abandono del enfermo y su familia.

Pero también deberán proporcionar una atención integral e interdisciplinar al paciente y a su familia, promocionar la autonomía y dignidad de las personas, respetar los objetivos y valores de los enfermos y de sus familias.

La atención al dolor

A través de evaluaciones y manejo del dolor, conjuntamente con estrategias terapéuticas cuando sean apropiadas, los cuidados paliativos buscan mejorar la calidad de vida del paciente y facilitar una muerte en las mejores condiciones posibles.

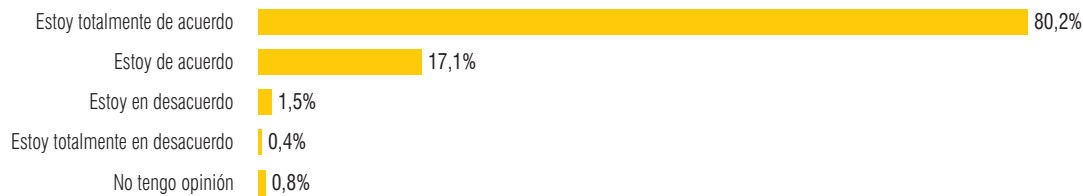
La destreza en el manejo y control del dolor es característica fundamental de los cuidados paliativos. Un buen manejo del dolor debe ser un derecho humano básico. Para el control del dolor y de otros síntomas contamos con avances relevantes. El uso adecuado de la morfina y/o de los nuevos analgésicos, entre otras medidas, consigue suprimir o aliviar el dolor en la mayoría de los casos.

Según refleja el Informe de Cuidados Paliativos en la Unión Europea²⁹, los analgésicos opioides (morfina y derivados) suscitan en algunos casos cierta polémica en torno a su calidad e incluso necesidad, porque existen prejuicios tanto por parte de representantes colegiales como de la población en general sobre ellos. Esta situación lleva a que con frecuencia se infravalora el dolor que el paciente dice que tiene y no se le administran los analgésicos en la cantidad necesaria, no paliando el síntoma del dolor del paciente. Para garantizar la calidad de en el final de la vida se hace necesario asegurar la disponibilidad de opioides. En este contexto, se planteó una pregunta en el II Congreso de la Profesión Médica, acerca de la pertinencia de mantener las restricciones actuales a la prescripción de la morfina. Lo importante es disponer una formación adecuada, a la vez que habrá que instar a las organizaciones correspondientes la revisión de la legislación actual y la eliminación de obstáculos a las necesidades vitales de nuestros pacientes.

29. JM Martín-Moreno, M Harris, L Gorgojo, D Clark, C Normand, C Centeno. *Palliative care in the European Union*; IP/A/ENVI/ST/2007-22. PE 404.899

En opinión de los médicos, el tratamiento enérgico del dolor es un imperativo ético para el médico y un derecho para el paciente debidamente informado a pesar de que el mismo pueda acortar su vida (figura 72).

Figura 72: Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: "¿Considera que el tratamiento enérgico del dolor es un imperativo ético para el médico y un derecho para el paciente debidamente informado a pesar de que el mismo pueda acortar su vida?"



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

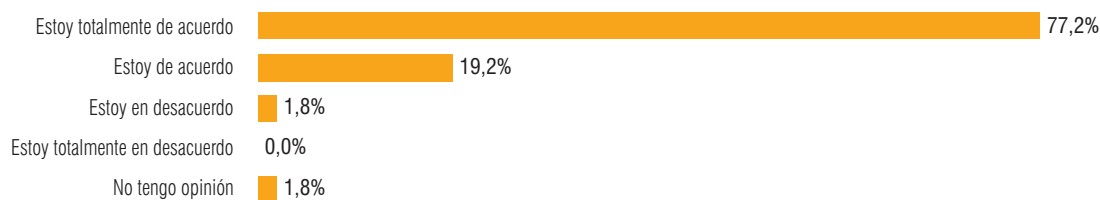
La información y comunicación

La información y la comunicación entre enfermo, familia y equipo terapéutico es otro de los pilares fundamentales para una atención de calidad. Se debe ofrecer al paciente y a su familia una comunicación delicada y atenta, por parte de un equipo multidisciplinar y orientado a elaborar los contenidos psicológicos que permitan adaptarse a la situación que se está viviendo.

El papel del médico en el equipo interdisciplinar

Se debe promover y practicar el trabajo en equipo interdisciplinar, sin olvidar el papel del médico como referente y utilizando la ética clínica, entendida como la metodología que promueve la toma de decisiones respetando los valores de quienes intervienen, como método de trabajo cotidiano. En lo relativo al papel del médico en la prestación de cuidados paliativos, un 96% de los representantes colegiales consideran que, en función de su competencia y de la necesidad del paciente, deben prestar cuidados paliativos a sus enfermos (figura 73).

Figura 73: Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: ¿Cree usted que todos los médicos en función de su competencia y de la necesidad del paciente deben prestar cuidados paliativos a sus enfermos?"



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

Una prestación sanitaria básica

En las décadas de los 70 y 80 (Europa Occidental) y de los 90 (Europa Central y del Este), el desarrollo de los Cuidados Paliativos ocurrió en cada país de la mano de instituciones especialmente sensibilizadas y mediante la labor de profesionales pioneros. Este es el caso, de Dame Cicely Saunders, pionera en establecer nuevos métodos del dolor y un acercamiento multifacético y holístico del cuidado al final de la vida, que llevó al desarrollo de una especialidad nueva en cuidados paliativos y el “*hospice*” contemporáneo; y la apertura del primer *hospice* moderno de Europa en Londres, St. Christopher.

Los cuidados paliativos, tras demostrar su eficiencia, se han convertido en un derecho de todos los ciudadanos españoles y en una prestación sanitaria básica.

Hoy en día, los Servicios Regionales de Salud de nuestro sistema sanitario, competentes para la planificación y la ejecución de las prestaciones, están abordando, actualizando o redactando nuevos planes de cuidados paliativos. Ello dentro del marco del Sistema Nacional de Salud, donde debe destacarse el papel dinamizador que en los últimos años ha ejercido el Ministerio de Sanidad y Consumo, mediante la publicación del Plan Nacional de Cuidados Paliativos (2001) y posteriormente de la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud (2007). Sin embargo, hasta el momento, el desarrollo en las diferentes comunidades autónomas no ha sido armónico, debido a la adopción de modelos y, sobre todo, a un grado de ejecución muy variable.

La Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos del SNS³⁰ recoge las áreas de mejora planteadas y exigidas en la Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud:

- La necesidad de reorientar los objetivos eminentemente curativos de la medicina actual a otros que eviten la consideración de la muerte como un fracaso de la medicina.
- El fomento de la formación en medicina paliativa.
- La disminución de la variabilidad entre las distintas comunidades autónomas, tanto en la organización de los cuidados como en la provisión de los mismos, con el objetivo de evitar las desigualdades dentro del Sistema Nacional de Salud.
- La necesidad de un enfoque integral de los cuidados que cubra, además del control de síntomas, los aspectos emocionales, sociales y espirituales de los pacientes y de sus cuidadores o familiares, así como la atención en el duelo.
- La necesidad de mejorar la accesibilidad de los cuidados paliativos para todos los pacientes que los necesiten.

30. Guía de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Salud y Consumo, 2008

- La promoción del trabajo multidisciplinar y la coordinación entre los distintos niveles asistenciales, servicios y profesionales implicados.
- La importancia de la información y la comunicación con el enfermo y su familia como uno de los puntos fundamentales, junto con la necesidad de fomentar la autonomía y la participación del paciente y de su familia en la toma de decisiones.
- La necesidad de que el equipo se aproxime a responder a las necesidades de los enfermos y de sus familias.
- La promoción de los programas dedicados a pacientes no oncológicos.

Según refleja el Informe de Cuidados Paliativos en la Unión Europea³¹, España se sitúa en el séptimo puesto en el ranking europeo detrás de Reino Unido, Irlanda, Suecia, Países Bajos, Polonia y Francia (figura 74).

Figura 74: Índice de Recursos y Vitalidad en relación al sistema de cuidados paliativos en Europa

	Índice de Recursos CP	Índice de Vitalidad	Índice EAPC Total (%)
Reino Unido	124	10	100
Suecia	111	7	85
Irlanda	114	6	84
Holanda	105	7	81
Polonia	102	6	77
Francia	93	7	74
España	97	6	74
Alemania	74	10	70
Bélgica	93	5	69
Luxemburgo	100	3	68
Austria	99	3	67
Italia	90	5	67
Dinamarca	72	5	56
Finlandia	73	4	54
Letonia	74	3	52

Índice Recursos: índice resultado del análisis comparativo de los recursos específicos de Cuidados Paliativos (CP) en os 27 países de la Unión Europea. Se consideran recursos las unidades de hospitalización, equipos de soporte hospitalario, asistencia domiciliaria, camas por 100.000 habitantes y médicos especialistas en paliativos.

Índice Vitalidad: índice resultado del análisis del nivel de vitalidad del movimiento de los Cuidados Paliativos, considerando indicadores como la existencia de una cartera de servicios, de una sociedad nacional, certificación de médicos de CP, artículos publicados,, entre otros.

Índice EAPC: índice de desarrollo de los CP: grado de desarrollo actualmente alcanzado, más la posibilidad de desarrollar los CP en el futuro próximo (75% de recursos, 25% de nivel de vitalidad)

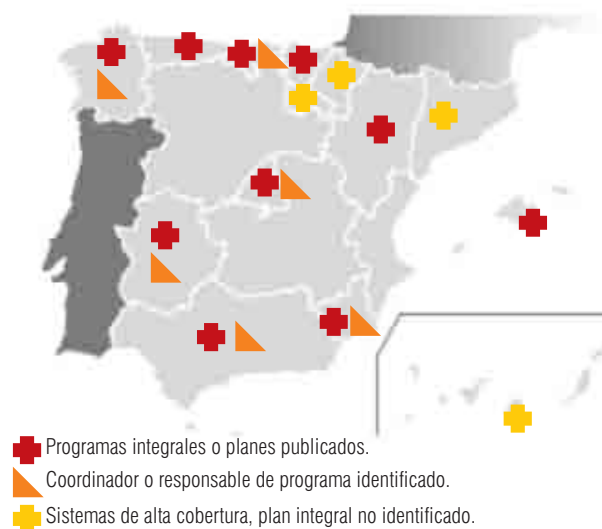
Fuente: Informe de Cuidados Paliativos en la Unión Europea, 2007

31. JM Martín-Moreno, M Harris, L Gorgojo, D Clark, C Normand, C Centeno. Palliative care in the European Union; IP/A/ENVI/ST/2007-22. PE 404.899

Una de las razones de ocupar el séptimo puesto en el ranking europeo sobre el desarrollo de sistema de cuidados paliativos es que en España quedan muchas comunidades autónomas en proceso de definición de un sistema de cuidados paliativos bien articulado. El Informe de Cuidados Paliativos en la Unión Europea hace especial mención a Cataluña y Extremadura que se pueden considerar ejemplos a seguir: Cataluña, después de más de 15 años, ha logrado una cobertura del 95% de los enfermos terminales gracias a su importante red de dispositivos a domicilio y equipos específicos de soporte hospitalario. El caso de Extremadura es un ejemplo en la atención, de haber conseguido un servicio de calidad en una zona tan extensa con equipos móviles que han llegado a zonas rurales.

Es necesario alcanzar un desarrollo adecuado de un sistema de cuidados paliativos para garantizar los derechos de los pacientes y familiares independientemente de la región en donde reside. Tal y como se refleja en la figura 75, existen comunidades autónomas como la Comunidad Valenciana, Castilla y León y Castilla la Mancha que aún no tienen ningún sistema definido de cuidados paliativos.

Figura 75: Programas de Cuidados Paliativos en España



Fuente: II Congreso de la Profesión Médica. Ponencia de Javier Rocafort Gil, Director Asistencial Hospital Centro de Cuidados Laguna y Presidente de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos - SECPAL

En España no sólo existen inequidades en relación al nivel de desarrollo de los cuidados paliativos en las diferentes comunidades autónomas; también hay importantes diferencias entre el ámbito rural y urbano, entre enfermos oncológicos y otros enfermos que también precisan cuidados paliativos, agudos o crónicos, hospitalarios o domiciliarios, públicos o privados, así como si son adultos o niños.

Existen modelos internacionales que han llevado a cabo un gran desarrollo de los sistemas de los cuidados paliativos. Un ejemplo es la Asociación Canadiense de Cuidados Paliativos (CHPCA)³² que ha liderado la búsqueda de la excelencia en la atención de las personas que se aproximan al final de su vida, de tal manera que la carga de sufrimiento, soledad y dolor sea reducido.

El modelo CHPCA define el modelo de aplicación de los cuidados paliativos (figura 76), teniendo en cuenta la necesidad de ampliar el apoyo y las intervenciones en búsqueda de cubrir las necesidades clínicas de los pacientes, como el dolor y los síntomas, así como las necesidades psicosociales, sociales y espirituales de aquellos afectados durante el curso de una enfermedad y en el período de duelo, asistido por un equipo multidisciplinario.

Figura 76: Aplicación de los cuidados paliativos, Modelo CHPCA



Fuente: Ferris FD, Balfour HM, Bowen K, Farley J, Hardwick M, Lamontagne C, Lundy M, Syme A, West PJ. A Model to Guide Patient and Family Care: Based on Nationally Accepted Principles and Norms of Practice. *J Pain Symptom Manage.* 2002;24(2):106-123

32. Ferris FD, Balfour HM, Bowen K, Farley J, Hardwick M, Lamontagne C, Lundy M, Syme A, West PJ. A Model to Guide Patient and Family Care: Based on Nationally Accepted Principles and Norms of Practice. *J Pain Symptom Manage.* 2002;24(2):106-123.

Los cuidados paliativos frente a la eutanasia

A diferencia de la eutanasia, los cuidados paliativos se centran en controlar el sufrimiento y en maximizar la calidad de vida de los pacientes, combinando los mejores conocimientos científicos disponibles para el control del dolor y otros síntomas.

Cuando la enfermedad está avanzada y es progresiva con una corta expectativa de vida, la experiencia muestra cómo las escasas peticiones de eutanasia desaparecen al aliviar el sufrimiento que las había motivado, lo que nos enseña que, ante una persona que está sufriendo, es más humano y eficaz suprimir el sufrimiento que ayudar a la persona a morir.

Sin entrar en el debate social en torno a la despenalización de la eutanasia, más del 93% de los representantes colegiales consideran que antes de despenalizarla, los gobiernos central y autonómicos deben garantizar una atención universal y de calidad a todos los enfermos en situación terminal (figura 77).

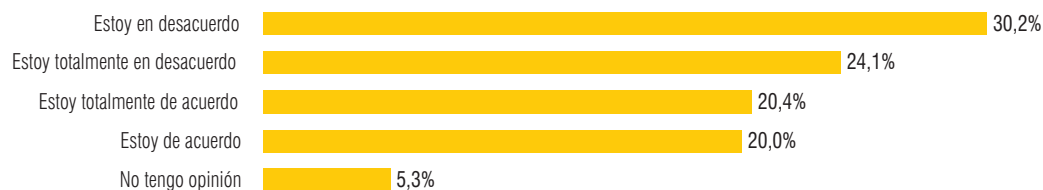
Figura 77: Opinión de la profesión médica sobre si antes de despenalizar la eutanasia los gobiernos Central y Autonómico deben garantizar una atención universal y de calidad a todos los enfermos en situación terminal



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

En cambio, cuando a los representantes colegiales se les pregunta acerca de que si la despenalización de la eutanasia supondría un menor desarrollo de los cuidados paliativos en España, existe diversidad de opiniones, ya que un 54,3% está en desacuerdo con esta consideración frente a un 40,4% que estaría de acuerdo (figura 78).

Figura 78: Opinión de la profesión médica sobre si la despenalización de la eutanasia supondría un menor desarrollo de los Cuidados paliativos en España



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

El déficit de formación actual en cuidados paliativos

Uno de los principios generales del Plan de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud³³, es formar adecuadamente, en los distintos niveles que se establezcan, al personal sanitario y social para la atención de este tipo de pacientes, tanto a nivel hospitalario como domiciliario, así como a las familias. El Plan de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud recoge tres niveles de formación:

- **Nivel básico:** debe ser universal para todos los profesionales de la salud y está dirigida fundamentalmente a las actitudes y conocimientos generales, con el objetivo de alcanzar una cobertura elevada en los profesionales que hayan realizado la formación de pregrado y que debe extenderse hacia los planes de formación continuada.
- **Nivel intermedio:** dirigido a habilitar para la resolución de problemas comunes, dirigida a profesionales que atienden un número elevado de enfermos en situación terminal (Oncología, Geriátrica, Medicina Interna, Atención Primaria, etc.).
- **Nivel avanzado:** habilita para responder a situaciones complejas de atención y está orientada, preferentemente, a profesionales que tendrán dedicación específica.

En España existe un déficit de formación de cuidados paliativos, especialmente en las Facultades de Medicina; esta formación en muchas ocasiones se realiza en asignaturas optativas y en la mayoría de los casos no se enseña adecuadamente la medicina paliativa. A esta situación se le une que su desarrollo es muy reciente y los profesionales expertos en la materia son jóvenes, siendo complicado que desempeñen una labor de enseñanza en las universidades.

Posicionamiento de la OMC ante el desarrollo de los cuidados paliativos

La Organización Médica Colegial, comprometida con la atención sanitaria de máxima calidad, desea contribuir al impulso de una serie de medidas cuyo objetivo es lograr una atención de excelencia al final de la vida, estimando oportuno exponer una serie de consideraciones para el desarrollo de los cuidados paliativos en España.

1. El desarrollo de los cuidados paliativos representa una garantía para la correcta atención al final de la vida de las personas.

33. Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Ministerio de Sanidad y Consumo, año 2000

2. La planificación de los cuidados paliativos en los Servicios de Salud debe contar con la opinión de profesionales expertos en la materia.
3. Es necesario habilitar un sistema específico de selección, capacitación, acreditación y reconocimiento para los médicos y para el resto de profesionales sanitarios que trabajen en los equipos de cuidados paliativos.
4. El desarrollo de los cuidados paliativos requiere la búsqueda de acuerdos entre las diferentes sociedades científicas y los diferentes colegios profesionales implicados.
5. Es urgente calcular las necesidades de profesionales sanitarios capacitados en cuidados paliativos.
6. La Medicina Paliativa debe ser practicada en todos los niveles asistenciales, para lo que se precisan medidas de coordinación eficaces.
7. La confianza en el médico y en el entorno sanitario es fundamental para una correcta atención al final de la vida. La administración sanitaria debe fomentar el establecimiento de dicha confianza.
8. Las administraciones educativas y sanitarias han de garantizar la formación de grado en cuidados paliativos en todas las Facultades de Medicina, así como en las de otras profesiones sanitarias.
9. Las administraciones autonómicas competentes en materia social, deben desarrollar medidas ágiles de acceso a sus prestaciones, especialmente a aquellas relacionadas con la ley de la dependencia.
10. Se debe promover la investigación en cuidados paliativos considerando sus particularidades.

Los representantes colegiales consideran, prácticamente de forma unánime, que los Colegios Médicos deben defender el establecimiento de un sistema de cuidados paliativos universal y de calidad (figura 79)

Figura 79: Opinión de la profesión médica sobre si los Colegios de Médicos deben defender el establecimiento de un sistema de Cuidados Paliativos universal y de calidad



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

Sólo cuando los cuidados paliativos estén dentro de las políticas públicas de salud, se convertirán en garantía para los ciudadanos

Los cuidados paliativos han demostrado eficiencia ya que provocan un impacto muy positivo sobre la calidad de vida del enfermo (alivio de síntomas, buena comunicación y relación médico-paciente y respeto a sus valores, entre otros), apoyan a las familias, complementan al resto de las medidas, influyen sobre los sistemas sanitarios y ahorran costes.

Por tanto, la atención sanitaria al final de la vida de las personas debe ser una prioridad para las Consejerías de Sanidad de todas las Comunidades Autónomas, llevando a la práctica sin demora las directivas establecidas en la reunión del Consejo Interterritorial de 14 de marzo de 2007, en la que se aprobó por unanimidad la Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud.

Tal y como señala la Organización Mundial de la Salud en su Recomendación 804, la voluntad política es un elemento decisivo para garantizar la adecuada atención a las personas al final de la vida.

Los cuidados que un pueblo presta a sus ciudadanos más frágiles es un exponente de su grado de civilización. En este esfuerzo colectivo, los médicos, fieles a nuestra mejor tradición humanística y humanitaria, siempre deberemos estar comprometidos. Sólo cuando los cuidados paliativos estén dentro de las políticas públicas de salud, se convertirán en garantía para sus ciudadanos.

Propuestas estratégicas

1. Efectuar un análisis nacional de la situación actual de los cuidados paliativos en España

- 1.1. Analizar las necesidades de profesionales con competencia profesional en cuidados paliativos.
 - >. Diseño del estudio con el liderazgo del CGCOM y la colaboración de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos.
 - >. Desarrollo del trabajo de campo por parte de los Colegios autonómicos y provinciales.
 - >. Publicación y difusión del análisis.
- 1.2. Establecer recomendaciones a partir del conocimiento de la realidad actual, para el desarrollo de los cuidados paliativos en nuestro país.

2. Instar a la Administración la revisión de la legislación sobre la prescripción de opioides

- 2.1. Analizar la legislación actual en materia de prescripción de estos fármacos y elaborar una propuesta de recomendaciones para su modificación.
- 2.2. Desarrollar encuentros con los organismos competentes para trasladar las necesidades de cambio de criterio normativo en el ámbito de la prescripción de estos fármacos.

3. Contribuir a reforzar la formación y especialización en cuidados paliativos de los profesionales médicos

- 3.1. Promover la formación de grado en cuidados paliativos en las Facultades de Medicina, mediante grupos de trabajo en colaboración con las autoridades sanitarias y educativas.
- 3.2. Liderar un grupo de trabajo, junto con sociedades científicas y otros colegios profesionales, para elaborar propuestas conjuntas dirigidas al desarrollo de los cuidados paliativos desde la interdisciplinariedad.
- 3.3. Promover la inclusión de formación en cuidados paliativos en los programas de formación médica continuada.

4. Proporcionar información a la ciudadanía sobre su derecho a los cuidados paliativos



11

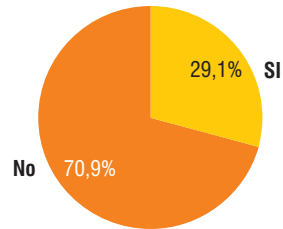
El enfermo, la eutanasia y el médico

Contexto actual de la eutanasia

La Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, incluye la penalización de la eutanasia dentro de las formas o casos de la cooperación o inducción al suicidio; pero desde hace años existe el debate sobre la posible despenalización de la eutanasia, fomentado por una parte importante de la sociedad. Según una encuesta presentada en el II Congreso de la Profesión Médica³⁴, el 63% de la población cree que debe despenalizarse. Estos datos, que nos presentan la opinión de la población general, no coinciden con la opinión de la profesión médica, ya que el 70,9% de los representantes colegiales creen que no debe despenalizarse (figura 80)..

34. II Congreso de la Profesión Médica. Introducción del moderador al tema "El enfermo, la eutanasia y el médico", José Antonio Herranz, Presidente COM Castellón

Figura 80: Opinión de la profesión médica sobre la eutanasia debe despenalizarse



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

Países como Bélgica y Holanda han despenalizado la eutanasia. En estos países, los requisitos mínimos para que sea concedida son: la voluntariedad del paciente, que sea un enfermo en estado terminal y que presente un sufrimiento físico insoportable.

En el caso de Holanda el desarrollo de la ley a favor de la eutanasia está muy avanzada en relación al resto de países, habiendo llegado a proponer situaciones de posible eutanasia dirigida a niños: la Sociedad Holandesa de Pediatría, siguiendo el Protocolo de Groninguen, ha declarado que en determinadas circunstancias y bajo el estricto control, el terminar con las vidas de algunos neonatos gravemente enfermos puede ser una opción válida.

En 2005 se desarrolló en Holanda un seguimiento³⁵ de eutanasia y suicidio asistido por médicos, así como de otras prácticas al final de la vida. Para ello se enviaron por correo cuestionarios a los médicos que atendieron 6.860 éxitus identificados de los certificados de defunción. La tasa de respuesta fue 77,8%.

Los resultados evidenciaron que en 2005, de todas las muertes en Holanda, el 1,7% fueron resultado de eutanasia y el 0,1% por suicidio asistido (*PAS- physician assisted suicide*). Estos porcentajes fueron ligeramente inferiores que los de 2001 (2,6% por eutanasia y 0,2% por suicidio asistido). El 0,4% de todos los fallecimientos fue resultado de prácticas para la finalización de la vida sin solicitud explícita por el paciente. La sedación profunda conjuntamente con prácticas para acelerar la muerte se empleó en el 7,1% en 2005, cuando en 2001 fue del 5,6%. En el 73,9% de todos los casos de eutanasia y suicidio asistido se utilizaron relajantes neuromusculares o barbitúricos, mientras que los opioides con tal fin ocuparon el 16,2%. En 2005 se notificaron el 80,2% de todos los casos de eutanasia y suicidio asistido. Los médicos notificaban las prácticas con mayor frecuencia al final de la vida, cuando lo consideraban eutanasia y suicidio asistido, lo cual era dudoso cuando utilizaban opioides.

En conclusión, se produjo una ligera disminución de las tasas de eutanasia y suicidio médicamente asistido. Esta disminución puede ser resultado del incremento de los cuidados de estos enfermos al final de la vida tales como la sedación paliativa, ya que Holanda se encuentra en el cuarto puesto del ranking europeo de los cuidados paliativos, por delante de España con la séptima posición, y Bélgica en el noveno puesto³⁶.

35. Van der Heide A. End-of-Life Practices in the Netherlands under the Euthanasia. *N Engl J Med* 2007; 356:1957-1965

36. JM Martín-Moreno, M Harris, L Gorgojo, D Clark, C Normand, C Centeno. Palliative care in the European Union; *IP/A/ENVI/ST/2007-22. PE 404.899*

¿Cuáles son las principales amenazas, si se diera el caso de que la eutanasia fuera despenalizada?

- La posibilidad de ejercer presión sobre personas vulnerables.
- Puede frenar el desarrollo de los cuidados paliativos.
- Puede generar conflictos entre los requerimientos legales y los valores personales y profesionales de los médicos y otros profesionales sanitarios.
- La posibilidad de apertura a la inclusión de otros grupos subsidiarios de recibir eutanasia.
- El incremento de la incidencia de muerte medicalizada no voluntaria.

La mejora de la calidad de la atención al final de la vida, solución a la eutanasia

Los médicos no deben ignorar ni mirar hacia otro lado cuando el enfermo manifiesta que no desea continuar viviendo de la manera que lo está haciendo, acompañado por un sufrimiento continuo e insoportable.

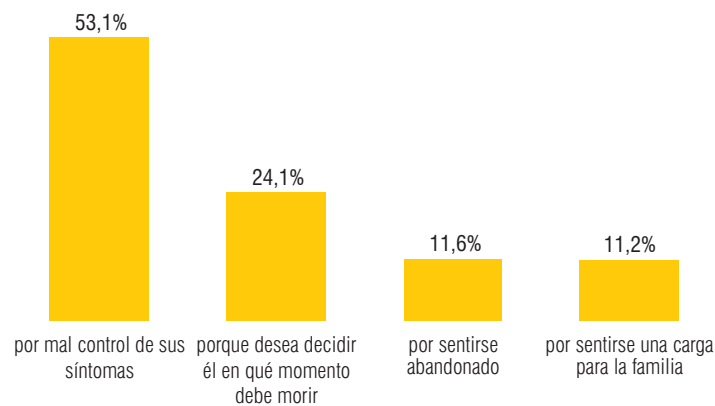
Los motivos para solicitar la eutanasia afecta a cinco esferas de la persona: física, funcional, psicosocial, espiritual y existencial; y en un mayor porcentaje están relacionadas con la pérdida de la autonomía y dignidad y la disminución de la capacidad de hacer cosas placenteras en la vida.

Desear tener una buena muerte, morir bien, es una legítima aspiración de los seres humanos. Es un imperativo ético para los médicos ayudar a nuestros enfermos a que mueran bien. Pero, ¿verdaderamente desea la muerte? ¿Cuál es la demanda auténtica de un agonizante que pide la eutanasia? Cuando un enfermo solicita la eutanasia, ¿qué debe comprender el médico? que se acabe con su vida, que se acabe con el dolor insoportable que padece o con su angustia o soledad...

La petición individual o social de la eutanasia debe ser considerada generalmente como una demanda de mayor atención y suele desaparecer cuando le ayudamos a solucionar el una situación de desamparo, ya sea por el dolor, incapacidad o carga familiar. Si el miedo se transforma en seguridad, el paternalismo en autonomía, el abandono en compañía, el silencio en escucha, el dolor en alivio y la mentira en esperanza, tal vez desee seguir viviendo el tiempo que le quede. El enfermo necesita sentirse querido por los suyos, necesita sentir que sigue siendo querido por lo que es y que no necesita cambiar. Todo esto va a ser para el paciente un motivo para querer seguir viviendo. Fue Nietzsche quien dijo: "El que tiene un por qué para vivir, puede soportar casi cualquier cómo".

A los médicos les debe preocupar lo que le ocurre al enfermo para que desee la muerte. Este deseo puede ser una llamada de atención para que se le alivien todos los síntomas molestos o quizá sea una queja encubierta para que se le trate de una manera más humana, o se le haga compañía. Sencillamente, para que se le explique lo que le está ocurriendo. El 53,1% de los representantes colegiales creen que el mal control de los síntomas del paciente es la principal causa por la que el enfermo solicita la eutanasia (figura 81).

Figura 81: Opinión de la profesión médica sobre la causa por la que el enfermo solicita la eutanasia



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

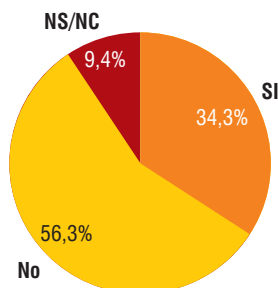
La tentación de la eutanasia como solución precipitada, se da cuando un enfermo solicita ayuda para morir y se encuentra con la angustia de un médico que quiere terminar con el sufrimiento del enfermo porque lo considera intolerable y cree que no tiene más que ofrecerle. Los médicos se sienten fracasados cuando no se puede curar. Pero se debiera ser consciente que el verdadero fracaso es tener que admitir la eutanasia como solución alternativa al alivio de síntomas y a la comunicación. El fracaso se produce cuando se plantea quitar la vida a un enfermo porque no se sabe cómo mejorar sus síntomas ni cómo modificar las circunstancias personales en las que está viviendo.

Aunque la muerte es inevitable, morir malamente no lo debiera ser tanto. Cuando algo se hace o se deja de hacer con la intención directa de producir o acelerar la muerte del enfermo, entonces corresponde aplicar el calificativo de eutanasia. La atención médica al final de la vida debe evitar su prolongación innecesaria, pero también debe evitar su acortamiento deliberado. El teólogo Juan Masiá da algún consejo en este sentido: *“Dejar a la muerte que llegue sin empeñarse en prolongar artificialmente la agonía, sin miedo a usar los analgésicos y los recursos paliativos necesarios para aliviar el dolor y el sufrimiento”*.

La acción directa e intencionada, encaminada a provocar la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada o terminal, a petición expresa y reiterada de ésta, no es ni deberá ser un acto médico. Sin embargo, interrumpir o no iniciar medidas terapéuticas inútiles o innecesarias así como emplear tratamientos que tienen efectos beneficiosos y otro perjudicial (doble efecto), sin buscar éstos últimos de forma intencionada para aliviar su sufrimiento, sí son actos médicos que se deben realizar para que el enfermo muera bien. Un excelente ejemplo de esto sería la sedación en la agonía.

En relación con la consideración de la eutanasia como acto médico, el 56,3% de los representantes colegiales considera que la eutanasia no es un acto médico frente a un 34,3% que opina lo contrario (figura 82).

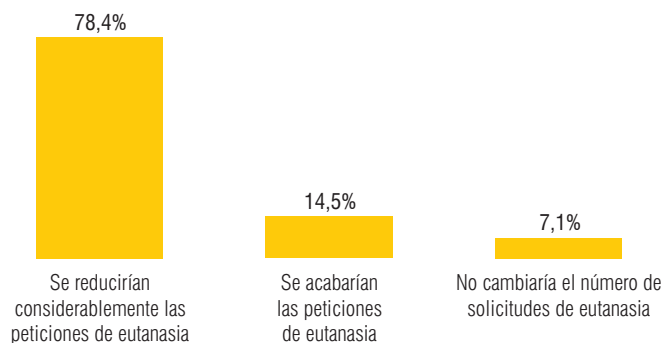
Figura 82: Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: “¿Considera usted que la eutanasia es un acto médico?”



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

Ante un enfermo en situación terminal, lo que se hace o se deja de hacer con la intención de prestarle el mejor cuidado, permitiendo la llegada de la muerte, no sólo es moralmente aceptable sino que muchas veces llega a ser obligatorio desde la ética de de las profesiones sanitarias. El 78,4% de los representantes colegiales opinan que si existiera un buen sistema universal de cuidados paliativos en España las peticiones de eutanasia se reducirían considerablemente (figura 83).

Figura 83: Opinión de la profesión médica sobre las peticiones de eutanasia si existiera un buen sistema universal de Cuidados Paliativos en España



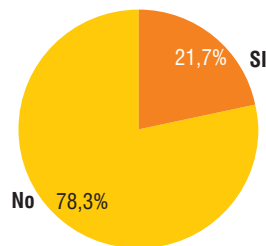
Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

Los médicos deben aprender a ayudar a morir bien y a desarrollar todas las técnicas de acompañamiento al moribundo y a su familia. Se debe estar preparado para escuchar algo más que una petición de morir.

Cuando se apliquen las medidas terapéuticas que sean proporcionadas, evitando la obstinación diagnóstica y terapéutica, evitando el abandono, el alargamiento innecesario y el acortamiento deliberado, se estará realizando una buena práctica médica: ayudar a morir bien. Los profesionales que atienden a los pacientes en situación terminal, se sienten con frecuencia no preparados y experimentan aprehensión e incomodidad antes y después de recibir las solicitudes de la eutanasia.

El 78,3% de los representantes colegiales consideran que en el caso de que se despenalice la eutanasia no estarían dispuestos a realizarla (figura 84).

Figura 84: Opinión de la profesión médica sobre si estaría dispuesto a realizar la eutanasia si fuera despenalizada



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

¿Hay un papel para la eutanasia cuando aún no están desarrollados completamente los cuidados paliativos? Una revisión bibliográfica

En el II Congreso de la Profesión Médica, Miguel Ángel Cuervo Pinna, que forma parte del equipo de cuidados paliativos de Badajoz, presentó una serie de datos sobre estudios basados en la búsqueda de 2.275 artículos de revistas especializadas, habiéndose analizado 870 abstracts y una lectura en profundidad de 156 artículos.

Generalmente, la eutanasia no se considera como un acto legítimamente ético en el contexto de los cuidados paliativos

Un estudio³⁷ basado en el análisis de los aspectos morales de la eutanasia, que habitualmente se discute entre los profesionales de cuidados paliativos en las revistas específicas, evidencia que la mayoría de los artículos examinados no consideran la eutanasia como un acto legítimamente ético en el contexto de los cuidados paliativos. En relación con esta cuestión, hay que preguntarse, ¿hay un papel para la eutanasia cuando todavía no están desarrollados completamente los cuidados paliativos?

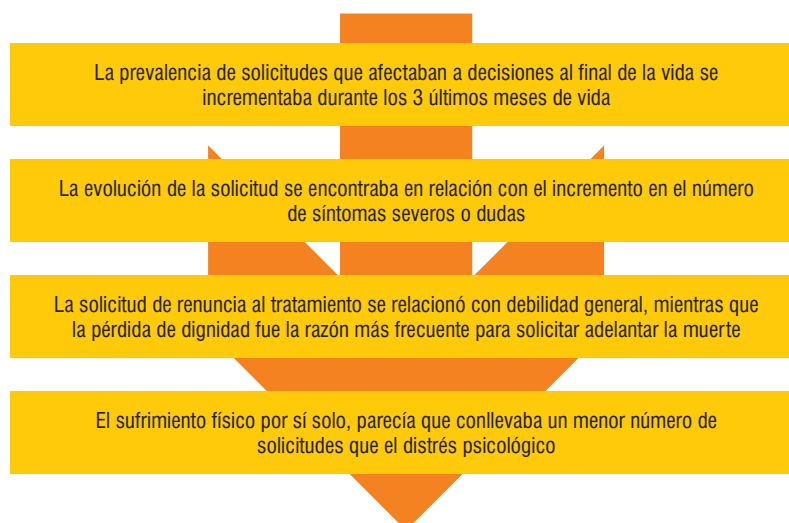
37. Maaik A. Hermesen, MA and Henk A.M.J. ten Have. *J Pain Symptom Manage. Euthanasia in Palliative Care Journals* 2002; 23:517–525.

La importancia de explorar los problemas psicológicos que provocan el sufrimiento del paciente

Otro estudio³⁸ analiza el estado del conocimiento y evolución de las solicitudes para renunciar al tratamiento y acelerar la muerte en pacientes terminales. A los médicos que participaban en un estudio nacional sobre decisiones al final de la vida, se les preguntó si estaban tratando a algún paciente cuya expectativa de vida se situara entre una semana y tres meses, y quién de ellos continuaría tratándolo hasta la muerte del paciente. De 120 médicos que reunían los criterios de inclusión, 85 (71%) completaban un cuestionario cada mes hasta que fallecía el paciente. El cuestionario proporcionaba información sobre síntomas de los pacientes, dudas, y la decisión que afectaba a la solicitud de abandonar el tratamiento. La mayoría de los pacientes padecían cáncer gastrointestinal o del tracto respiratorio, y el 66% murieron en los dos meses siguientes a la entrevista inicial.

Los resultados del estudio enfatizan la importancia de explorar los problemas psicológicos que provocan el sufrimiento del paciente, para poder proporcionar una atención adecuada al final de la vida, ya que se evidenció que la prevalencia de solicitudes que afectaban a decisiones al final de la vida se incrementaba durante los tres últimos meses de vida; la evolución de la solicitud se encontraba en relación con el incremento en el número de síntomas severos o dudas; la solicitud de renuncia al tratamiento se relacionó con debilidad general, mientras que la pérdida de la dignidad fue la razón más frecuente para solicitar adelantar la muerte; y el sufrimiento físico por sí solo, parecía que conllevaba un menor número de solicitudes que el psicológico (figura 85).

Figura 85: Motivo de solicitud de eutanasia por el paciente



Fuente: Georges JJ. Request to Forgo Potentially Life-Prolonging Treatment and to Death in Terminally Cancer Patients: A prospective study. *J Pain Symptom Manage* 2006; 31:100-100

38. Georges JJ. Requests to Forgo Potentially Life-Prolonging Treatment and to Hasten Death in Terminally Ill Cancer Patients: A prospective Study. *J Pain Symptom Manage* 2006;31:100-110

La pérdida de autonomía y de independencia no son principales motivos de solicitud de eutanasia

Otro estudio, prospectivo³⁹ fue desarrollado durante seis meses en cinco unidades de cuidados paliativos en una región de los Alpes franceses. En este periodo se identificaron 13 solicitudes de eutanasia (del paciente, de sus familiares o de ambos). La frecuencia de esa solicitud representaba un 2,1% (sobre 611 pacientes). Este estudio demuestra que las solicitudes de eutanasia tienen lugar a pesar de recibir cuidados paliativos. Aunque los casos no son frecuentes (un 1% de los pacientes que reciben cuidados paliativos en unidades hospitalarias), éstas pueden suponer dificultades y dilemas éticos para los miembros de los equipos.

Durante el estudio se registraron muchas razones para la solicitud de eutanasia (casi siempre era multifactorial). El papel del dolor, la depresión y la alteración en la auto imagen ya han sido descritos anteriormente, como apuntan los autores, sin embargo sorprende encontrar una escasez de razones ligadas a la pérdida de la autonomía y de la independencia (dos razones que en muchos de los estudios de esta revisión se consideran como las más frecuentes). Destaca en este trabajo la importancia que ocupan los factores ambientales en la solicitud inicial y su persistencia en el tiempo, sobre todo familiares (claudicación, problemas de comunicación, dinámica familiar alterada...), que hasta ahora había sido poco estudiada.

Las creencias personales y los factores psicosociales cobran mayor peso que el distrés somático en la solicitud de eutanasia

En el siguiente estudio⁴⁰, los autores parten de la base de que, aunque la eutanasia es un aspecto controvertido, el punto de vista de los más implicados, los pacientes terminales, rara vez había sido explorado. Este trabajo intenta evaluar si las actitudes hacia la eutanasia o el suicidio médicamente asistido estaban determinadas por su distrés sintomático. El estudio se realizó con 100 pacientes oncológicos terminales. Sus declaraciones en relación a eutanasia y suicidio médicamente asistido fueron analizadas utilizando escalas de Likert⁴¹. También se preguntaba a los pacientes por la frecuencia en que habían considerado acabar con sus vidas. Estas respuestas fueron evaluadas en relación a las características de la enfermedad, incluyendo severidad sintomática, características sociodemográficas, creencias sobre el sufrimiento de los pacientes oncológicos y supervivencia.

La mayoría de los pacientes (69%) defendían la eutanasia en alguna de las situaciones propuestas. A través del análisis univariante la asociación entre esta actitud y los síntomas era débil, habiendo sólo clara relación con la disnea. Ninguna asociación significativa fue observada con el dolor, náuseas, bienestar,

39. MC Comby Hôpital, St Joseph, Lyon an M Filbet Palliative Care Unit, Hospices Civils de Lyon. The demand form euthanasia in palliative care units: a prospective study in seven units of the Rhône-Alpes region. *Palliative Medicine* 2005; 19:587-593

40. María E, Suárez-Almazor, J. *Clin Oncol* 2002; 20:2134-2141. Attitudes of Terminally Ill Cancer Patients About Eutanasia and Assisted Suicide: Prevalence of psychosocial determinants and beliefs over symptom distress and subsequent survival.

41. Escalas de Likert: miden actitudes favorables o desfavorables.

pérdida de apetito, depresión o supervivencia. El posicionamiento a favor de la eutanasia se relacionó significativamente con: sexo masculino, falta de creencias religiosas, y pensamientos generales sobre el sufrimiento de los pacientes con cáncer y sus familias. En el análisis multivariante las únicas características que permanecían con asociación estadística, fueron las creencias religiosas y la percepción de ser una carga para la familia. La frecuencia de ideación suicida se asoció con la escasez de bienestar, depresión, ansiedad y disnea, pero no con otros síntomas somáticos como dolor, náuseas y pérdida de apetito.

En conclusión los hallazgos del estudio sugieren que las opiniones de los pacientes son principalmente determinadas por los aspectos psicosociales y las creencias personales más que por la severidad de la enfermedad o distrés sintomático.

Necesidad de desarrollar guías de práctica clínica para ayudar a los profesionales

El deseo de los pacientes para desear una muerte acelerada en el contexto de enfermedad avanzada y cuidados paliativos es un tema controvertido, frecuentemente discutido en la literatura internacional. Gran parte de la discusión se ha centrado en opiniones y debate sobre aspectos éticos relacionados con la muerte acelerada, y poco en guías clínicas para responder a tal solicitud. Una revisión sistemática de 35 estudios publicados en el periodo 1990 a 2005, evaluó la evidencia científica en relación a las razones expresadas por los pacientes para desear una muerte asistida, así como la calidad de las guías clínicas en esta área⁴².

Las razones asociadas al deseo de morir fueron complejas y multifactoriales; sin embargo los aspectos psicológicos, existenciales y sociales tenían más peso que aquellos directamente relacionados con aspectos físicos, como el dolor. La gran mayoría de la evidencia que apoya estas afirmaciones se basa en las percepciones del paciente acerca de cómo se sentiría en el futuro y en las interpretaciones de los profesionales y familiares sobre el deseo de los pacientes.

Varias publicaciones proporcionan opiniones de expertos para responder a la solicitud de eutanasia, sin embargo, hay una escasez de evidencia en relación a las guías de actuación ante el deseo de morir de los enfermos terminales. La literatura se centra primordialmente en respuestas específicas, con una mínima exploración de cómo los clínicos podrían responder inicialmente ante un deseo de morir de un paciente.

Para avanzar en el conocimiento de los aspectos complejos para desear una muerte acelerada en el contexto de cuidados paliativos, la investigación habría de centrarse en el estudio con pacientes que en el momento actual manifiestan su deseo de muerte acelerada, así como en el desarrollo de guías clínicas para ayudar a dar respuesta a los profesionales.

42. Hudson PL, Kristjanson LJ, Ashby M et al. Desire for hastened death in patients with advanced disease and the evidence base of clinical guidelines: a systematic review. *Palliat Med.* 2006 Oct;20(7):693-701

En relación a la propia experiencia que ha tenido el ponente Miguel Ángel Cuervo, en el Servicio Extremeño de Salud, se obtiene la conclusión, basándose en el seguimiento de 2.956 enfermos en situación terminal, de que en una fase inicial hay un número importante de pacientes que solicitan la eutanasia pero en una fase final, no existe ninguna solicitud. Estos datos revelan la importancia de un buen sistema de cuidados paliativos con programas integrales que no sólo palián el dolor del paciente sino que también se dirigen a la familia que sufre el proceso terminal del enfermo.

Conclusiones del Comité de Ética de la EAPC sobre la eutanasia

La *European Association for Palliative Care* (EAPC) defiende que hasta que no se implementen programas de cuidados paliativos, no tiene sentido la discusión, aunque insta al debate y el respeto de todas las organizaciones que se manifiestan a favor o en contra. El Comité de Ética de la EAPC ha adoptado una serie de conclusiones en relación a la eutanasia y al suicidio asistido por un médico:

- Se reconoce en Europa varias posturas ante la eutanasia y se reabre nuevamente el debate.
- Los estudios existentes sobre actitudes de la población, de los pacientes y de los profesionales sobre la eutanasia, pueden esclarecer el debate que se suscita, sin embargo, la mayoría de estos estudios adolecen de una falta de rigor metodológico. Se insta a estudios multicéntrico y con mayor nivel de evidencia; no se realizan sobre el enfermo en situación terminal sino en una situación futura.
- Los motivos de la solicitud para la eutanasia son complejos y multifactoriales e incluyen factores personales, psicológicos, sociales, culturales, económicos y demográficos. Tales solicitudes requieren una atención respetuosa y cuidadosa, junto con una comunicación sensible en el contexto adecuado del paciente al final de la vida.
- Las solicitudes de la eutanasia con frecuencia se ven distorsionadas por la falta de unos cuidados paliativos previos. Así pues, las solicitudes de eutanasia y suicidio médicamente asistido, deberían ser precedidas por un abordaje integral paliativo específico.
- La práctica de la eutanasia no debería formar parte de la responsabilidad de los equipos de cuidados paliativos.

Trasladar al debate de la despenalización de la eutanasia los cursos intermedios (cuidados paliativos)

Ante la solicitud de la eutanasia se plantea un conflicto de valores en el ámbito de la profesión médica, la ética médica debe realizar el análisis de un conflicto a partir de tres fases:

- Buenos hechos clínicos, aclarando la situación del paciente, realizando un buen diagnóstico y pronóstico, entre otros.
- Los valores se montan sobre los hechos, los valores están en conflicto con una decisión clínica en la que se plantea una situación de enfrentamiento de apostar por la vida *versus* autonomía del paciente, dolor, mal control de los síntomas, sufrimiento espiritual, sentimiento de carga para la familia, coste económico...
- Si existe un conflicto de valores se debe buscar la solución a ese conflicto. Existe una tendencia a no ver todos los cursos de acción y reducirlos a dos extremos. En este sentido, es una obligación moral salvar todos los valores en conflicto o lesionarlos lo menos posible y esta situación no se puede conseguir con cursos extremos sino con los cursos intermedios que lleven a soluciones del problema que se plantea.

Ante el planteamiento de un conflicto como en caso de solicitud de la eutanasia se puede recurrir a un curso intermedio como los cuidados paliativos, ya que un eficaz sistema de cuidados paliativos puede cambiar la voluntad del paciente, el control de los síntomas, etc., y manejar las herramientas paliativas adecuadas puede mejorar la vida terminal. Por ello, es importante agotar los cursos intermedios (cuidados paliativos) antes de tomar la decisión bajo la postura de curso extremo (eutanasia) y en el caso que se agoten los cursos intermedios el médico se encontraría con una situación extrema el médico no debe abandonar al paciente, la asistencia es un deber del médico.

Propuestas estratégicas

1. **Elaborar un estudio para analizar la evolución y los motivos de solicitud de eutanasia en España**

La OMC desde su posición de defender tanto los intereses del paciente como del médico, debe instar al desarrollo de un sistema integral de cuidados paliativos.

El sistema de cuidados paliativos debe considerar los motivos que llevan al paciente a solicitar la eutanasia con el fin de orientar el modelo de cuidados paliativos hacia el mayor beneficio para el paciente.

Se trata de evaluar las necesidades y expectativas de los pacientes en estado terminal y sus familiares.

2. **Elaborar una guía de práctica clínica en cuidados paliativos**

2.1. Reunir un grupo de trabajo multidisciplinar para su elaboración.

2.2. Difundir la guía de práctica clínica y promover una rápida adopción de la misma.



12

Objeción de conciencia en la práctica de la medicina

Objeción de conciencia: delimitación conceptual y marco deontológico

Delimitación conceptual

La objeción de conciencia es la negativa a realizar un cometido profesional que es jurídica o administrativamente exigible aduciendo para ello razones morales o de conciencia. Está motivada por un impulso individual y subjetivo de carácter moral o ético y el objetor no pretende la derogación de la ley o norma, sino simplemente, que se le exima de su cumplimiento, y para ello invoca determinados principios morales que entran en conflicto con sus deberes jurídicos. En esto se diferencia de otras formas de desobediencia al derecho, como la desobediencia civil que normalmente es de carácter colectivo, que pretende la derogación de la norma y acepta la sanción que su incumplimiento comporta. El objetor está convencido de que el comportamiento exigido por una ley o norma es éticamente incorrecto, pero también entiende que no puede imponer sus convicciones a otras personas y, por ello, solicita que no se le obligue a actuar.

Casos diferentes son la pseudo-objección, en la que la objeción de conciencia es incorrecta y basada en argumentos que no son de recibo y la cripto-objección, en la que no hay una objeción, pero sí un comportamiento como si se hiciera. Ambas son reprobables desde el punto de vista ético y deontológico. Un caso especial lo constituye la objeción de ciencia, en la que hay una negativa a una determinada práctica pero basada en razones científicas, porque el que lo hace considera que las evidencias científicas desaconsejan la práctica demandada; en este caso el objetor debe tener los argumentos suficientes como para justificar su discrepancia.

Normativa deontológica actual sobre la objeción de conciencia

La Declaración de Oslo sobre el aborto de la Asociación Médica Mundial (Oslo 1970) y sus sucesivas revisiones hasta la última de Pilanesberg (Sudáfrica) de 2006 establece en su punto seis que si las convicciones del médico no le permiten aconsejar o practicar un aborto, éste puede retirarse, siempre que garantice que un colega calificado continuará prestando la atención médica.

La Guía de ética médica europea en su artículo dieciocho expresa que es conforme a la ética que el médico, en razón de sus convicciones personales, pueda negarse a intervenir en procesos de reproducción o en casos de interrupción de la gestación o abortos.

La Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en sesión celebrada el 31 de mayo de 1997 aprobó la Declaración de la Comisión Central de Deontología sobre la Objeción de Conciencia del médico, en sus principios éticos afirma que: *“La negativa del médico a realizar, por motivos éticos o religiosos, determinados actos que son ordenados o tolerados por la autoridad es una acción de gran dignidad ética cuando las razones aducidas por el médico son serias, sinceras y constantes, y se refieren a cuestiones graves y fundamentales”*.

El actual Código Deontológico recoge el derecho a la objeción de conciencia en varios artículos:

Art. 9.3: *“Si el paciente exigiera del médico un procedimiento que éste, por razones científicas o éticas, juzga inadecuado o inaceptable, el médico, tras informarle debidamente, queda dispensado de actuar”*.

Art. 26.1: *“El médico tiene derecho a negarse por razones de conciencia a aconsejar alguno de los métodos de regulación y de asistencia a la reproducción, a practicar la esterilización o a interrumpir un embarazo. Informará sin demora de su abstención y ofrecerá, en su caso, el tratamiento oportuno al problema por el que se le consultó. Respetará siempre la libertad de las personas interesadas de buscar la opinión de otros médicos. Y debe considerar que el personal que con él colabora tiene sus propios derechos y deberes”*.

Art. 26.2: “El médico podrá comunicar al Colegio de Médicos su condición de objetor de conciencia a los efectos que considere procedentes, especialmente si dicha condición le produce conflictos de tipo administrativo o en su ejercicio profesional. El Colegio le restará asesoramiento y la ayuda necesaria”.

La Declaración sobre Objeción de Conciencia aprobada por el Pleno de la Organización Médica Colegial en septiembre de 2009 actualiza las orientaciones prácticas desde el punto de vista deontológico.

CONSIDERACIONES PRÁCTICAS

Declaración sobre Objeción de Conciencia aprobada por el Pleno de la OMC en septiembre de 2009

- 1) El médico puede y debe negarse a realizar prácticas médicas que vayan en contra los dictados de su conciencia. Es un deber moral y una práctica lícita desde un punto de vista social.
- 2) La Objeción de Conciencia médica nunca puede significar una discriminación de las personas. El médico puede negarse a una actuación porque le signifique un grave problema moral, pero nunca por unas determinadas características del paciente como edad, raza, ideología, religión u otras similares.
- 3) El médico objetor comunicará al paciente su objeción a la prestación de que se trate de forma razonada. En todo caso, deberá dirigir al paciente hacia el profesional o la institución que den respuesta a la atención demandada.
- 4) Es éticamente reprochable que un colegiado que objetara en conciencia en la institución en la que trabaja como asalariado, practique dicha acción objetada cuando trabaja por cuenta propia. Tal conducta sería signo de doblez moral que causaría grave descrédito a la profesión médica, pues revelaría que el afán de lucro es el móvil esencial de ese comportamiento.
- 5) El ejercicio de la Objeción de Conciencia no exime al médico de prestar cualquier otra atención médica, especialmente en casos de urgencia, a la persona causante de su objeción, incluso aunque esta urgencia tenga que ver con la actividad objetada.
- 6) El médico objetor debe comunicar su condición a los responsables de la Institución para que trabaje. Podrá asimismo comunicarlo a su Colegio Profesional.
- 7) La Objeción de Conciencia nunca puede significar discriminación de ningún tipo para el médico que la practica. El médico objetor nunca debe sufrir presiones en el ejercicio de sus funciones por su condición de objetor. El profesional que objete nunca obtendrá ventajas laborales de su condición y aceptará de buen grado otras tareas que se le asignen en la Institución para la que trabaje.
- 8) En la medicina actual pueden ser numerosas las causas que motiven la objeción de conciencia, entre otras: interrupción voluntaria del embarazo, contracepción, terapias con células madre embrionarias, eutanasia, rechazo y demanda de tratamientos, alimentación forzada de reclusos en huelga de hambre; pueden crear serios conflictos morales y de práctica diaria que deberán ser afrontados desde la reflexión y la serenidad.

Reconocimiento legal para el ejercicio de la Objeción de Conciencia

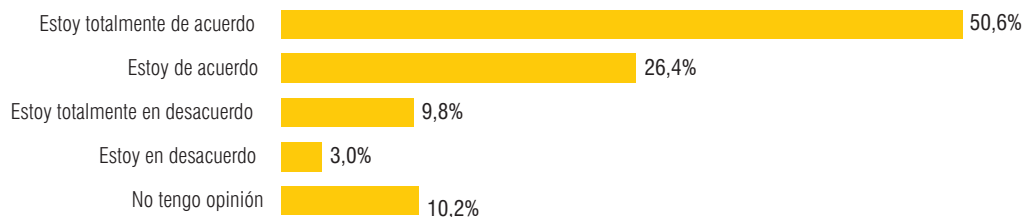
El Tribunal Constitucional, en la sentencia 160/1987, de 27 de octubre, recogió que la objeción de conciencia es un derecho constitucional, aunque no de carácter fundamental. La falta de una legislación concreta sobre la objeción de conciencia lleva a que quede condicionada a la regulación de leyes ordinarias, como la ley del aborto, en la que la objeción de conciencia está reconocida como un derecho específico; sin embargo, es necesario remediar el vacío normativo existente porque la objeción de conciencia actualmente no se vincula únicamente a la interrupción voluntaria del embarazo: se extiende a otros muchos ámbitos clínicos y de la investigación dirigida a lograr avances científicos y técnicos de la biomedicina.

Por lo tanto, en ausencia de una regulación legal específica sobre la objeción de conciencia sanitaria, la eficacia constitucional directa de los derechos fundamentales debiera traducirse en una protección suficiente y efectiva del derecho de objeción de conciencia sanitaria⁴³ y que garantice que no pueda existir discriminación de ningún tipo para el médico que la practique.

Entre las causas que pueden motivar la objeción de conciencia de los médicos destacan la interrupción voluntaria del embarazo, la contracepción, las terapias con células madre embrionarias, la eutanasia, el rechazo y demanda de tratamiento así como alimentación forzada de reclusos en huelga de hambre, entre otras.

En este sentido, el 77% de los representantes colegiales considera que debe existir una regulación legal de la objeción de conciencia (figura 86).

Figura 86: Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: “¿Debe haber una regulación legal para la objeción de conciencia?”



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

43 Ricardo Lorenzo. Redacción Médica, martes 2 de junio de 2009. Número 1027. Año V.

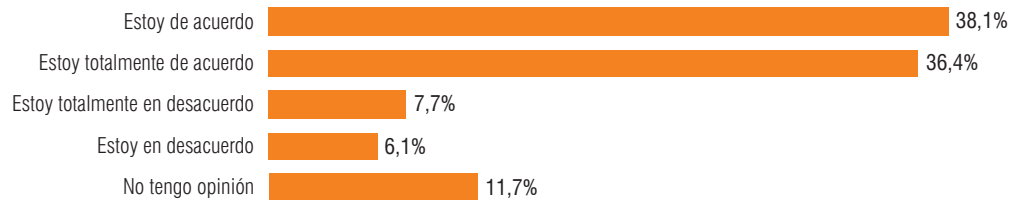
En Estados Unidos existe una cláusula que regula la objeción de conciencia en 46 estados, protegiendo al personal médico que no quiere participar en abortos. Algunos de dichos estados protegen además otras prácticas clínicas, como la eutanasia, la esterilización, la inseminación artificial, los actos de indicación de fármacos abortivos y los anticonceptivos. En Europa hay países como Francia, Reino Unido, Italia y Alemania que, entre otros, recogen explícitamente en sus legislaciones el derecho a la objeción de conciencia en la práctica del aborto.

La objeción de conciencia tampoco se regula expresamente en el Código Deontológico; se recoge en algunos artículos, pero se trata de forma incompleta. Por ello, la Comisión Central de Deontología de la OMC presentó a toda la colegiación una declaración, para completar la doctrina deontológica sobre este aspecto y orientar la conducta de los médicos. Asimismo, la Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos adoptó el acuerdo de aprobar esta declaración.

Así pues, en definitiva existe un vacío legal que regule adecuadamente la objeción de la práctica de la medicina. Deben regularse las condiciones de la objeción, ya que no puede ser que el derecho de un médico entre en conflicto con la prestación de un servicio y no existan unas normas mínimas. Además de la seguridad jurídica que la normativa debe proporcionar, tanto al médico como al paciente que está en su derecho de recibir el servicio al que se objeta, el desarrollo del marco legal debería contemplar cuestiones tales como las siguientes:

- ¿Cómo actuar cuando un médico trabaja solo, por ejemplo en un medio rural? ¿Es necesario anteponer las necesidades del paciente a las posiciones del médico? ¿Hasta dónde llega el derecho de objeción de conciencia del médico? Ciertamente es que estos casos conllevan cierta complejidad en la búsqueda de la solución, pero en cualquier caso habrá que ver si la objeción de conciencia es real, buscar los cursos intermedios y localizar a otro médico de la zona a quien se pueda trasladar el caso.
- ¿Y si todos los profesionales de un centro objetan a un determinado procedimiento? En este caso existe una colisión de derechos del paciente y conciencia de los médicos. La Administración lo ha solucionado contratando a médicos que estén dispuestos a realizar ese procedimiento.
- ¿Puede objetar el médico que realiza pasos intermedios (por ejemplo el radiólogo que realiza la prueba) pero que no participa directamente en el procedimiento (por ejemplo, el aborto)? La objeción de conciencia la puede realizar quien deba practicar la interrupción voluntaria del embarazo, pero no quien realice cursos intermedios.
- Otra cuestión es si la objeción de conciencia puede alcanzar al acto de prescripción. En este aspecto, un 74,5% de los representantes colegiales responden afirmativamente a este planteamiento, frente a casi un 14% que opina que la objeción de conciencia no debería contemplar el acto de la prescripción (figura 87).

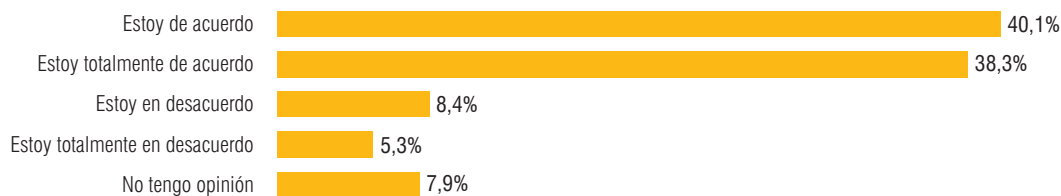
Figura 87: Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: “¿Cree usted que la objeción de conciencia puede alcanzar al acto de la prescripción?”



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

- Otro aspecto relevante el relativo a la objeción de conciencia sobrevenida, donde inicialmente la persona no objeta, pero en el curso de la acción surge algo que le genera un conflicto de conciencia, que no puede resolver por otro camino que no sea la objeción⁴⁴. Un ejemplo sería el caso del médico que estuviese de acuerdo en practicar un aborto por razones éticas (violación), pero en el momento de realizarlo la mujer le confiesa que ha mentado. Un 78,4% de los representantes colegiales consideran que puede existir la objeción de conciencia sobrevenida, como se recoge en la figura 88.

Figura 88: Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: “¿Considera usted que puede existir la objeción de conciencia sobrevenida?”



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

Resulta complicado regular todos los aspectos de la objeción de conciencia, pero es necesario avanzar en el desarrollo de normas jurídicas que contemplen los distintos aspectos y casuísticas que pueden darse en este ámbito.

44 Villanueva E. Tribuna: La Objeción de Conciencia, bases para una discusión. www.medicosypacientes.com (consulta realizada el 17 de mayo de 2010). Nº 701, de 8 de abril de 2010

La necesidad de un Registro de Objeción de Conciencia

Algunos Colegios Oficiales de Médicos, como los de Baleares y Málaga, tienen establecido un registro de médicos objetores con carácter voluntario, confidencial y de utilización sólo en caso de solicitarlo expresamente el interesado. Esta iniciativa individual, que no considera a la Administración, se lleva a cabo como medida preventiva y de protección del médico.

Reconociendo esta necesidad, es importante que la profesión médica se anticipe a la Administración en la iniciativa de crear un registro, ya que es recomendable que un registro de médicos objetores o no objetores de conciencia sea manejado por organismos profesionales, como los Colegios Oficiales de Médicos.

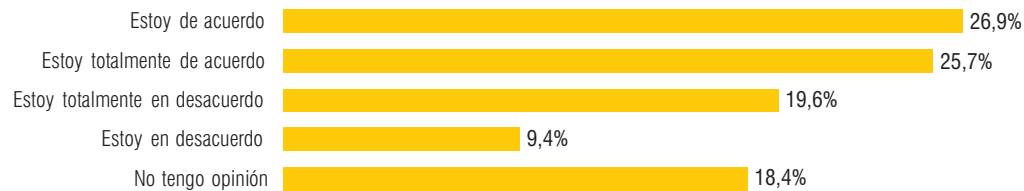
En este contexto, la Asamblea del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM), recientemente ha decidido aprobar la puesta en marcha de un registro de objeción de conciencia para aquellos facultativos que deseen proteger de algún modo sus creencias y valores, donde cada colegio profesional contará con plena autonomía para desarrollarlo. Esta medida ha sido ya implantada en los colegios profesionales de Málaga, Zaragoza y Valladolid. Los principios básicos que deberán regir en la creación de estos registros son:

- Debe ser un registro confidencial y que garantice el código deontológico. La organización profesional tendrá que poner todos los medios a su disposición para comprobar que el médico que decida apuntarse en este listado no responde a intereses particulares ajenos a su ética, sino a convicciones morales.
- El nuevo listado será de carácter voluntario.
- El registro garantizará, en aquellas ocasiones en que el médico lo precise, la comparecencia del Colegio para certificar que dicho profesional es objetor.

El objetivo de este registro es, por un lado, evitar que el médico sea acusado de objetar por interés o porque no quiera hacer frente a un proceso concreto y, por otro, dar al médico la oportunidad de dejar constancia previa sobre las actuaciones que no desea realizar. Se trata de aplicar el derecho de objeción de conciencia, anticipándose a posibles conflictos, y facilitar la gestión de los recursos humanos en los centros sanitarios para garantizar las prácticas objetadas.

Más del 52% de los representantes colegiales considera que debe existir un registro voluntario de médicos objetores custodiado de forma confidencial por la OMC, frente a un 29% que no está de acuerdo y un 18% que no tiene opinión en este sentido (figura 89).

Figura 89: Opinión de la profesión médica sobre si debe existir un registro voluntario de médicos objetores custodiado de manera confidencial por la OMC



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

Durante el II Congreso de la Profesión Médica se hizo referencia también a la posibilidad de crear el llamado “registro útil”, es decir, un registro de aquellos médicos que sí están dispuestos a realizar prácticas que en otros casos de médicos individuales pueden estar sujetas a la objeción de conciencia.

La objeción de conciencia vs. la objeción de ciencia

La objeción de conciencia está motivada por un impulso individual y subjetivo de carácter moral o ético, donde el objetor no pretende la derogación de la ley o norma, sino simplemente, que se le exima de su cumplimiento, y para ello invoca determinados principios morales que entran en conflicto con sus deberes jurídicos.

A diferencia con la objeción de conciencia, en la objeción de ciencia hay una negativa a una determinada práctica, pero basada en razones científicas, porque el que lo plantea considera que las evidencias científicas desaconsejan dicha práctica. Se trata más del derecho a la libertad de método y de prescripción, reconocido por el Tribunal Supremo y la doctrina como un derecho del médico en el que no cabrían interferencias, que una propia objeción. No obstante se puede dar una situación en la cual la convicción del médico de actuar en beneficio de su paciente es tal que podría quedar eximido de actuar contraviniendo las órdenes de un superior, por erróneas o perjudiciales. En este caso, el objetor debe tener argumentos suficientes como para justificar suficientemente su discrepancia.

El profesor Enrique Villanueva, vocal de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial, ha profundizado recientemente sobre las principales cuestiones que rodean al delicado asunto de la objeción de conciencia. Cuando el médico se sitúa en posición de garante con respecto a un paciente que se encuentra desamparado y en peligro manifiesto y grave de muerte, tiene el deber de administrar el principio de beneficencia, es decir, hacer lo mejor por su paciente. Le corresponde a él, en primera instancia, tomar las decisiones que según su criterio sean las más convenientes. Si en estas decisiones se viese coartado o entrase en conflicto con un superior, la solución no es recurrir a la objeción de conciencia, sino a otras instancias, incluidas las judiciales.

En otros casos si un médico tuviese, no ya la certeza, sino una sospecha fundada, de que se utilizan productos, fármacos o medios poco eficaces tiene el deber primordial de proteger a sus pacientes. En estos casos como lo que se encuentra en conflicto es la salud de los pacientes frente a la administración o a los responsables de la prestación, el invocar la objeción de conciencia supondría una inhibición frente a un acto en el que se tiene el deber de actuar. La objeción no resuelve el problema, ni es la solución. El médico no puede objetar el poner tal o cual vacuna si estima que es peligrosa o ineficaz; como tampoco puede resolver el caso de que se esté utilizando un tipo de DIU, que han demostrado su ineficacia con embarazos repetidos, con una objeción a colocarlos.

Según el profesor Villanueva, estos casos que son los propios de la objeción de conciencia, se resuelven en otras instancias, sin necesidad de recurrir a un acto tan trascendente como la objeción. Ahora bien, si recurridas a las instancias judiciales éstas resolviesen que el médico debe actuar y nos encontrásemos ante un paciente que no puede dar un consentimiento válido, entonces sí que cabría la objeción, porque el hecho de objetar sería no causarle un daño a un paciente sabiendo de que se le puede ocasionar. Estos supuestos son más teóricos que reales, pues siempre encontrarán una solución sin necesidad de llegar a la objeción.

Igualmente el médico tiene el deber ético de administrar los recursos sanitarios con responsabilidad. Ello quiere decir que debe oponerse a realizar una medicina complaciente o utilizar recursos que no hayan demostrado su eficacia. Se pueden dar los mismos argumentos expresados con anterioridad, no será necesario recurrir a la objeción para hacer un uso racional y austero de los recursos, preservando a la sociedad de gastos innecesarios, superfluos o ineficaces.

Propuestas estratégicas

1. Promover la implantación de un registro de médicos objetores en todos los colegios profesionales de médicos de España

- 1.1. Desarrollar acuerdos con todos los colegios para la implantación del registro.
- 1.2. Elaborar un protocolo de tramitación del registro, gestión y utilización del mismo.

Únicamente se facilitará a la Administración aquella información que puede resolver el problema de una falta de recursos humanos para garantizar la atención al paciente.

2. Trasladar a la Administración la necesidad de regulación específica en materia de objeción de conciencia en la práctica de la medicina, para solucionar el vacío legal existente

- 2.1. Identificar los requerimientos regulatorios y contenidos que debería contemplar la legislación a desarrollar.
- 2.2. Crear un grupo de trabajo con la Administración y sus servicios jurídicos, para el desarrollo de normativa en el ámbito de la objeción de conciencia.
- 2.3. Reforzar la necesidad de desarrollo normativo de la objeción de conciencia en la práctica de la medicina a través de líderes de opinión.

3. Trabajar junto con la Administración en el desarrollo de medios para los casos más habituales en los que se puede realizar objeción de conciencia

- 3.1. Estudiar, conjuntamente con la Administración, la incorporación de prestaciones en las que puedan darse situaciones de objeción de conciencia, para buscar las soluciones más adecuadas que garanticen el derecho del paciente.
- 3.2. Elaborar, conjuntamente con el Ministerio de Sanidad y Consumo, un protocolo de actuación aplicable a todos los centros sanitarios, que establezca las pautas de actuación ante situaciones de objeción de conciencia.

13

La medicina y las otras profesiones sanitarias

Atención multidisciplinar y trabajo en equipo versus delegación de competencias

¿Las funciones médicas son delegables?

El Código de Ética y Deontología Médica recoge que *el médico debe mantener buenas relaciones con los demás profesionales al servicio de la salud y tendrá en consideración las opiniones de ellos acerca del cuidado de los enfermos.*

Los sistemas de salud se basan en buena medida en los recursos humanos, por lo que todos los países deben asegurar la suficiencia de profesionales sanitarios para que hagan posible una atención sanitaria adecuada, suficiente y de calidad. En la Unión Europea existen cerca de treinta profesiones sanitarias reconocidas y la medicina ha evolucionado desde el concepto de médico que actuaba de forma individual hacia lo que es el concepto de trabajo en equipo. Esa nueva situación obliga a la profesión médica a adaptarse a un marco de lealtad, respeto y cooperación.

Ya la propia Ley 44/2003 de 21 de Noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) define claramente en su artículo 6 sobre Licenciados Sanitarios cuáles son las funciones de los médicos, farmacéuticos, dentistas y veterinarios.

- a) Médicos: corresponde a los Licenciados en Medicina la indicación y realización de las actividades dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención de las enfermedades y al diagnóstico, tratamiento, terapéutica y rehabilitación de los pacientes, así como al enjuiciamiento y pronóstico de los procesos objeto de atención.
- b) Farmacéuticos: corresponde a los Licenciados en Farmacia las actividades dirigidas a la producción, conservación y dispensación de los medicamentos, así como la colaboración en los procesos analíticos, farmacoterapéuticos y de vigilancia de la salud pública.
- c) Dentistas: corresponde a los Licenciados en Odontología y a los Médicos Especialistas en Estomatología, sin perjuicio de las funciones de los Médicos Especialistas en Cirugía Oral y Maxilofacial, las funciones relativas a la promoción de la salud buco-dental y a la prevención, diagnóstico y tratamiento señalados en la **Ley 10/1986, de 17 de marzo, sobre odontólogos y otros profesionales relacionados con la salud bucodental.**

Igualmente en su artículo 7 sobre Diplomados Sanitarios deja claro cuales son las funciones de enfermeros, fisioterapeutas, podólogos, ópticos-optometristas, etc.

- a. Enfermeros: corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades.
- b. Fisioterapeutas: corresponde a los Diplomados universitarios en Fisioterapia la prestación de los cuidados propios de su disciplina, a través de tratamientos con medios y agentes físicos, dirigidos a la recuperación y rehabilitación de personas con disfunciones o discapacidades somáticas, así como a la prevención de las mismas.
- c. Podólogos: los Diplomados universitarios en Podología realizan las actividades dirigidas al diagnóstico y tratamiento de las afecciones y deformidades de los pies, mediante las técnicas terapéuticas propias de su disciplina.
- d. Ópticos-optometristas: los Diplomados universitarios en Óptica y Optometría desarrollan las actividades dirigidas a la detección de los defectos de la refracción ocular, a través de su medida instrumental, a la utilización de técnicas de reeducación, prevención e higiene visual, y a la adaptación, verificación y control de las ayudas ópticas.

- e. Logopedas: los Diplomados universitarios en Logopedia desarrollan las actividades de prevención, evaluación y recuperación de los trastornos de la audición, la fonación y del lenguaje, mediante técnicas terapéuticas propias de su disciplina.

Es en este nuevo entorno interprofesional competitivo donde se desenvuelve la actividad médica diaria, sin olvidar que estas otras profesiones sanitarias sienten su espacio profesional comprimido y tratan de ampliar sus competencias a costa de las demás y especialmente adentrándose en el espacio hasta ahora propio de la profesión médica, surgiendo conflictos de intereses corporativos que se deben de evitar en un sistema de sanidad integrada.

Como consecuencia de la crisis global de recursos humanos médicos hay una tendencia general de las administraciones sanitarias hacia la delegación de funciones a otros profesionales invadiendo funciones que hasta ahora eran exclusivas de la profesión médica sin garantizar variables tan necesarias como competencia, seguridad, etc.

En algunos ámbitos sanitarios se ha extendido el término “*Delegación de Funciones*” para describir aquella situación en la que una función desempeñada por un profesional de la salud altamente cualificado, es transferida a otro de un menor nivel de formación. En este sentido, se debe asumir que una función por parte de un colectivo profesional u otro lleva consigo una responsabilidad, enmarcada en un plano legal (responsabilidad civil y penal). El pretexto que generalmente se utiliza para justificar la transferencia de funciones médicas a otros profesionales es la falta de médicos, que obliga a realizar determinadas tareas asistenciales a otros sanitarios menos cualificados.

La propia LOPS regula con claridad las relaciones interprofesionales y el trabajo en equipo en su artículo 9 y especialmente en el 9.4 donde textualmente expone que:

- *Dentro de un equipo de profesionales, será posible la delegación de actuaciones, siempre y cuando estén previamente establecidas dentro del equipo las condiciones conforme a las cuales dicha delegación o distribución de actuaciones pueda producirse.*
- *Condición necesaria para la delegación o distribución del trabajo es la capacidad para realizarlo por parte de quien recibe la delegación, capacidad que deberá ser objetivable, siempre que fuere posible, con la oportuna acreditación.*

La profesión médica reunida en el II Congreso de la Profesión opina en un 89% que no es adecuado hablar de transferencias o delegación de funciones, prescripción, dispensación, entre los profesionales sanitarios en abstracto. Esta situación, si se produce, debe sostenerse sobre criterios de formación del profesional, competencia, el momento y lugar del acto asistencial, y otros factores que pueden condicionar si es traspasable o no cualquier competencia concreta (figura 90).

Figura 90: Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: “No es adecuado hablar de transferencias o delegación de funciones, prescripción, dispensación, entre los profesionales sanitarios en abstracto y si esta situación si se produce debe sostenerse sobre criterios de formación del profesional, competencia, el momento y lugar del acto asistencial, y otros factores que pueden condicionar si es traspasable o no cualquier competencia concreta”



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

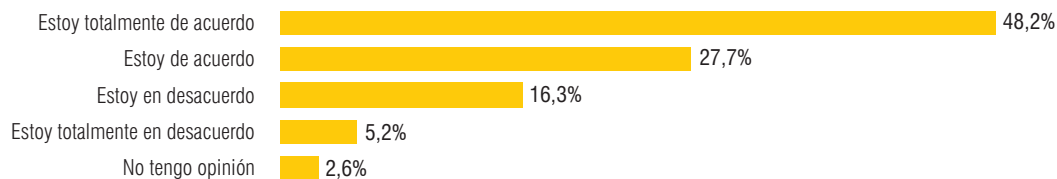
Hay que precisar que esa delegación de funciones suele estar destinada a poblaciones muy vulnerables, que de esta forma corren el riesgo de ser discriminadas, si los profesionales que les prestan servicios sanitarios carecen de los conocimientos, las competencias y la experiencia necesarios, suponiendo una renuncia a los más altos niveles de calidad asistencial que todo paciente merece.

En España en estos momentos no existen razones sanitarias, sociales, económicas o profesionales que justifiquen la delegación de funciones médicas a otros sanitarios que no hayan adquiridos las competencias necesarias.

Actuando de esta manera se genera confusión en el paciente, descoordinación asistencial y duplicidad de esfuerzos, se ignoran las necesidades y preferencias del paciente y se obtiene un resultado final que no mejora la calidad asistencial, ni la gestión clínica, ni una atención sanitaria eficiente y que sólo responde a una necesidad de dar espacio y contenido profesional a otras profesiones y no a razones sociales o sanitarias que prioricen el interés del paciente.

En relación con estas cuestiones, el 76% de los representantes colegiales consideran que el uso, indicación y autorización de medicamentos y productos sanitarios por otro personal sanitario no médico es una invasión de competencias (figura 91).

Figura 91: Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: “¿Considera que el uso, indicación y autorización de medicamentos y productos sanitarios por otro personal sanitario no médico es una invasión de competencias?”

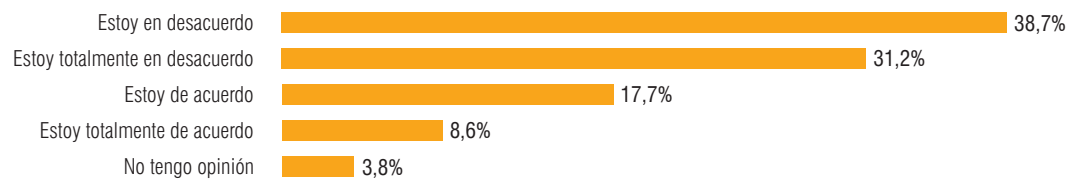


Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

Varias profesiones sanitarias están pidiendo que se les amplíe el campo de su práctica justificándolo en las mejoras que su formación y experiencia que les permiten aumentar su espectro de competencias y responder así a nuevos retos asistenciales. Aunque esta práctica puede ser necesaria en determinados países, no se debe ampliar a otras profesiones sanitarias de forma generalizada y con autoridad independiente para prestar una asistencia para la que no todos y no siempre están capacitados y que puede suponer riesgos para el paciente y disminución de la calidad asistencial. La actual formación de las profesiones colindantes con la medicina no las prepara para asumir ciertas responsabilidades. Por otra parte, para ser eficaces, hay que disminuir al mínimo la fragmentación de la atención y reducir los conflictos de intereses entre los médicos y otras profesiones sanitarias.

El 70% de los representantes colegiales son contrarios a la incorporación de otros profesionales sanitarios al uso, indicación y autorización de medicamentos y productos sanitarios, como se puede comprobar en la figura 92.

Figura 92: Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: “¿Cómo interpreta la incorporación de otros profesionales sanitarios a la utilización, indicación y autorización de medicamentos y productos sanitarios?”



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

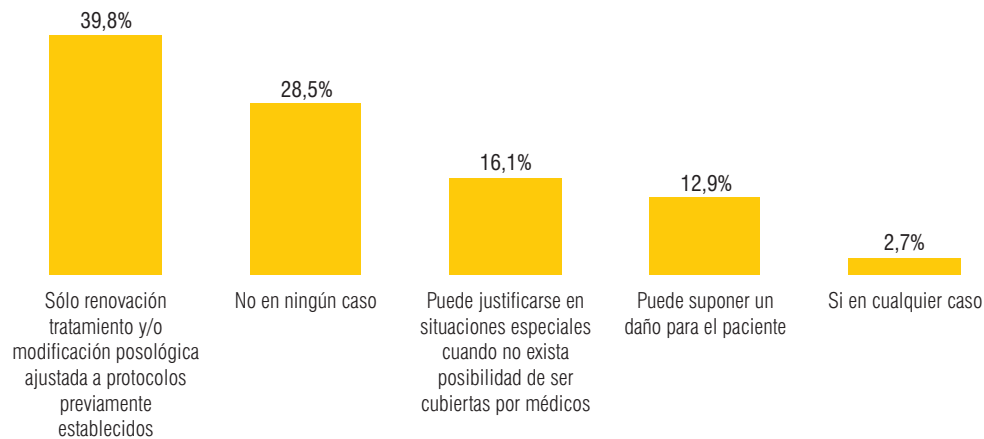
Todas las profesiones sanitarias parece que tienen mucho que ofrecer a los pacientes y pretenden hacerse valer profesionalmente, demandando un sistema de salud estructurado que facilite la práctica interprofesional sin barreras, para compartir tareas, con el pretexto de mejorar el servicio al paciente a través de unas “competencias compartidas” y demandando medidas legislativas, financieras y administrativas que lo hagan posible. Se olvidan de los riesgos, de la calidad asistencial y de la opinión de las otras profesiones afectadas. En este escenario, por parte de la profesión médica, es necesaria la cautela y decisión desde la reflexión y la firmeza, en defensa de un ejercicio profesional competente, desarrollado por los profesionales adecuados. Tampoco hay que olvidar que, al menos en España, por parte de los pacientes no se ha producido una demanda de atención profesional alternativa, sino todo lo contrario.

Como respuesta a estas acciones y aptitudes, la profesión médica debe oponerse a la expansión injustificada de prácticas y competencias que le son propias hacia otros profesionales sanitarios, ya que no está demostrado que la atención de muchos cuidados y problemas de salud se mejore cuando los responsables son otros profesionales no médicos. Las funciones y competencias de una profesión se adquieren en la formación de pregrado y postgrado y también se mejoran, actualizan y mantienen a través del desarrollo profesional continuo, por eso las competencias profesionales específicas de los médicos no pueden ser intercambiables, cercenadas o recortadas en función de conveniencias políticas o de la estrategia de

otras profesiones colindantes que necesiten espacio profesional o justificar un valor social añadido. Las funciones y competencias sólo deben modificarse en función de los fines y objetivos que las justifican, en el caso de la medicina, de las necesidades del paciente, y estos no parecen desear que la atención médica sea delegada a otras profesiones. Esto indica que la lucha por las competencias médicas surge de una estrategia artificiosa e interesada y no en función de los intereses del paciente, que ve en el médico al profesional de confianza más adecuado para satisfacer sus necesidades de atención sanitaria.

En relación con el uso, autorización e indicación autónoma de medicamentos por parte de otros profesionales, el 40% de los representantes colegiales opinan que únicamente se justificaría para renovación del tratamiento y/o modificación posológica ajustada a protocolos previamente establecidos; el 28,5% opinan que en ningún caso es necesaria, ni se justifica ni beneficia al paciente ni a la sociedad; y un 16% considera que puede justificarse en situaciones puntuales (figura 93).

Figura 93: Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: “¿Considera necesaria, justificada y beneficiosa para el paciente y para la sociedad la prescripción autónoma de medicamentos por otros profesionales sanitarios?”



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

Necesidad de colaboración para la continuidad asistencial y la mejora de la calidad en la atención, pero con competencias y funciones claramente establecidas

La Asociación Médica Mundial (AMM) ha abordado en varias de sus declaraciones y en su “Manual de Ética Médica” la cuestión de las relaciones con otros profesionales de la salud, especialmente con farmacéuticos, veterinarios y enfermeros, recalcando la importancia del respeto en esa relación, y más cuando se comparte una preocupación por los cuidados y el bienestar del paciente. Los médicos deben colaborar con otros profesionales sanitarios para asegurar la continuidad en la atención y para mejorar la calidad de los cuidados.

Idealmente, las decisiones de salud deben reflejar un acuerdo entre el paciente, los médicos y todos los profesionales involucrados en la atención sanitaria. La importancia del trabajo de un equipo multidisciplinar debe estar basada en el compromiso, colaboración y competencia para asegurar la mejor calidad asistencial al paciente; por lo que los desacuerdos entre el personal sanitario respecto a los objetivos de la atención y el tratamiento o los medios para lograrlos deben ser aclarados y solucionados por los miembros del equipo de salud, a fin de no perjudicar sus relaciones con el paciente. Los médicos tienen que poder solucionar los conflictos que se producen entre las distintas personas involucradas en la atención del paciente.

La colaboración es obligada en las relaciones entre la profesión médica y otras profesiones sanitarias que tienen competencias complementarias y que deben trabajar juntas para prestar atención a un grupo común de pacientes. Esta colaboración debe basarse en la confianza, el respeto mutuo y la comprensión de la experiencia y el conocimiento de cada uno. Esto incluye una división de funciones y responsabilidades acordadas por ambas partes que puede variar conforme a la naturaleza de la práctica y la experiencia de las personas, pero que en cualquier caso debe encaminarse en beneficio del paciente y ser aceptable tanto para los médicos, como para las otras profesiones sanitarias. También existe una estrategia válida de colaboración interprofesional para mejorar la atención sanitaria, en el seno de los equipos pluridisciplinarios como son los procesos asistenciales integrados.

En conclusión, la política del Consejo General de Colegios Médicos de España en relación a las otras profesiones sanitarias sólo puede ser establecida en términos de leal y respetuosa colaboración, pero también con una firme y rotunda defensa de las competencias profesionales del médico y de su papel preponderante y esencial en la gestión y dirección de la atención sanitaria frente a injerencias o intromisiones inaceptables e interesadas. Todo sin perder de vista que el objetivo fundamental de nuestra profesión y el del resto de las profesiones sanitarias es la salud y el bienestar del paciente y que para conseguirlo, en muchas ocasiones, hemos de contar con la colaboración de otros profesionales sanitarios.

La prescripción enfermera, ¿una amenaza?

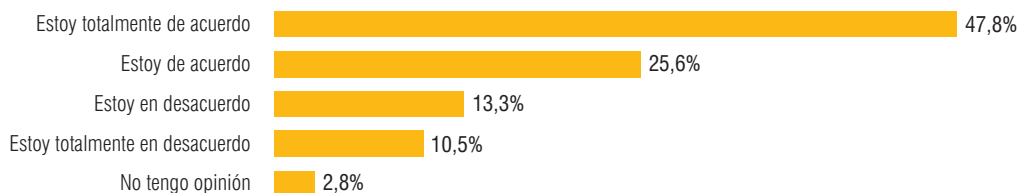
Una de las exposiciones del II Congreso de la profesión Médica, a cargo del presidente del Colegio Oficial de Médicos de Málaga, el Dr. Sánchez Luque, giró en torno la estrategia que se está trabajando en Andalucía, donde se funciona con el modelo de proceso asistencial integrado, y para el que defiende la necesidad de definir roles y el marco de competencias en torno a los procesos asistenciales, teniendo como base a la medicina basada en la evidencia. Es decir, en el proceso asistencial hay que definir qué tiene que realizar cada actor sanitario que participa, y ver la patología, no desde la perspectiva de un círculo cerrado, sino desde la intervención de distintas especialidades médicas así como de otras profesiones sanitarias.

El decreto por el que se define la actuación de las enfermeras y enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica de la Junta de Andalucía⁴⁶ planteaba el papel de éstos en el uso, indicación y autorización de medicamentos sin receta médica, de los accesorios y productos sanitarios, así como la intervención en el ajuste de la medicación después de pasar unos protocolos dirigidos y autorizados por el médico. Desde el punto de vista del Dr. Sánchez Luque, la norma dejaba claro que desde la perspectiva legal la función de prescripción correspondía al médico; así como que se consiguió que el término por el cual los enfermeros dispensaban dejara de denominarse “receta” para pasar a denominarse “orden de dispensación enfermera”.

Tras la iniciativa de Andalucía, en octubre del 2009 el Congreso de los Diputados aprobó una modificación del artículo 77 de la actual Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios⁴⁷, por la que podólogos y profesionales de enfermería pueden prescribir medicamentos de venta sin receta, los llamados OTC como el ibuprofeno, el paracetamol o el ácido acetilsalicílico, así como los productos sanitarios (gasas, vendas, apósitos, etcétera) que estos profesionales utilizan en su práctica diaria. En relación a los medicamentos que necesitan receta médica para poder ser utilizados, la nueva ley fija que el Ministerio de Sanidad y Política Social tendrá como máximo un año para fijar con las organizaciones colegiales de médicos y enfermeros qué medicamentos y en qué condiciones podrán ser dispensados por el enfermero. Así se deberá quedar registrado en una serie de protocolos y guías de práctica clínica y asistencial de elaboración conjunta, en la que se tendrán en cuenta tanto la experiencia y especialidad de cada profesional como la situación de cada paciente. Esta Ley ha recuperado el término “receta”, frente a lo que establecía el decreto andaluz.

En este contexto de situación de luz verde a la prescripción enfermera, el 73% de los representantes colegiales consideran que sólo el beneficio del paciente justifica la armonización de las competencias médico-enfermera, independientemente de las razones económicas, el déficit de médicos o la promoción profesional, frente a un 24% de profesionales que opinan lo contrario (figura 94).

Figura 94: Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: “Sólo el beneficio del paciente justifica la armonización de las competencias médico-enfermera independientemente de las razones económicas, el déficit de médicos, promoción profesional”



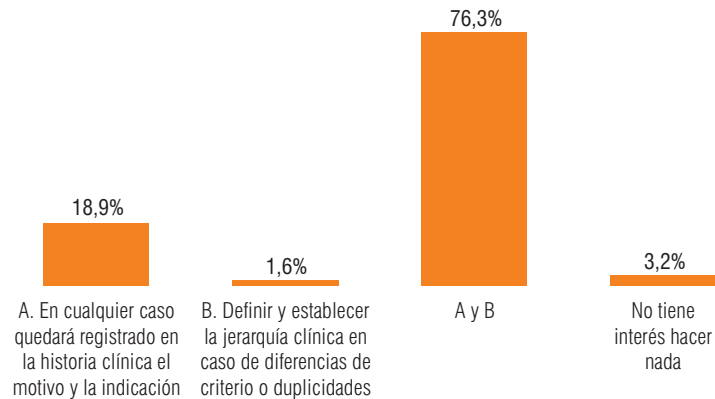
Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

⁴⁶ Decreto 307/2009, de 21 de julio, por el que se define la actuación de las enfermeras y los enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Publicado en el BOJA núm. 151 el 5 de agosto de 2009. Este Decreto fue suspendido cautelarmente (y posteriormente levantada dicha suspensión) por el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía.

⁴⁷ Ley 28/2009, de 30 de diciembre, de modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (BOE núm. 315, de 31 diciembre [RCL 2009, 2632])

En el momento actual, la enfermería ante una queja del paciente puede indicar de forma autónoma medicamentos de libre dispensación. El 76,3% de los representantes colegiales consideran en relación con esta cuestión que, para evitar conflictos, en cualquier caso debe quedar registrado en la historia clínica el motivo y la indicación, y que hay que definir y establecer la jerarquía clínica en caso de diferencias de criterio o duplicidades (figura 95).

Figura 95: Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: “En el momento actual la enfermería, ante una queja del paciente, puede indicar de forma autónoma medicamentos de libre dispensación. Para evitar conflictos considera necesario:”



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

La responsabilidad de la prescripción

La asistencia sanitaria integrada se basa en el respeto mutuo entre los profesionales sanitarios y por ello, desde el punto de vista del Dr. Naveda Pomposo, presidente del Colegio Oficial de Médicos de Vizcaya, la mal llamada prescripción de enfermería no debería ser percibida como una amenaza porque no merma la autoridad y las competencias del médico; lo que sí hay que asegurar es la delimitación de funciones y competencias y, por tanto, la asunción por parte de cada profesional de las responsabilidades correspondientes. El uso de medicamentos por parte de enfermería se realiza desde hace años sin control ni garantías adecuadas y su función bien definida puede convertirse en una buena herramienta para articular la continuidad de cuidados del paciente.

En cualquier caso siempre se ha que tener en cuenta que ante la existencia de conflictos entre profesionales el criterio clínico del médico prevalece ante las demás soluciones planteadas. Para ello, el médico debe conseguir una autoridad moral que se gana con el respeto y con los conocimientos y habilidades técnicas adquiridas por el mismo.

En definitiva, se debe tender hacia un modelo más transversal, de mayor interacción profesional, con una definición clara de competencias, en el que el médico continúa siendo el eje sobre el que pivota una asistencia sanitaria de calidad y orientada al ciudadano y paciente.

La prescripción enfermera en el plano internacional

Son varios países los que hoy en día ya han implantado la prescripción farmacológica enfermera, habiendo suscitando debate sanitario y con diferentes consecuencias en cuanto a su introducción y difusión; así, las enfermeras tienen actualmente autoridad para prescribir en numerosos países desarrollados como Australia, Canadá, Estados Unidos, Nueva Zelanda, Reino Unido y Suecia⁴⁸, aunque sus requisitos y su regulación varían sustancialmente entre ellos:

- En Suecia se introdujo la prescripción enfermera para facilitar el acceso a la atención sanitaria a los pacientes que vivían en zonas geográficas remotas y reducir la carga de trabajo de los médicos. Prescriben las enfermeras de atención primaria y de cuidados geriátricos que han cumplimentado un curso de entrenamiento requerido.
- En Canadá y Australia, debido a la escasez de médicos, las enfermeras trabajan de forma independiente en determinadas áreas rurales. En el caso de Australia, algunos estados permiten a las enfermeras prescribir en clínicas y áreas urbanas.
- En Reino Unido, las enfermeras comunitarias están habilitadas tanto para prescribir de manera independiente un número limitado de medicamentos y productos como para emitir prescripciones en colaboración con otro profesional, habitualmente un médico.
- En Estados Unidos son las enfermeras de práctica avanzada, desde hace ya 30 años, las que tienen la autoridad para ejercer la prescripción enfermera. El nivel de autoridad prescriptora depende de cada estado.
- En Nueva Zelanda las enfermeras se actualizan para prescribir con protocolos. Requieren una acreditación previa.

48 Jodar Solà G, Cuxart Ainaud N, Zabaleta del Olmo E. Reflexiones sobre la prescripción enfermera en el ámbito de la atención primaria de salud. *Aten Primaria* 2009;41(6):335-338

Propuestas estratégicas

1. Promover la creación de un sistema de seguimiento de los resultados de las prescripciones enfermeras

- 1.1. Elaborar una propuesta de un sistema de evaluación de los resultados de la prescripción enfermera en los centros sanitarios.
- 1.2. Promover la creación de un registro de incidencias o denuncias por posibles irregularidades fruto de la prescripción enfermera.
- 1.3. Crear un comité para el seguimiento de la trayectoria de la prescripción enfermera, teniendo en cuenta las evaluaciones y el registro de incidencias de pacientes.

2. Liderar desde la OMC la definición de protocolos y guías de práctica clínica y asistencial, con asignación de roles y responsabilidades

- 2.1. Acordar el desarrollo de protocolos y guías con las autoridades sanitarias correspondientes, asegurando que recogen claramente las funciones y competencias de las distintas profesiones sanitarias.
- 2.2. Supervisar desde los colegios oficiales de médicos los contenidos de los protocolos y guías.

3. La OMC realizará un seguimiento permanente de los avances que se produzcan en cuestiones que actualmente son competencia de la profesión médica

La OMC se mantendrá en el debate sanitario sobre la adquisición de nuevas competencias de las otras profesiones sanitarias, liderando los procesos de argumentación frente a estas cuestiones con una sola voz.



OMC

14

Compromiso del médico con la seguridad del paciente y ética de la responsabilidad y de la prevención

14.1. EL COMPROMISO DEL MÉDICO CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

La seguridad del paciente, una estrategia prioritaria para el Sistema Nacional de Salud

La seguridad del paciente es un factor esencial de la calidad asistencial y desde la publicación del informe "Error es humano: construyendo un sistema de atención sanitaria más seguro"⁴⁹, del Instituto de Medicina de los EEUU (1999), es objeto de atención general. Las estrategias de mejora han estimulado el desarrollo de modelos que permiten un mejor conocimiento de los efectos adversos ligados a la asistencia sanitaria.

⁴⁹ *To Err Is Human. Building a Safer Health System. Institute of Medicine, 1999.*

Abordar la seguridad del paciente desde una óptica integral de la atención

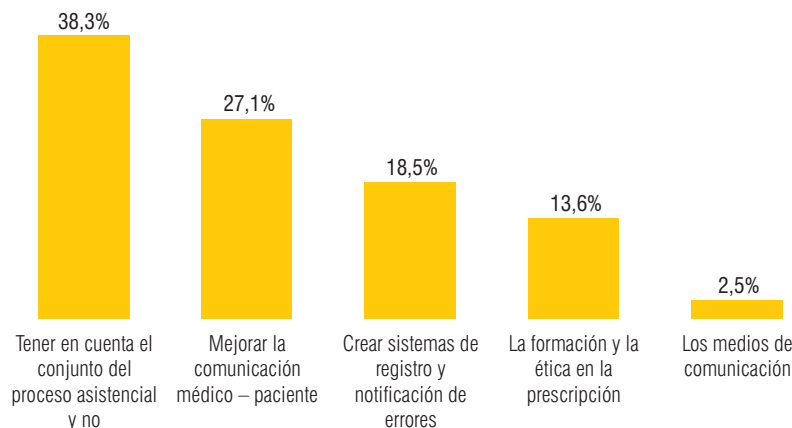
Para mejorar la seguridad del paciente hay que fijarse en el conjunto de la atención que recibe. El esquema a romper es el de la práctica de iniciativas de mejora de la seguridad del paciente centradas sólo en un nivel de atención. Es en los hospitales donde estas iniciativas son relativamente más numerosas que en otros niveles asistenciales, como la atención primaria, la salud mental o el nivel socio-sanitario.

Este enfoque tan restrictivo debe ser cambiado por otro de miras más amplias, que contemple todos los obstáculos, estén al nivel que estén, para que el paciente reciba el tratamiento apropiado en el momento oportuno.

Para conseguir mejoras reales en la seguridad del paciente es preciso tener en cuenta el conjunto de la atención que éste recibe. La atención hospitalaria, con ser importante, es sólo una parte del conjunto del uso que los pacientes hacen del sistema sanitario.

El 38,3% de los representantes colegiales consideran que la medida prioritaria para mejorar la seguridad de los pacientes es tener en cuenta el conjunto del proceso asistencial y no centrarse en un solo aspecto, mientras el 27,1% considera que la medida prioritaria es mejorar la comunicación “médico-paciente”. Un 18,5% considera imprescindible la creación de sistemas de registro y notificación de errores y el 13,6% la formación y la ética en la prescripción (figura 96).

Figura 96: Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: “De entre las siguientes propuestas ¿cuál considera prioritaria para mejorar la seguridad de los pacientes?”



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

La mejora del acceso a la atención, además de incluir las políticas relacionadas con la equidad, debe contemplar también otros aspectos, muy relacionados con la seguridad, como son los relativos a las lagunas que se producen en los cuidados al paciente. Aquí podrían incluirse el acceso a los cuidados que se prestan a niveles extra hospitalarios, la remisión adecuada entre los médicos de primaria y los especialistas del segundo nivel, la oportuna y eficiente admisión en el adecuado servicio del hospital, la conciliación efectiva de los tratamientos farmacológicos entre atención primaria y hospitalaria, así como la continuidad de la atención tras el alta hospitalaria. El acceso debería estar centrado en el paciente, y tener en cuenta aspectos como la disponibilidad, la idoneidad, el nivel de preferencia y otros, alguno de los cuales están a menudo ausentes en la práctica de la atención a los pacientes.

Una definición más amplia de la seguridad, por tanto, sería: el aumento de las posibilidades del paciente de recibir una atención adecuada y basada en la evidencia. Cualquier obstáculo al acceso a este tipo de atención puede considerarse como una pérdida de oportunidad y, por tanto, como un posible fallo del sistema de salud.

Una prioridad en las políticas de calidad de los sistemas sanitarios

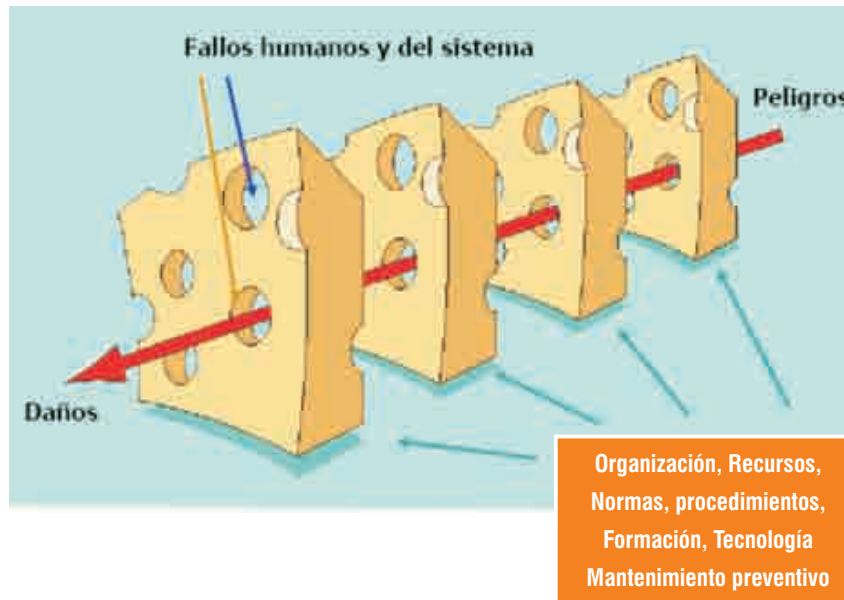
La Seguridad del Paciente se ha consolidado como una de las estrategias prioritarias del Sistema Nacional de Salud Español (SNS), y así está recogida en el Plan de Calidad para el SNS, en el que se explicitan objetivos y acciones para su desarrollo en colaboración con las comunidades autónomas, las sociedades científicas, los pacientes y las instituciones académicas y de investigación. Estos objetivos están orientados a promover nuevas sinergias en la implantación de políticas para la seguridad del paciente que permitan ofrecer una asistencia más segura y de mayor calidad en nuestro Sistema Nacional de Salud.

El objetivo es poner en común los distintos elementos que constituyen los pilares de las políticas de seguridad del paciente: investigación, prácticas seguras, cultura en seguridad y formación así como el papel de los pacientes, profesionales y ciudadanos en general. Todo ello desde una aproximación práctica para dar a conocer las experiencias desarrolladas tanto a nivel nacional como internacional.

Mejorar la seguridad de los pacientes, como se ha comentado, se ha convertido en un objetivo prioritario en las políticas de calidad de los sistemas sanitarios y diversos organismos internacionales (Unión Europea, Organización Mundial de la Salud, OCDE, etc.) han desarrollado en los últimos años estrategias y recomendaciones para conocer y abordar la ocurrencia de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria.

La gestión de riesgos es una nueva disciplina que tiene como objetivo el estudio de los efectos adversos derivados de la asistencia mediante su detección y análisis, con el objetivo final de diseñar estrategias para su prevención, generando una cultura de preocupación por la seguridad, ya que ésta es probablemente la dimensión más importante de la calidad asistencial. El abordaje de estrategias de seguridad del paciente requiere conjugar aspectos organizativos, de recursos, normas y procedimientos, formación, tecnología y mantenimiento preventivo de equipos (figura 97).

Figura 97: Modelo de Errores Humanos en el sistema de atención sanitaria



Fuente: *Human error: Models and Management BMJ 2000; 320:769.*

Entre los factores que contribuyen a incrementar el riesgo de errores y sucesos adversos, destacan⁵⁰ la introducción de nuevas técnicas y procedimientos, la fatiga e inexperiencia de los profesionales, la gravedad del proceso, la necesidad de atención urgente y la duración de la estancia en el hospital. Así, las actuaciones dirigidas a la prevención de riesgos se configuran como principio básico de la seguridad del paciente; estas actuaciones preventivas se clasifican en:

- Primordial (se solapa con la promoción de la salud)
- Primaria (la genuina: evitar enfermedades)
- Secundaria (mejorar el pronóstico)
- Terciaria (evitar complicaciones)
- Cuaternaria (limitar la iatrogenia)

50 Weingart SN, Wilson R, Gibberd RW, Harrison B. *Epidemiology of medical error. BMJ 2000; 320; 774-76.*

La detección de riesgos

Los errores pueden clasificarse según su evitabilidad, y las actividades de prevención van siempre dirigidas a minimizar la exposición a los riesgos en el caso de los riesgos inevitables y a la prevención en el caso de los evitables. Por otro lado, la mayoría de los errores evitables en organizaciones complejas están relacionados más con el sistema que con fallos individuales.

Los sistemas de registro y notificación de problemas de seguridad

La creación de sistemas de registro y notificación de problemas de seguridad constituyen una estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia en el contexto de la mejora continua. Como se ha visto anteriormente (figura 96), el 18,5% de los representantes colegiales consideran que es una medida prioritaria para mejorar la seguridad de los pacientes.

Los sistemas de registro y notificación no pretenden ser una estimación de la frecuencia de efectos adversos e incidentes en el sector sanitario, sino una forma de obtener información sobre la cascada de acontecimientos que llevan a su producción.

Para aumentar la confianza de los profesionales hacia los sistemas de notificación y potenciar su uso deben garantizarse la protección de los datos y que no se revelen públicamente, que nunca se deriven represalias, orientado más a sistemas que a la práctica individual y que se perciba su utilidad. En este sentido, se están dando los primeros pasos en varios países para modificar la legislación y que permitan que los fiscales hagan pactos con la justicia, en cuanto a no reclamar penalmente los errores, tanto para el notificador como para las personas que han notificado el efecto adverso.

Por lo tanto, el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SINASP) debe ser voluntario, no punitivo, confidencial (anónimo), sujeto a una seguridad jurídica, que permita un acceso fácil, que sea garantía de gestión, proporcione una respuesta asegurada y se implemente en el ámbito nacional.

Por último, cabe reseñar la importancia de dos cuestiones que influyen en el desarrollo de los sistemas de notificación de efectos adversos:

- El desarrollo de los sistemas de información clínicos como herramienta de apoyo para avanzar en la seguridad del paciente, teniendo presente que las tecnologías no son garantía de seguridad y que el médico tiene un papel protagonista en este ámbito.

- El desarrollo de la protección jurídica suficiente para poder llevarlo a cabo adecuadamente. En este contexto, algunos países permiten que los fiscales hagan pactos con la justicia para no reclamar penalmente errores para los profesionales que han notificado el efecto adverso, y está funcionando, tal como se aclaró durante el II Congreso de la Profesión Médica por parte de uno de los ponentes.

La epidemiología de los riesgos de la atención sanitaria

Los efectos adversos son el vértice de una pirámide cuya base son los incidentes compartiendo unos y otros las mismas causas, por lo que el aprendizaje del análisis de las causas de los incidentes es también útil para la prevención de los efectos adversos.

Los estudios sobre la epidemiología de los riesgos de la atención sanitaria coinciden en identificar las complicaciones relacionadas con los medicamentos como la causa más frecuente de efectos adversos, seguidos de los derivados de intervenciones quirúrgicas y de las infecciones nosocomiales⁵¹:

- **Medicamentos:** aunque la mayoría de los errores son poco peligrosos, o son interceptados, otros llegan a producir daño. *Bates et al.* identificaron eventos adversos relacionados con los fármacos en el 6,5% de los pacientes ingresados en un Hospital Universitario de Boston y en el 19% del total de acontecimientos adversos registrados en el Harvard Medical Practice Study en 51 hospitales de Nueva York; el 4% de los registrados en el estudio de Neale et al. en dos hospitales de Londres, y el 24% en el Canadian Adverse Events Study. Entre el 28 y el 56% de los errores de medicación se consideran evitables.
- **Intervenciones quirúrgicas:** en segundo lugar, por la magnitud del problema, están las complicaciones perioperatorias. Un estudio realizado sobre 30.195 altas en Nueva York, indicaba que sobre el total de los efectos adversos detectados el 13,3% se debía a infección de la herida quirúrgica, un 12,9% de los efectos adversos producidos se debían a complicaciones en la técnica quirúrgica y un 10,6% eran complicaciones tardías de la cirugía.
- **Infecciones nosocomiales:** el estudio EPINE⁵² 2010, refleja que la tasa de prevalencia de infección nosocomial en 2009 se sitúa en 6,8%, frente a un 8,5% del año 90, apreciándose una tendencia descendente estadísticamente significativa posiblemente en relación a actuaciones preventivas, como el uso de sondajes urinarios cerrados o la introducción en los hospitales de las soluciones alcohólicas para el lavado de manos.

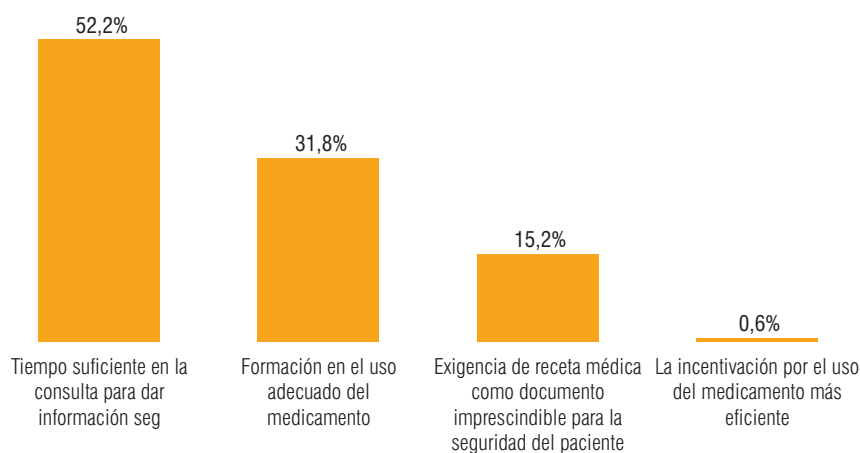
51 Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med* 1991;324:377-84

52 Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España, EPINE 1990-2009: 20 años. Sociedad Española de Medicina Preventiva. Salud Pública e Higiene (SEMPSPH), 2010.

En relación con los riesgos derivados del uso de los medicamentos, se justifica el gran interés que suscita el estudio de las fases en las que se pueden producir los errores, (prescripción, transcripción, dispensación, administración), y las medidas dirigidas a evitarlos.

El 52,2% de los representantes colegiales consideran que el elemento más importante a la hora de garantizar el mejor uso de los medicamentos es ofrecer el tiempo suficiente en la consulta para dar información segura y de calidad. Un 31,8% considera que es la formación en el uso adecuado de los medicamentos y el 15,2% la exigencia de receta médica como documento imprescindible para la seguridad del paciente (figura 98).

Figura 98: Opinión de la profesión médica sobre qué elemento se considera más importante a la hora de garantizar el mejor uso de los medicamentos



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

Los profesionales sanitarios implicados en la práctica diaria son los idóneos para la detección de los problemas, pero deben contar con el apoyo de expertos en la metodología a aplicar en su análisis que además difundan los conocimientos necesarios para poner en marcha los programas.

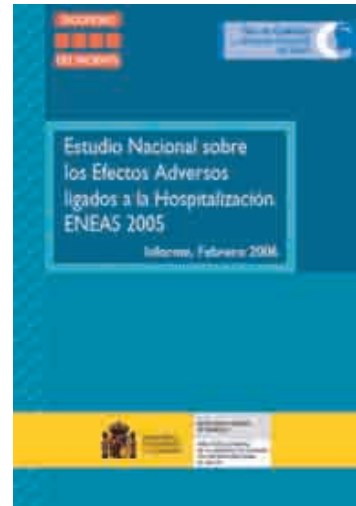
Avances en la detección de riesgos en España

Los esfuerzos de nuestro país por avanzar en el desarrollo del conocimiento de los efectos adversos ligados a la práctica clínica han sido notorios en los últimos años, si bien los aún queda mucho por hacer. Dos estudios realizados a nivel nacional, cuyos resultados exponemos a continuación, analizan los efectos adversos ligados a la hospitalización y a la atención primaria de salud, cuyos resultados evidencian que todavía existe una alta incidencia de errores evitables.

1) **Resultados del Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS 2005)**

En nuestro país se han dado pasos significativos en los últimos años en el ámbito de la seguridad del paciente. El Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS 2005)⁵³ supone un importante punto de partida en el conocimiento de nuestra realidad. Este estudio tenía como objetivos principales:

- Determinar la incidencia de efectos adversos y de pacientes con efectos adversos en los hospitales de España.
- Establecer la proporción de efectos adversos que se producen en el período de prehospitalización.
- Describir las causas inmediatas del efecto adverso.
- Definir los efectos adversos evitables.
- Conocer el impacto de los efectos adversos en términos de incapacidad, éxitus y/o prolongación de la estancia hospitalaria.



Entre sus resultados, se detectaron 1.063 pacientes con efectos adversos durante la hospitalización, de los que 525 estaban relacionados con probabilidad moderada o alta con la asistencia sanitaria, siendo la incidencia de pacientes con efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria de 9,3% (525/5.624).

La incidencia de pacientes con efectos adversos relacionados directamente con la asistencia hospitalaria (excluidos los de atención primaria, consultas externas y ocasionadas en otro hospital) fue de 8,4%. El 17,7% de los pacientes con efectos adversos acumuló más de un efecto adverso.

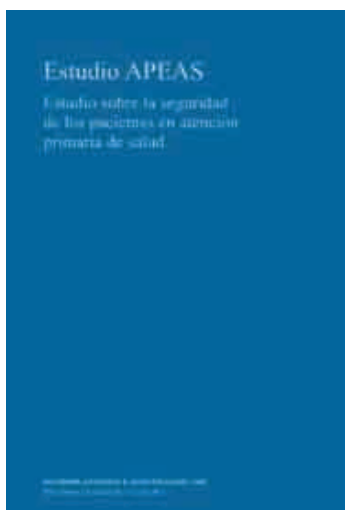
Del total de los 473 pacientes con efectos adversos relacionados con la hospitalización, en 105 (22,2%) el efecto adverso fue la causa del ingreso hospitalario (reingreso). El 42,8% de los efectos adversos se consideró evitable, en función de los criterios prefijados.

53 Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Informe. Febrero 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo

54 Estudio APEAS: Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Informes, Estudios e Investigación 2008. Ministerio de Sanidad y Consumo.

2) Resultados del Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud (Estudio Apeas)

El Estudio APEAS⁵⁴ aborda el análisis de la frecuencia y tipo de los efectos adversos en atención primaria, tratándose de uno de los primeros estudios que se ocupa de esta problemática en los centros de salud, abarcando una amplia muestra de consultas de medicina y de enfermería.



Según los resultados del estudio, la práctica sanitaria en atención primaria es razonablemente segura: la frecuencia de efectos adversos es reducida (2% de las consultas realizadas) y predominan los de carácter leve. Si generalizamos los resultados al conjunto de la población, podría estimarse que de media un 7% de los ciudadanos cada año tendrán un problema de esta naturaleza.

La prevención de los efectos adversos en atención primaria se perfila como una estrategia prioritaria dado que el 70% de los efectos adversos son evitables, y son más evitables (80%) a medida que se incrementa su gravedad.

Su etiología es multicausal. Como factores contribuyentes destacan los relacionados con la medicación (48,24%), con la comunicación (24,6%), con la gestión y con los cuidados. Un 45-76% de todos los “errores” fueron prevenibles.

Dado el papel destacado de los fármacos, tanto en el origen como en la consecuencia de los efectos adversos, es recomendable estandarizar la presentación de la información del medicamento, trasladarlo de la industria al profesional, y de éste al paciente, de tal forma que se contemple su uso seguro, incluso en las aplicaciones informáticas asociadas a la historia clínica.

Estudiando el origen del efecto adverso se encontró que el 73,5% de los efectos adversos ocurrió en un centro de salud de atención primaria, el 25,8% en atención especializada - dentro de la cual el 2,9% ocurrió en el servicio de urgencias de su hospital- y el 0,7% restante tuvo lugar en las oficinas de farmacia.

El Sistema Nacional de Salud (*National Health Service –NHS*) del Reino Unido establece siete pasos para garantizar la seguridad del paciente en atención primaria; constituye una guía de las mejores prácticas, que describe las siete áreas clave de actividad en las que las organizaciones y equipos de atención primaria deben trabajar para salvaguardar la seguridad de los pacientes (figura 99).

Figura 99: Pasos para garantizar la seguridad del paciente establecidos por el Sistema Nacional de Salud del Reino Unido

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SIETE PASOS (Según el Sistema Nacional de Salud del Reino Unido)
1. Construir una cultura de seguridad
2. Liderazgo del equipo de personas
3. Integrar las tareas de gestión de riesgos
4. Promover la información
5. Involucrarse y comunicarse con pacientes y público
6. Aprender y compartir lecciones de seguridad
7. Implementar soluciones para prevenir daños

Fuente: *Seven steps to patient safety. The full reference guide. NHS, National Patient Safety Agency. August 2004*

Después de más de seis años de “*To err is human*” el progreso no ha sido todo el deseado. El compromiso con la seguridad requiere la adopción de objetivos ambiciosos y explícitos. Aunque de la implantación de nuevas tecnologías con sistemas informáticos amigables implementados con protocolos adecuados y basados en la evidencia científica cabe esperar una contribución importante, es prioritaria la generalización de la cultura de la seguridad a todos los niveles.

Figura 100: Efectividad de prácticas seguras

EFECTIVIDAD DE ALGUNAS PRÁCTICAS SEGURAS	
Intervención	Resultados
1. Protocolo antibioterapia perioperatoria	Disminución de infecciones 93%
2. Prescripción asistida por ordenador	81% reducción de errores en la medicación
3. Farmacéuticos en equipo asistencial	67 - 78% reducción de errores en la medicación
4. Equipos de rápida respuesta	Disminución 15% PCR
5. Prácticas de reconciliación medicación	90% reducción de errores en la medicación
6. Estandarización dosis insulina	Disminución 63% hipoglucemias

Fuente *Muiño Míguez A, Jiménez Muñoz AB, Pinilla Llorente B, Durán García ME, Cabrera Aguilar FJ, Rodríguez Pérez MP. Seguridad del paciente. An Med Interna (Madrid) 2007; 24: 602-606*

Es de destacar que el desarrollo de sistemas de ayuda en consulta podría reducir el alto porcentaje de dudas (37,5%) que generan una nueva cita para el paciente. Por otro lado, el análisis de las dudas puede permitir conocer mejor las necesidades de información o de formación de los médicos, lo que podría ayudar a desarrollar sistemas de formación y de apoyo a la consulta que, en definitiva, mejoren la calidad asistencial. Lo que le da un valor añadido a esta iniciativa.

Parece que un sistema ágil y eficiente de respuesta a preguntas clínicas, mediante el acceso a fuentes documentales actualizadas y de calidad, podría ayudar a resolver esas dudas, mejorar la calidad asistencial, disminuir las segundas consultas y las interconsultas y, por lo tanto, disminuir la presión asistencial.

Punto de avance para el desarrollo de la seguridad del paciente

El Sistema Nacional de Salud, las comunidades autónomas, los centros sanitarios y los profesionales deben continuar trabajando para mejorar la calidad de la atención que se da al paciente y desarrollar actuaciones dirigidas a la mejora de la seguridad asistencial y a reducir la incidencia de efectos adversos a través de la prevención de riesgos clínicos.

Esto requiere construir una cultura orientada a la seguridad y minimización de riesgos y efectos adversos, integrar las tareas de gestión de riesgos en la práctica diaria, promover la información, conocer dónde están los problemas y cómo solucionarlos, e implicar a todos los actores que participan en el proceso asistencial, incluido el paciente.

Así, algunos de los puntos que se consideran de mayor relevancia para determinar la seguridad del paciente y el riesgo clínico, así como para avanzar en las mejoras que se pueden resumir en los aspectos que se recogen en la figura 101:

Figura 101: Necesidades de avance en materia de seguridad del paciente

MÉTODO	Desarrollo de metodologías para la detección de errores de la persona y del sistema
REGISTRO DE EFECTOS ADVERSOS	Desarrollar sistemas de notificación y registro de efectos adversos, es decir, conocer para prevenir
COMPROMISO DE GESTORES	Dado que los efectos adversos se producen general como consecuencia de las actuaciones desarrolladas en los centros sanitarios, es necesario que los gerentes asuman el compromiso, sin ánimo punitivo, de asumir el desarrollo de estrategias necesarias para avanzar en seguridad del paciente
INVESTIGACIÓN	Desarrollo de investigación que permita detectar necesidades de mejora y constituir un estímulo al desarrollo de iniciativas
PATROCINIO	Obtención del reconocimiento de la Organización Mundial de la Salud
CULTURA	Aprendizaje de las experiencias nacionales e internacionales, y difusión de mejores prácticas dentro del territorio nacional, así como hacia otros países
FORMACIONAL PACIENTE	Formación del paciente para lograr su implicación en la prevención de riesgos y seguridad asistencial

Fuente: Elaboración propia

14.2. LA ÉTICA DE LA RESPONSABILIDAD Y DE LA PREVENCIÓN

Responsabilidad profesional y ética

El quehacer del profesional médico (actividad biomédica), basado en el conocimiento, y el reconocimiento de las prácticas y actuaciones médicas, no exentas de consecuencias, tanto en el plano individual como en el corporativo/institucional, implica una estrecha relación con la ética y en particular con el concepto de responsabilidad. La responsabilidad es la que hace que todas las actividades humanas en el ámbito que sea, se comprometan con lo social o lo crítico, entendiendo la responsabilidad como una categoría ética y transformadora (responsabilidad profesional y ética).

Entendiendo la ética como la ciencia que estudia la moralidad (propiedad, naturaleza y valor) de las acciones y la responsabilidad al prever las consecuencias, bien a través de la práctica de las actuaciones o como protección del bien público (responsabilidad social) en el caso de las asociaciones o corporaciones.

Las dos grandes herencias éticas occidentales a saber: la teleología, moral aristotélica (el fin justifica los medios) y la deontología, moral kantiana (es necesario la existencia de unos principios), siguen siendo el sustrato esencial de la filosofía occidental y asimismo constituyen el fundamento de la actual reflexión ética, bajo el lema de la oposición entre estas dos morales, en el análisis de las cuestiones que tienen que ver con las actuaciones derivadas de las actividades humanas en todos los ámbitos anteriormente referenciados.

A partir de este escenario el sociólogo y economista alemán Max Weber suscita una controversia filosófica al caracterizar las dos posiciones como extremas y proponer una distinción entre dos tipos de éticas que define como: la ética de la responsabilidad (también denominada utilitarismo) y la ética de la convicción.

La ética de la responsabilidad atiende, antes que nada, a las probables consecuencias de las opciones en juego, es una moral “consecuencialista”, a diferencia de la ética de la convicción que es una moral “principialista”, ya que no atiende a las consecuencias sino a los valores vigentes en el momento de la decisión. Según otro filósofo alemán, Hegel, no hay ética alguna que prescinda de las consecuencias de los actos.

El énfasis en la prevención ha generado un incremento de las actividades sanitarias preventivas clínicas y colectivas que a menudo son poco apropiadas porque, entre otras cuestiones, se dirigen a personas sanas o bien, al igual que en cualquier intervención sanitaria, tienen consecuencias que afectan a los principios éticos básicos de la profesión médica.

Una reflexión de Geoffrey Rose⁵⁵ en 1981 exponía que la mayoría de las personas objeto de una intervención preventiva no obtendrán beneficio directo alguno; y, en cambio, se requiere de ellas algún esfuerzo y que se expongan a eventuales efectos adversos.

La ética de la prevención

En el ámbito de nuestra esfera médica es básico el llamamiento a la responsabilidad de instituciones y profesionales, recordando que la información sanitaria y el resto de actividades preventivas se rigen por los valores esenciales de la Medicina y esto supone valorar las consecuencias socio sanitarias de cualquier exceso preventivo y de información, y extremar las medidas a la hora de presentar escenarios de riesgo para la población.

No se debe admitir una intervención preventiva sin disponer de las pruebas necesarias. La prevención, en definitiva, no puede gozar de inmunidad a la crítica a la hora de demostrar su beneficio y por ello, los servicios de salud al igual que todos los profesionales, deben estar unidos por una ética de la responsabilidad que exige valorar las consecuencias sociales de las informaciones y las medidas que se adoptan, por el bien de los ciudadanos y la sociedad en su conjunto.

La medicina preventiva se caracteriza por la intervención anticipativa, es decir, por la actuación antes de que aparezca o se desarrolle un problema de salud, pero lógicamente con el objetivo de lograr un mejor pronóstico y un beneficio para el paciente, lo cual debe estar sustentado en pruebas científicas muy afinadas del mismo modo que se le exige a cualquier tratamiento curativo. Y dado que en las intervenciones preventivas actuamos sobre sujetos sanos, el rigor en la prueba de efectividad y en la evitación de efectos adversos se hace mucho más necesario y exigente.

Esto significa que las actividades preventivas, tal y como al inicio se expresaba, también se rigen por los valores esenciales de la medicina. Por esta razón, prevención y anticipación no son conceptos sinónimos. La anticipación no se convierte en prevención de manera automática y para que constituya una intervención responsable es preciso ponderar los beneficios y los riesgos, informando adecuadamente a los pacientes y a la sociedad. La prevención es una anticipación efectiva, segura, razonable, justa, equitativa y sensata.

Las intervenciones preventivas y anticipativas gozan actualmente de una gran popularidad, avaladas por el conocido aforismo de que “más vale prevenir que curar”; sin embargo, no siempre se traducen en cambios positivos en la mejora de la salud futura del individuo o de la comunidad.

⁵⁵ Rose G. *The strategy of preventive medicine*. Oxford: Oxford University Press, 1992.

A estos efectos, conviene señalar que existe un clima de creciente consumismo sanitario donde todo lo preventivo tiene un mercado asegurado, habiéndose generando un fenómeno de tolerancia en el rigor que se debería exigir en la publicidad. Lo resultante es un sector comercial muy agresivo y creciente, donde se mueven grandes intereses y se pueden generar serios perjuicios, porque no todas las personas tienen recursos para elaborar un criterio que les permita discriminar la información cierta de la falsa (alimentación, pruebas de detección precoz, test genéticos, consensos, medicamentos, vacunas, etc.).

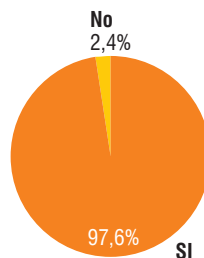
Los límites éticos de la medicina preventiva quedan recogidos en el vigente Código Deontológico de la OMC, donde se establece que el médico se abstendrá de imponer al paciente las convicciones propias (Art.8), respetará su derecho a rechazar pruebas diagnósticas (Art.9. 2), le proporcionará información, de manera que pueda comprenderla (Art.10.1), las actuaciones que supongan un riesgo, le proporcionará información suficiente y ponderada para obtener el consentimiento informado (Art.10.4) y recoge que no son éticos los procedimientos ilusorios o insuficientemente probados (Art.22.1).

La ética de la responsabilidad

En el ámbito de nuestra esfera médica es básico el llamamiento a la responsabilidad de instituciones y profesionales, recordando que la información sanitaria y el resto de actividades preventivas se rigen por los valores esenciales de la Medicina y esto supone valorar las consecuencias socio sanitarias de cualquier exceso preventivo y de información, y extremar las medidas a la hora de presentar escenarios de riesgo para la población.

En este contexto, el 97,6% de los representantes colegiales consideran que las informaciones sanitarias que se dan al ciudadano sobre consejos de salud y el resto de actividades preventivas deben estar sometidas a los valores éticos de las actuaciones y sus consecuencias (figura 102).

Figura 102: Opinión de la profesión médica acerca de si las informaciones sanitarias que se dan al ciudadano, los consejos de salud y el resto de actividades preventivas, deben estar sometidas a los valores éticos de las actuaciones y sus consecuencias



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

La profesión médica debe asumir una especial responsabilidad deontológica que impida avalar injustificadamente, ya sea como individuos o institucionalmente, propuestas que carecen de suficientes garantías, o que se prestan a la confusión, especialmente cuando median intereses ajenos al bien común.

En este sentido, también se debe extremar la prudencia a la hora de presentar escenarios de riesgo para la población, de modo que la información se ofrezca de manera comprensible para la ciudadanía, procurando tener en cuenta el modo en que puede ser interpretada. Esto es muy relevante para evitar daños colaterales que se podrían sortear con una adecuada explicación. La organización de planes especiales para afrontar una potencial emergencia debe poder hacerse en un clima de serenidad, muy conveniente para que resulten beneficiosos.

En medicina hay una serie de principios éticos generales que son aplicables y exigibles al escenario preventivo.

Principio de beneficencia

De acuerdo con el principio de beneficencia no se debe admitir una intervención preventiva sin disponer de las pruebas sobre su efecto beneficioso para la salud de la población (incluso más sólidas que en el caso de las intervenciones con propósitos curativos), lo cual significa que la prevención no puede tener un estatuto de inmunidad a la crítica a la hora de demostrar su beneficio. Recordar esto es importante porque en ocasiones se ha concedido a la prevención una tolerancia injustificada ante los requisitos científicos exigibles a cualquier intervención sanitaria.

En medicina curativa no se acepta manejar tratamientos cuya eficacia no se haya demostrado; sin embargo, a veces se ha consentido que bajo la bandera de la prevención se pueda sortear el rigor científico de la medicina de nuestro tiempo.

Principio de no-maleficencia

El principio de “no-maleficencia” obliga a valorar los posibles efectos colaterales que las intervenciones preventivas pueden provocar: falsos positivos o negativos en la detección precoz, el sobre diagnóstico o los potenciales efectos secundarios de cualquier tratamiento farmacológico preventivo. Esto es especialmente relevante cuando se interviene sobre población sana.

En este sentido, sería especialmente preocupante que por presiones políticas o por una actitud defensiva ante campañas de opinión pública se realizaran intervenciones preventivas sin las adecuadas garantías de seguridad, ignorando el principio de precaución que, por su perfil científico, todo profesional de la medicina debería contemplar. De hecho, deberíamos aplicar correctamente el llamado principio de la precaución: no se es más precavido por proponer cosas que pueden o no ser efectivas, sino por recomendar actuaciones en las cuales los beneficios exceden sobradamente a los riesgos y costes inherentes a cualquier intervención sanitaria.

El someterse a una intervención sanitaria implica asumir riesgos, y el médico debe ayudar o por lo menos no dañar porque no está absolutamente exenta del riesgo de efectos adversos (en la práctica no existen intervenciones inocuas) y la relación perjuicios/ beneficios es menos flexible que en intervenciones curativas.

Qué puede pasar en una prueba de cribado:

- *Falsos negativos:* falsa confianza; retraso en el diagnóstico.
- *Falsos positivos:* diagnóstico innecesario y potencialmente peligroso, tratamiento o etiquetado.
- *Sobre diagnóstico:* verdadero positivo que no refleja una evolución clínicamente relevante.
- *Ausencia de beneficios:* distracción de recursos para otras intervenciones efectivas.

Principio bioético de justicia

El principio bioético de justicia (en su dimensión de equidad) aplicado a la prevención exige priorizar las intervenciones en los grupos poblacionales que mejor lo vayan a rentabilizar. Una determinada actividad se aplicaría inadecuadamente cuando el beneficio fuera superado por el daño, pero también cuando supone una dilapidación de recursos que acaba afectando a la justicia distributiva. Es decir, podría llegar a ocurrir que alguien con alta probabilidad de beneficio no pueda recibir un recurso porque se ha gastado en una aplicación imprudente en personas con nula o muy escasa rentabilidad. Los fracasos en la eficiencia sanitaria tarde o temprano acaban afectando a la equidad, porque los recursos nunca serán ilimitados.

El principio de justicia se basa en la eficiencia (proporcionalidad entre costes y beneficios: coste/efectividad; coste/oportunidad) y equidad (disminución de las inequidades, desigualdades injustas y evitables).

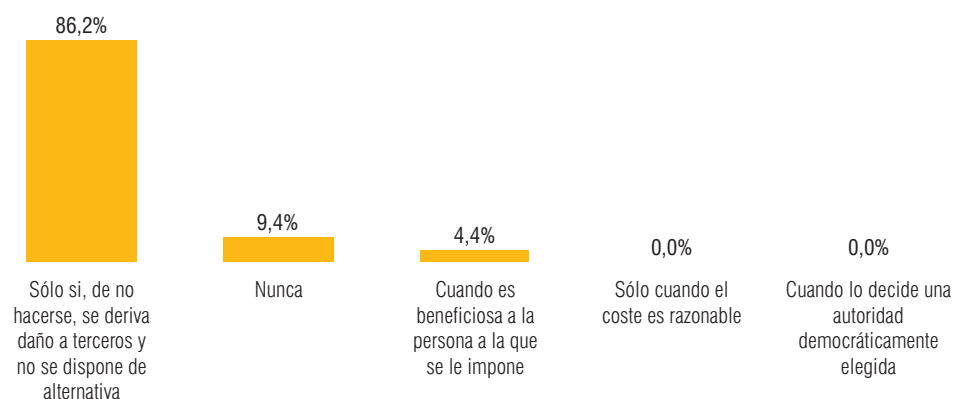
El principio de autonomía

El respeto a la “autonomía” de los ciudadanos ante las medidas preventivas es un aspecto especialmente delicado por las dificultades que pueden darse en momentos de emergencia. Sin embargo la filosofía del consentimiento informado sigue vigente y, por tanto, siempre que sea posible el paciente debe ser informado adecuadamente de lo que puede esperar de una determinada actividad preventiva, tanto de los beneficios como de los riesgos.

De igual modo se debe explicar de manera comprensible cuál es el riesgo que se asume en caso de no aceptar la intervención preventiva. Es importante que el propio paciente se responsabilice de su propia historia clínica ya que existen equivocaciones, ya que los sistemas informáticos no tienen mecanismos de control y revisión, por lo tanto estas herramientas no son garantía de seguridad. Con esta situación desde la profesión médica se puede llegar a una medicina paternalista, estableciendo el principio de todo por el paciente pero sin el paciente.

En opinión de la profesión médica, un 86% de los médicos sólo justificarían, desde un punto de vista ético, coartar el principio de autonomía mediante la imposición de una intervención preventiva cuando, de no hacerse, se deriva daño a terceros y no se dispone de alternativa; un 9% de los profesionales opina que no se debería coartar nunca (figura 103).

Figura 103: Opinión de la profesión médica sobre cuándo se considera éticamente aceptable coartar el principio de autonomía mediante la imposición de una intervención preventiva



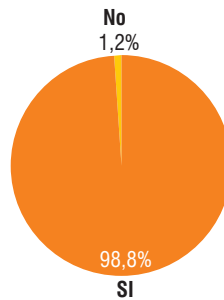
Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

La necesidad de actualización de conocimientos

Todas las cuestiones analizadas a lo largo del capítulo convergen en el planteamiento de un desafío profesional de primer orden, en la medida que exige un esfuerzo de actualización del conocimiento, recurriendo a fuentes de información solventes que sean a la vez independientes de intereses ajenos a la salud de nuestros pacientes. Divulgar sin alarmismos y hacer pedagogía con la información disponible es un deber y sin duda un arte al que no podemos renunciar por lealtad a los ciudadanos y la sociedad.

También la formación continuada debería incorporar o reforzar los conocimientos en materia de seguridad de de ética en la prevención, aspecto en el que los representantes colegiales están de acuerdo de forma prácticamente unánime (figura 104).

Figura 104: Opinión de la profesión médica sobre la necesidad de llevar a cabo formación continuada en seguridad y ética de la prevención



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

Son momentos para promover la confianza social en la autoridad sanitaria, en los médicos y demás profesionales de la salud, al igual que en los medios de comunicación, tan decisivos en una sociedad libre y democrática.

Finalmente, el mensaje comprometido por una ética de la responsabilidad, exige de todos y cada uno de los sectores profesionales, políticos y socio-sanitarios, valorar las consecuencias sociales de las informaciones y las medidas que se adoptan en cada momento, por el bien los ciudadanos y la sociedad en su conjunto porque existe, en ocasiones, una tendencia a promover las prácticas preventivas y no siempre se establece un compromiso ético, como por ejemplo en campañas publicitarias de intervenciones sanitarias que alientan expectativas no razonables sobre la salud que crear más presión asistencial, en algunos casos pueden llegar a ser delictivo o fraudulento.

Propuestas estratégicas

- 1. Participar en el desarrollo de metodologías y criterios dirigidos a inculcar una cultura en materia de seguridad del paciente y de conocimiento de los efectos adversos ligados a la asistencia sanitaria**
 - 1.1. Promover la notificación y registro de efectos adversos en los centros sanitarios y entre los profesionales médicos.
 - 1.2. Proponer un sistema de seguimiento y control de las notificaciones de efectos adversos.
 - >. Mecanismos de obtención de información, evaluación y de mejora ante los resultados de las prácticas clínicas.
 - >. Proyectos de investigación sobre efectos adversos.
 - 1.3. Instar a la Administración a la implantación de la prescripción electrónica.
 - 1.4. Promover la conveniencia del consentimiento informado del paciente en las actividades clínicas preventivas.
 - 1.5. Abordar las particularidades de la ética de la prevención explícitamente en el nuevo código deontológico.

- 2. Contribuir a la divulgación de las mejores prácticas, en lo que concierne a los profesionales médicos, en materia de seguridad del paciente y ética de la prevención**
 - 2.1. Mantenerse al día en los avances en materia de seguridad del paciente, tanto en el plano nacional como internacional, en lo que concierne al médico
 - 2.2. Desarrollo de un programa de formación en seguridad del paciente y gestión de riesgos sanitarios.

- 3. Promover la incorporación de contenidos sobre seguridad del paciente y ética de la prevención en los programas de formación continuada**



15

Troncalidad en la formación MIR

Antecedentes de la formación médica

En los últimos 50 años el sistema MIR ha sido reconocido como el mejor programa de educación médica en España, y quizás en Europa. Es cierto que ha tenido detractores, pero una gran mayoría piensa que ha producido buenos especialistas que han prestigiado el Sistema Nacional de Salud español. Sin embargo, con el paso de los años se requerían unas tareas de mantenimiento que no se han llevado totalmente a cabo, lo que, unido a los cambios acelerados del entorno, ha debilitado el sistema de formación médica postgraduada. Pero no es sólo el sistema MIR el que requiere una puesta al día, sino también el “continuum educativo”, que debe iniciarse con la formación universitaria de pregrado y que finaliza con el desarrollo profesional.

Hemos llegado al siglo XXI teniendo “deberes” pendientes que, si se hacen adecuadamente, permitirán la entrada en el Espacio Europeo de Enseñanza Superior (EEES). Por lo tanto, si bien es la formación postgraduada el motivo de este análisis, no debe olvidarse las otras etapas de la formación médica. Es imprescindible que los planes de estudio de pregrado den como resultado unos médicos con un elevado nivel de competencia que les permita empezar la formación postgraduada en mejores condiciones. Para ello, debe reformarse, nuevamente, la formación en la licenciatura con este objetivo.

Según la mayoría de opiniones, las reformas de los planes de estudios de Medicina no han alcanzado los resultados esperados y se sigue por detrás de lo que sería realmente necesario, esto es, conseguir unos licenciados en Medicina que pudieran ya, a este nivel, asumir los principios del profesionalismo, elemento clave para mejorar el papel del médico en el sistema sanitario. En vez de esto, se confía demasiado en que en la formación postgraduada ya habrá oportunidad de adquirir las competencias necesarias y, de esta manera, la formación pregraduada sigue con una inercia que se basa en una enseñanza excesivamente teórica, poco dirigida a las necesidades reales del alumno, una función tutorial débil y unos sistemas evaluativos no actualizados.

Con la llegada de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) parecía que se iba a reformar definitivamente el déficit existente en la formación MIR; sin embargo, hasta el momento, son escasas las iniciativas que se han llevado a cabo para su desarrollo. Ahora parece que se quiere abordar el tema de la troncalidad con decisión, lo que, en caso de que se haga correctamente, ha de permitir un paso adelante en la calidad de los especialistas formados.

El porqué de la troncalidad

La creación de un tronco común previo a la especialización propiamente dicha parte de la necesidad de ofrecer una formación básica a quienes después ejercerán como médicos especialistas. El sistema MIR se ha visto influido por numerosas circunstancias, como el avance del conocimiento biomédico, la complejidad progresiva de los centros sanitarios, el envejecimiento de la generación de médicos de la década de los 60-70 (muy numerosa e impulsora de la Medicina hospitalaria moderna) y, en definitiva, la tendencia a la superespecialización que ha estimulado (claramente en los centros de alta tecnología) a crear “profundos conocedores de una estrecha área de conocimiento”. Como consecuencia se ha regresado a la formación con el ingreso casi inmediato en la especialidad correspondiente sin apenas base y se han ido olvidando los principios básicos generales de la práctica clínica. Con el progreso y la atomización del conocimiento, el desarrollo profesional de un especialista se centra, casi invariablemente, en adquirir mayor experiencia en su terreno y dejar para otros especialistas los problemas que tengan sus enfermos y que sientan como ajenos a su estricta área de conocimiento. El resurgir de la Medicina Interna en los grandes hospitales de todo el mundo tiene que ver con esta nueva realidad en la que muchos especialistas (y no sólo quirúrgicos, como era clásico) optan por confiar en un clínico generalista muchos de los problemas de sus pacientes.

Se puede aducir que si la licenciatura produjera médicos generalistas bien formados nos ahorraríamos la formación básica de postgrado. No parece que las cosas vayan a ir por ahí, ya que la aproximación que se está haciendo en nuestro país a los principios de Bolonia, es cierto que mejorará, probablemente, la metodología docente, pero se va a dedicar proporcionalmente más tiempo a formar a futuros investigadores que a generar médicos generales competentes. Esto es así por una simple razón: quienes ejercen

como educadores en la universidad son, en la actualidad, quienes más han destacado en el campo de la investigación. Este hecho ha permitido despegar a nuestro país de la insuficiencia investigadora en la que estaba años atrás, pero no debe olvidarse que la primera obligación que tiene la profesión médica es la de formar médicos de base clínica.

Otra de las consecuencias negativas de la rigidez de nuestro sistema de formación médica es la distribución heterogénea de los médicos en el territorio que, junto a otros factores económicos y sociales, está llevando al déficit de determinados profesionales en unas áreas y a la concentración alrededor de los centros metropolitanos más tecnificados.

Por tanto, quienes defienden la troncalidad, como queda explicitado en la LOPS, lo justifican por la necesidad de ofrecer a los ciudadanos unos especialistas médicos que, aparte de ser expertos en un campo determinado del conocimiento, tengan una formación básica clínica que les capacite para atender a sus pacientes de forma menos parcelada, más integral y autosuficiente. Si esto se consigue se irá hacia un sistema más eficiente, ya que disminuirá el peregrinaje entre especialistas de los pacientes que, además, están envejeciendo progresivamente, con todo lo que esto conlleva. Una razón más del porqué hemos de ir hacia la troncalidad es el hecho de que ya existe la troncalidad en la formación médica de postgrado en la mayoría de países europeos como el Reino Unido, Francia, Alemania, Países Bajos, Suecia y en Estados Unidos.

Así pues, el planteamiento de la troncalidad viene motivado por varias cuestiones relacionadas con las tendencias en el conocimiento y la necesidad de hacer evolucionar los modelos actuales de atención:

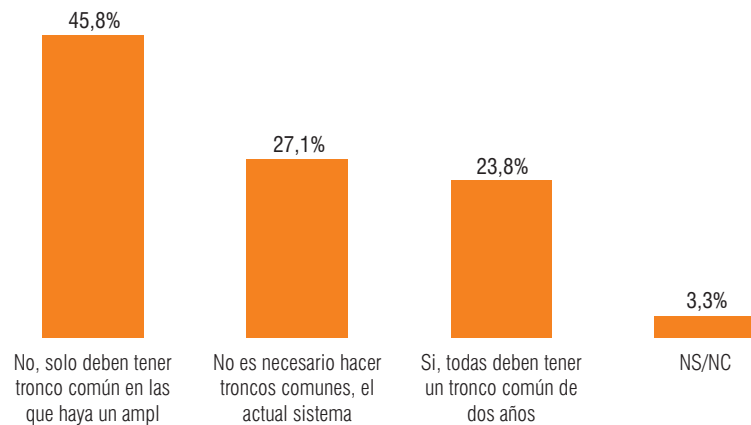
- Avance de conocimiento biomédico
- Complejidad progresiva de los centros sanitarios
- Tendencia a la superespecialización
- Los especialistas médicos tratarán a sus pacientes de forma menos parcelada, más integral.
- La troncalidad existe en otros países europeos.

El cómo de la troncalidad

La LOPS afirma que las especialidades en Ciencias de la Salud se agruparán, cuando ello proceda, atendiendo a criterios de troncalidad. Las especialidades del mismo tronco tendrán un período de formación común mínima de dos años.

El 46% de los representantes colegiales consideran que sólo deben tener tronco común aquellas para las que exista un amplio consenso; el 27% consideran que no es necesario hacer troncos comunes, piensan que el sistema actual es mejor; y el 23,8% opinan que todas las especialidades deben tener un tronco común de dos años (figura 105).

Figura 105: Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: “¿Cree necesario que todas las especialidades, cuyo mapa de competencias lo permita, estén englobadas en algún tronco común?”



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

Por lo tanto, está claro que hay que consensuar entre las partes implicadas cuando procederá hacerlo, definir con qué contenidos, determinar quién se responsabilizará del buen funcionamiento y prever de qué manera influirá la génesis del tronco en las especialidades existentes.

Una dificultad añadida a la hora de defender un modelo concreto de troncalidad en España es la incertidumbre que perdura acerca del mapa de especialidades que va a existir definitivamente o si van a desarrollarse y las áreas de capacitación específica, como también cita la LOPS. Es evidente que las expectativas, fundamentadas o no, de la creación de nuevas especialidades tienen un impacto directo en el diseño troncal.

Debe partirse de la base de que existen unos **requisitos fundamentales**, ya que sin ellos el proceso no dará los frutos esperados:

- La organización troncal se establece para ofrecer una atención de mayor calidad a los pacientes, por tanto debe anteponerse este objetivo a los intereses particulares de los colectivos.
- El contenido de cada tronco debe ser acordado por las especialidades afines y liderado por aquellas que posean un mayor contenido generalista en sus programas.

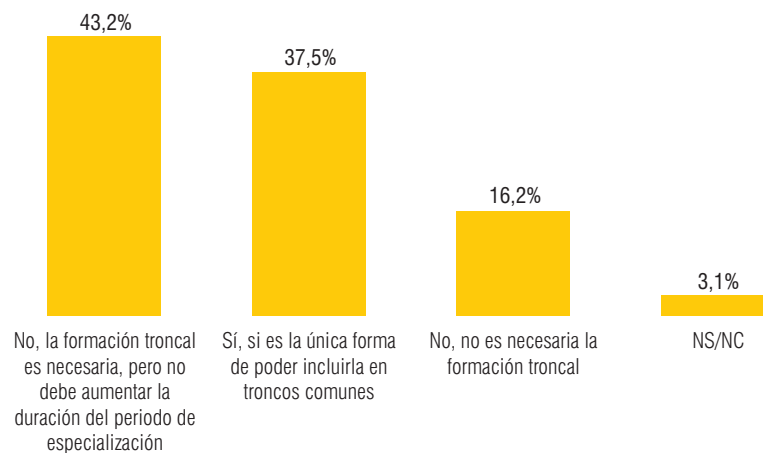
- La creación de la troncalidad no ha de ir en detrimento de la formación especializada existente, si bien puede aprovecharse la creación del tronco para actualizar los programas de especialidad existentes.
- La puesta en marcha de la formación troncal deberá ir acompañada de una modernización del sistema evaluativo tanto a la entrada como durante el proceso y al finalizar el mismo. También la LOPS contempla esta modificación.

Parece razonable que existan cinco grandes troncos de dos años de duración:

- Formación troncal en Medicina.
- Formación troncal en Cirugía.
- Formación troncal en Salud Mental.
- Formación troncal en Pediatría.
- Formación troncal en Servicios Centrales.

El 43,2% de los representantes colegiales consideran que la formación troncal es necesaria pero no debe aumentar la duración de especialización; en cambio el 37,5% considera que sí es necesario el aumento de los años de duración de la especialidad si es la única forma de poder incluirla en troncos comunes (figura 106).

Figura 106: Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: “¿Se debería aumentar los años de duración de la especialidad si es necesario para que pueda tener formación troncal?”



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

En cada uno de los troncos se deberán definir los objetivos a conseguir por los futuros especialistas. La definición del contenido de los mismos deberá ser pactada por las especialidades (sociedades científicas y comisiones nacionales de la especialidad) con mayor contenido clínico general de sus programas y expuesta posteriormente al resto de especialidades de su tronco común. Debe tenerse claro en todo momento que no se trata de crear unos contenidos sólo para los médicos especialistas en formación de sus propias especialidades, sino, además, para aquellos que van a realizar posteriormente otras especialidades médicas no troncales. La responsabilización del buen funcionamiento del programa troncal correrá a cargo de las Comisiones de Docencia de cada centro y serán los tutores de las especialidades involucradas quienes deberán velar por el seguimiento del programa y de realizar las evaluaciones pertinentes.

Una vez definido el contenido troncal se deberá analizar de qué forma impactará sobre la especialidad propiamente dicha, que empezará a partir del momento, en el que se haya superado el período tronco común.

Una posibilidad puede ser que el inicio de la experiencia podría consistir en una prueba piloto en uno de los troncos; una vez diseñado convenientemente el contenido troncal, se pasará a su desarrollo para ver qué conclusiones se sacan de la experiencia antes de centralizarla.

Si definitivamente se recupera el esquema de formación en árbol sustituyendo al actual, se habrá contribuido a crear unos especialistas acordes con las necesidades actuales, se creará un modelo de sistema de salud más flexible y facilitaremos la atención clínica a los ciudadanos.

Bases de la formación troncal

La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias recoge, en su artículo 19, la estructura general de las especialidades y del cual se presentan dos puntos que condicionan especialmente la troncalidad: *“las especialidades en Ciencias de la Salud se agruparán, cuando ello proceda, atendiendo a criterios de troncalidad. Las especialidades de un mismo tronco tendrán un periodo de formación común de una duración mínima de dos años”* y *“el Gobierno, al establecer los títulos de especialista en Ciencias de la Salud, determinará el título o títulos necesarios para acceder a cada una de las especialidades, como el tronco en el que, en su caso, se integren”*.

En este sentido, la formación troncal se establece a través de un periodo formativo común a un grupo de especialidades en Ciencias de la Salud, y se establece en base a la adquisición de competencias clínicas compartidas por todas las especialidades que forman el tronco; el tronco estará formado por dos o más especialidades y la duración mínima del periodo troncal es de dos años.

La troncalidad se basa en la necesidad de potenciar la atención integral, de calidad y con seguridad para los pacientes, a través de una labor de equipo más eficaz, con un enfoque multidisciplinar y con la confi-

guración de itinerarios formativos más flexibles, adaptados tanto para satisfacer las necesidades de desarrollo de los profesionales y su especialización progresiva, así como a las necesidades y requerimientos actuales y futuros del Sistema Nacional de Salud.

En definitiva, los objetivos de crear un sistema de formación troncal son los siguientes:

- Mejorar la competencia final de los especialistas, favoreciendo el proceso de formación especializada de forma equilibrada entre los conocimientos específicos y los comunes.
- Favorecer el aprendizaje de la resolución de los problemas desde diferentes perspectivas y desde distintos niveles asistenciales.
- Favorecer la elección informada de la especialidad.
- Favorecer la continuidad asistencial en el itinerario de cada paciente y la coordinación externa e interna en los diferentes ámbitos y equipos sanitarios.
- Favorecer la elasticidad de la oferta.
- Favorecer el desarrollo profesional.
- Favorecer una organización asistencial acorde con las nuevas técnicas y procedimientos asistenciales.

Los criterios de troncalidad se basan en que las especialidades que formen parte de un mismo tronco deben tener competencias comunes, deben beneficiarse de estancias formativas comunes y compartir áreas en las que el trabajo conjunto mejore la efectividad y eficiencia del sistema.

Contenidos competenciales

Principios generales sobre contenidos competenciales

- El médico especialista en formación (MEF) es el actor principal en el proceso de aprendizaje activo tutelado.
- La competencia se entiende como una integración holística de conocimientos, habilidades y actitudes para una actuación personal adecuada a los estándares profesionales.
- Los componentes de las competencias descritas incluyen los contenidos comunes a todas las disciplinas incluidas en el tronco.

- Son el núcleo de conocimientos, habilidades y actitudes fundamentales comunes.
- Deben permitir la orientación vocacional durante este periodo formativo y facilitar el cambio de especialidad.
- Se recomienda a las comisiones nacionales responsables de redactar el programa correspondiente a cada tronco que incorporen niveles o escalas de consecución de competencias, en relación a “conoce, sabe hacer, demuestra y hace”, y de niveles de prioridad.

Competencias genéricas comunes a todos los troncos

- Integrar los valores profesionales y la profesionalidad como dimensión de la competencia.
- Manejar el razonamiento clínico centrado en el problema y en la persona.
- Integrar la deliberación ética.
- Manejar la gestión clínica centrada en el paciente.
- Mantener y manejar los sistemas de información.
- Establecer, mantener y concluir una relación asistencial y terapéutica adecuada.
- Informar y educar según las necesidades del paciente y orientado a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- Utilizar el tiempo y los recursos adecuadamente.
- Conocer la legislación aplicable a su periodo formativo.
- Conocer la estructura y funciones del servicio de salud para el que trabaja.

El periodo formativo

Se plantean dos periodos formativos: el Formativo Troncal, en el que se adquieren las competencias comunes a todas las especialidades del tronco, y el Formativo Específico, en donde el residente se formará en las competencias propias de cada especialidad.

El periodo formativo tendrá lugar en Unidades Docentes Troncales (UDT) previamente acreditadas por el Ministerio de Sanidad. Las unidades docentes troncales son el conjunto de recursos personales y materiales pertenecientes a los dispositivos asistenciales, docentes, de investigación o de cualquier otro carácter

que sean necesarios para impartir formación troncal. Por ello, una unidad docente troncal puede estar compuesta por varios centros docentes y tendrá necesariamente una o varias unidades docentes de especialidad vinculadas.

Acceso a la formación troncal

El acceso a la formación troncal se realizará a través de una convocatoria anual de carácter nacional, en la que se detallará, por titulaciones, la oferta de plazas de formación troncal en cada unidad docente troncal, así como las plazas de especialidad vinculadas a las unidades docentes troncales, a las que podrán acceder los residentes una vez superada la formación troncal. La prueba de acceso será única para todo el Estado, diseñada y planificada por el Ministerio de Sanidad y ejecutada descentralizadamente. Consistirá en un examen test multi-respuesta que evaluará los conocimientos y las habilidades clínicas y comunicativas básicas, que debe haber adquirido en su formación de grado el aspirante a la especialización.

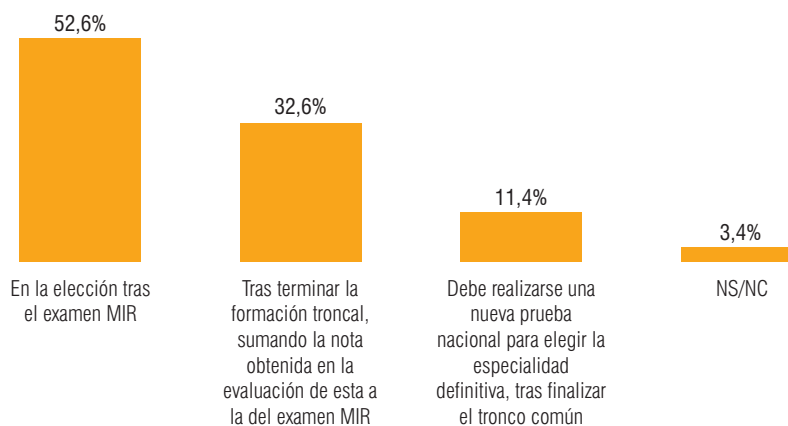
Una vez superada la prueba de acceso y en orden decreciente a la puntuación obtenida, el candidato optará por una unidad docente troncal y de acuerdo con su titulación podrá formarse en uno de los cuatro troncos actualmente definidos: médico, quirúrgico, de laboratorio y diagnóstico clínico y de imagen clínica.

La elección de la especialidad

La elección de especialidad tendrá lugar al finalizar el periodo troncal, dentro de las plazas de especialidad vinculadas a la unidad docente troncal donde haya cursado su formación troncal el residente.

En relación con el momento de elección definitiva de la especialidad, el 52,6% de los representantes colegiales consideran que debe poderse realizar tras el examen MIR y el 32,6% opina que debería elegir tras la finalización de la formación troncal, sumando la nota obtenida en la evaluación de ésta a la del examen MIR (figura 107).

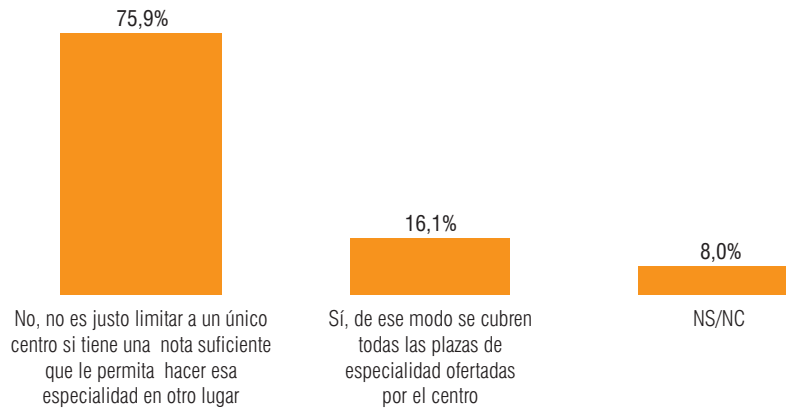
Figura 107: Opinión de la profesión médica sobre en qué momento se debe realizar la elección definitiva de la especialidad



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

Y en relación también con la elección de la especialidad, el 76% de los representantes colegiales consideran que no es justo limitarla a un único centro si se tiene una nota suficiente que le permita hacer esa especialidad en otro lugar (figura 108).

Figura 108: Opinión de la profesión médica acerca de si debe limitarse la elección de la especialidad exclusivamente a la unidad de formación troncal donde se realice el tronco



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

La troncalidad tiene fortalezas y presenta oportunidades, pero también conlleva algunos riesgos y debilidades

Uno de los objetivos que persigue el nuevo sistema de formación troncal es el de la creación de una actitud favorable hacia aspectos tales como el trabajo en equipo, la coordinación y colaboración entre niveles asistenciales y los servicios sociosanitarios, la auditoría de su propio trabajo, el mantenimiento de la competencia (actualización de conocimientos y habilidades), el mantenimiento de un sistema de información ordenado y fácilmente utilizable por sus compañeros, la investigación clínica, el manejo de las herramientas informáticas y el manejo del inglés médico.

Durante el II Congreso de la Profesión Médica, el Presidente del Consejo Nacional Especialidades en Ciencias de la Salud, Alfonso Moreno, presentó las fortalezas de la troncalidad con sus agrupaciones, las amenazas y debilidades, y las oportunidades que presenta este nuevo sistema, que quedan recogidas en la figura 109.

Figura 109: Análisis DAFO de la troncalidad

Fortalezas	
<ul style="list-style-type: none"> • Diversificar la formación, ampliarla y favorecer el aprendizaje de la resolución de los problemas desde diferentes perspectivas • Mejorar la continuidad de la atención y la coordinación externa e interna en los diferentes ámbitos sanitarios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede favorecer la elección informada de especialidad. • Mejorar las perspectivas del desarrollo profesional • Favorecer la coalición y el trabajo en equipo y no la competitividad • Proporcionar una formación más orientada a la atención al paciente que a la enfermedad
Amenazas y Debilidades	
<ul style="list-style-type: none"> • Resistencia al cambio • Mapas competenciales heterogéneos • No todas las especialidades son susceptibles de ser agrupadas en troncos • La delimitación clásica de especialidades médicas, médico-quirúrgicas y procedimentales no es un criterio suficiente de agrupación • Orientación medicalizada 	<ul style="list-style-type: none"> • Carencia de evaluaciones previas • Complejidad organizativa • Complejidad de los procesos de acreditación • Compartimentos estancos de la formación • Prolongación de tiempos no siempre determinados por incremento de competencias y/o progreso científico-tecnológico
Oportunidades	
<ul style="list-style-type: none"> • Favorece la multidisciplinariedad • Favorece la adaptación del especialista a diferentes entornos asistenciales y sociales y al conocimiento científico-técnico. • Flexibiliza el sistema formativo 	

Fuente: II Congreso de la Profesión Médica. Ponencia de Alonso Moreno González, Presidente del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud.

La visión de distintas organizaciones

La troncalidad de la formación MIR es objeto de debate por parte de las principales organizaciones implicadas. Así, los diferentes colectivos del sector han estudiado en detalle las propuestas de la troncalidad y han expuesto diferentes consideraciones al respecto.

La OMC y la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME) reivindicaron la revisión del tronco tras una reunión con diversas especialidades. Las consideraciones que surgieron de dicha reunión se recogen en la figura 110.

Figura 110: Consideraciones de la OMC y FACME tras la reunión con diversas especialidades para la reivindicación de la revisión del tronco

REUNION ESPECIALIDADES QUE REIVINDICARON REVISION DE TRONCO (OMC-FACME)
Consideraciones

- Resaltan la **importancia del MIR**.
- La misión es **garantizar una correcta formación de especialistas**.
- No se oponen a la troncalidad, pero siempre que la **formación no sea inferior a 4 años**, ya que es imposible desarrollar en 2 años el programa establecido por las Comisiones Nacionales.
- Si el MIR elige al final del segundo año troncalidad, el **acceso a una plaza** dependerá exclusivamente del grupo de residentes que han realizado el tronco en ese hospital.
- No hay constancia de que el grupo Técnico de Troncalidad haya consultado con ningún representante de las Comisiones Nacionales.
- Parece que el Grupo Técnico de Troncalidad no ha consultado los programas publicados en el B.O.E.
- Se velará por la **calidad formativa del sistema, competitividad, eficacia y repercusión social**.
- En el informe del Grupo Técnico de la Troncalidad, **no se especifican las competencias** que se adquieren en el tronco común, no pudiendo valorar el beneficio.
- Se propone **incorporar especialidades** con patologías médicas y quirúrgicas.

Fuente: II Congreso de la Profesión Médica. Ponencia de Avelino Ferrero, Presidente de FACME

FACME está a favor de la troncalidad pero con matices, considerando que necesitará una fuerte inversión económica, que nos prosperará si es a espaldas de los profesionales, que su viabilidad es difícil si no aumenta la duración de la formación MIR en algunas especialidades e incluso ve el plazo 2011 como inviable para poner en marcha este proyecto.

Por su parte, el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM) consideran que aporta ventajas a la mejora de la formación global del especialista, favorece la elección informada de especialistas y la realización de una segunda especialidad; los inconvenientes que detectan son las competencias heterogéneas en especialidades médicas y la ruptura del buen sistema formativo actual. Son varias las preocupaciones de CEEM, recogidas en la figura 111:

Figura 111: Las preocupaciones de CEEM respecto a la troncalidad

Consideraciones de CEEM
<ul style="list-style-type: none"> ▪ En el sistema de acceso: la nota para el acceso MIR les dará número de orden para elegir tronco y unidad docente. ▪ La valoración será continua. ▪ Gran preocupación por el segundo examen. ▪ La organización de los troncos será por las Comisiones Nacionales. ▪ Al terminar la residencia, se permitirá valorar otra especialidad del mismo tronco, sin repetir periodo de formación. ▪ El sistema de valoración continua, será común a todos los centros. ▪ Reducir el peso del expediente. ▪ Que sea la calidad global, no las plazas, lo que condicione la implantación del nuevo modelo. ▪ Las estancias para la formación serán distribuidas por los tutores, bajo supervisión de un órgano exterior.

Fuente: II Congreso de la Profesión Médica. Ponencia de Avelino Ferrero, Presidente de FACME

A la vista de las cuestiones que actualmente preocupan a los médicos, a los estudiantes, a las sociedades científicas y organizaciones que representan a todos ellos y a las especialidades, es necesario crear un marco de trabajo conjunto para la definición del modelo de troncalidad más adecuado, que asegure la calidad de la formación futura a los médicos especialistas. Para asegurar que el modelo garantiza el “continuum educativo” y la más alta calidad de la formación, es necesario contar con las diversas opiniones y argumentos en la revisión del modelo inicialmente planteado. Aún no hay nada definitivo, por lo que estamos en un momento idóneo para realizar los planteamientos necesarios.

Propuestas estratégicas

1. **Promover el trabajo conjunto con la Administración Sanitaria y de Educación, Especialidades, Sociedades Científicas, CEEM y OMC para adecuar la troncalidad a la calidad exigible en la formación MIR**
 - 1.1. Elaborar una propuesta alternativa al informe del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, con la colaboración de las especialidades y las sociedades científicas.
 - 1.2. Proponer un modelo de trabajo integrado con la Administración para asegurar un diseño adecuado del modelo, así como el desarrollo posterior del mismo hasta su implantación.



16

Colegiación obligatoria: una necesidad social

Necesidad de la autorregulación y el control universal obligatorio de la profesión médica

El médico que precisa y demanda la sociedad es un profesional con carácter vocacional que realiza tareas complejas de difícil normalización y estandarización, quien a la vez cumple con obligaciones que sobrepasan lo legalmente establecido. La elevada cualificación que el paciente espera del médico no siempre es reconocida por el empleador, sea público o privado, y la historia ha mostrado que la autoridad sanitaria no siempre puede ofrecer una garantía absoluta a la hora de definir la calidad asistencial que debe supervisar.

Aún asumiendo la imperfección de cualquier solución, se puede ofrecer una argumentación pública y transparente capaz de fundamentar la necesidad de la autorregulación profesional basada en un contrato social.

El principal valor que ofrece el profesionalismo médico es la excelencia profesional. Así se relacionan mutuamente momentos distintos continuos y complementarios del quehacer médico: un momento científico-técnico, otro político-social, otro socioeconómico y otro psicoético.

La auténtica medicina no se puede entender sin generar confianza en la relación clínica, lo cual se vincula a un alto sentido del deber y una actitud de alerta permanente para, en caso de necesidad, responder con altas dosis de capacidad de sacrificio y de altruismo.

Esto supone desarrollar una fuerte carga de responsabilidad y de actitudes personales impregnadas de ética ante la vida, la muerte y el sufrimiento del ser humano en el ecosistema donde vive, lo cual va más allá de cualquier compromiso académico, técnico, administrativo o laboral. Son condiciones imposibles de concretar en el contrato social.

Por otro lado, la profesión médica acumula actualmente elevadas cotas de conocimiento experto y de tecnificación, con una actividad de alto coste y con un dinamismo difícil de encontrar en otros campos. Esto inevitablemente se traduce en un marcado protagonismo en la gestión de importantes recursos, que en el ámbito del Sistema Nacional de Salud implican presupuestos con gran significado político. Todo ello coloca a la profesión médica en una posición de gran visibilidad social que no puede ofrecer dudas sobre su vocación de servicio, con independencia de criterio frente a intereses particulares o ideológicos ajenos a las necesidades del ciudadano.

La tensión de la profesión médica con la autoridad sanitaria y gubernativa debe ser valorada positivamente como el resultado de un esfuerzo mutuo al servicio del interés social. Ambas partes trabajan con lógicas y racionalidades distintas pero complementarias y necesarias, por lo cual ninguna debe ahogar ni suplantar a la otra.

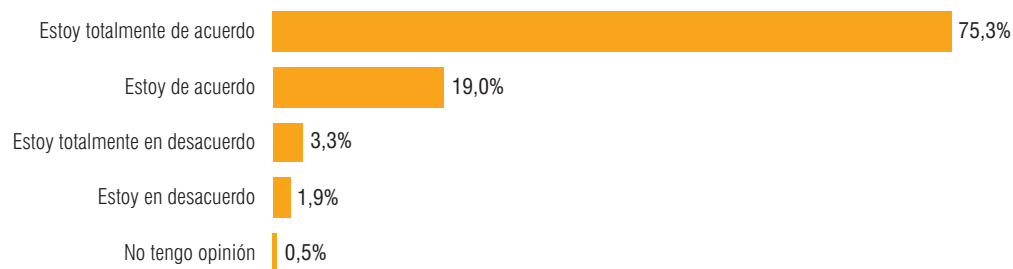
La OMC es la corporación de derecho público con la que se responde a la necesidad de autorregulación, (que mejor se podría denominar como co-regulación de la profesión médica, al compartir la misma con el poder que otorga el Estado a sus administraciones). Su poder institucional se transmite con la representación profesional tanto a nivel nacional como internacional. Como consecuencia la OMC se configura como "un espacio ético y democrático de libertades profesionales y directivas de los médicos dedicado especialmente a la regulación del ejercicio profesional". Un instrumento social que se estructura para crear inteligencia ética y profesional al mejor servicio del paciente y de la comunidad, desde la autonomía y la independencia. Este es el espacio que hemos sido capaces de construir hasta hoy y que podemos seguir perfeccionando en el futuro, por el bien de la atención sanitaria de la sociedad.

La colegiación obligatoria ofrece ventajas e inconvenientes que a su vez generan un legítimo debate, pero la repuesta final que defendemos contempla un saldo positivo al servicio de la sociedad. Las ventajas de la colegiación tienen su máximo exponente en la autoexigencia a la que el que el médico se compromete en el ejercicio profesional, más allá de lo que demanda el ordenamiento legal, lo cual supone un beneficio social incuestionable. Esto requiere a su vez un compromiso institucional de los Colegios en la promoción y en la vigilancia de los valores y prescripciones que establece el Código de Ética y Deontología. Desde la perspectiva de la autoridad sanitaria es de enorme trascendencia la interlocución que representa la corporación médica en el ámbito estatal y autonómico, en los diferentes ámbitos donde la fragmentación supondría un riesgo para la sociedad: regulación del ejercicio de la profesión y de su desarrollo, transmisión de mensajes sanitarios, etc.

Una de las críticas a la colegiación obligatoria más frecuentes es que los colegios se convierten en un espacio de privilegios para los profesionales, donde los médicos son juez y parte cuando se denuncia una conducta contraria a la deontología médica, lo cual significaría una debilitación de las garantías públicas de los pacientes en su derecho a una asistencia médica de calidad.

El 94% de los representantes colegiales están de acuerdo en que la colegiación obligatoria significa una protección para la sociedad más que un privilegio para los médicos (figura 112).

Figura 112: Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: “La colegiación obligatoria significa una protección para la sociedad más que un privilegio para los médicos”



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

La extraordinaria importancia de los valores sociales que salvaguarda la autorregulación y el control profesional que deben desarrollar los colegios profesionales, exige que sea obligatorio y de aplicación universal, pues de no ser así, estos valores no podrían garantizarse para todos.

La Constitución Española, en su Artículo 36, impone a los Colegios profesionales el mandato de dotarse de una estructura interna y de un funcionamiento democrático, cuyos resultados otorga a sus directivos libertades específicas, que son instrumento imprescindible para el responsable desempeño del cargo. Así libertad de expresión, de iniciativa, de reunión, de información, todas ellas protegidas por lo que podríamos llamar inmunidad directiva⁵⁶. Los órganos reguladores del ejercicio médico deben de constituir una estructura autónoma e independiente, para custodiar el registro de profesionales, establecer los criterios éticos y técnicos que permitan la evaluación profesional de sus miembros y disciplinar su desempeño. Deben ser elegidos organizada y democráticamente por toda la profesión.

56. Al directivo se le faculta, por ejemplo, a expresar con entera libertad sus opiniones en las materias que conciernen a la esfera de la representación colegial; a promover acciones en defensa de los intereses y derechos colegiales; a reunirse con los otros directivos para deliberar, acordar y gestionar asuntos colegiales; a obtener de los órganos colegiales competentes la información, el asesoramiento y la cooperación necesarios en las tareas de su cargo.

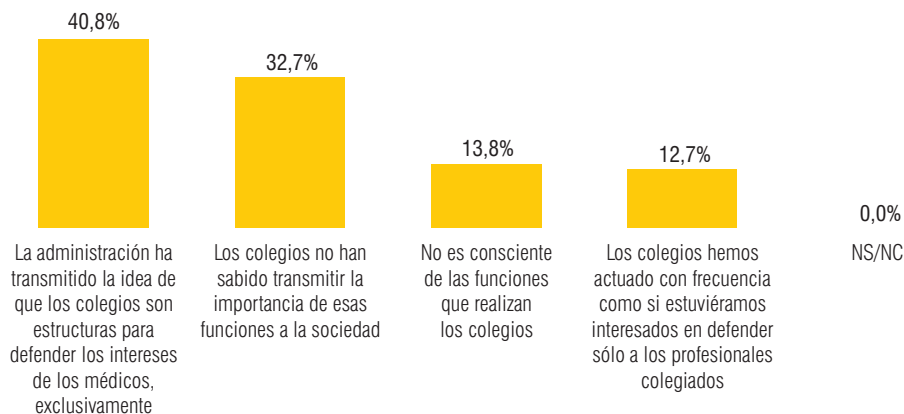
La imagen de los Colegios ante la sociedad y ante los médicos

La Colegiación obligatoria debe ser entendida como un bien social, constituyendo un beneficio no para los médicos (que también) sino para los ciudadanos; y existe una profunda ignorancia sobre su significado como mandato constitucional y del legislador. La única fórmula para garantizar la buena práctica profesional es la universalización de su control, si no involucra a todos los ejercientes, no hay control. Los “colegios profesionales” se diferencian de las “asociaciones” y de los “sindicatos”, ya que la incorporación a éstos es libre y a los colegios no. Ello tiene su proyección en la Constitución, ya que el asociacionismo (art.22) y el sindicalismo (art.28) está en la sección de derechos y libertades, mientras que los Colegios (art.36) están en la sección de derechos y deberes, como un correlativo deber a la libertad de elección de ciertas profesiones (art.35) debido a su trascendencia.

El contrato social está presente en la misión y visión de los Colegios de médicos pero existe incertidumbre sobre las entidades colegiales médicas, ya que ni la propia sociedad ni, incluso, muchos médicos se dan cuenta de la labor que realizan los Colegios de Médicos. La realidad es que existe una imagen precaria de los Colegios de Médicos y hay representantes colegiales que consideran la deontología como la reliquia del pasado y la colegiación obligatoria como algo obsoleto.

Los representantes colegiales consideran que si la sociedad no se preocupa por el planteamiento de suprimir la colegiación obligatoria de los médicos es, en opinión de un 41%, porque la administración ha transmitido la idea de que los colegios son estructuras para defender los intereses de los médicos exclusivamente, mientras que casi un 33%% considera que se debe a que los colegios no han sabido transmitir la importancia de esas funciones a la sociedad (figura 113).

Figura 113: Opinión de la profesión médica sobre cuál la causa por la que la sociedad no se preocupa por el planteamiento de quitar la colegiación obligatoria de los médicos

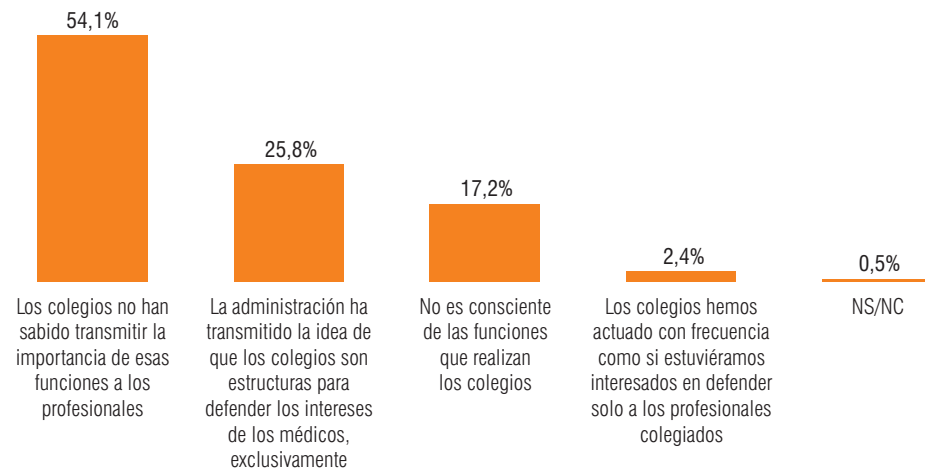


Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

En el II Congreso de la Profesión Médica se planteó el reto de la necesidad de una mayor inversión en capital intelectual para convencer a los colegiados de que hay mucho en juego en el modo de ejercer y disfrutar de una profesión que debe entenderse como un servicio a los demás. Por lo tanto, se debe trabajar desde todas las partes para aumentar el atractivo de la colegiación del médico.

El 54% de los representantes colegiales consideran que si los médicos no se preocupan suficientemente por el planteamiento de suprimir la colegiación obligatoria es porque los colegios no han sabido transmitir la importancia de sus funciones a los profesionales (figura 114).

Figura 114: Opinión de la profesión médica sobre cuál es la causa por la que los médicos no se preocupan suficientemente por que se plantee quitar la colegiación obligatoria de los médicos



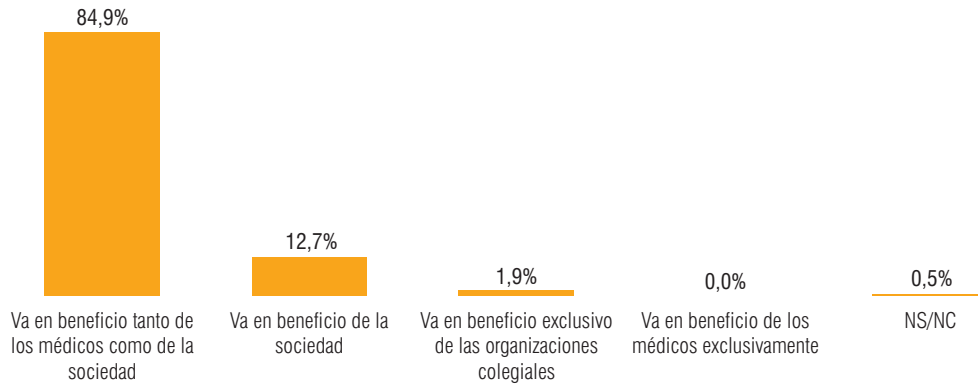
Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

La figura de los colegios médicos constituye una ventaja para los médicos y ciudadanos pero hay que convencer de esta situación facilitando fundamentos lógicos basados en que la Medicina es una profesión de servicio al ciudadano y que la profesión es de tipo vocacional y debe anteponer el servicio a los propios intereses.

En este sentido, se plantea la necesidad de redefinir el concepto de colegiación como defensa del profesionalismo médico y como un compromiso de calidad ética y de contrato social.

El 85% de los representantes colegiales consideran que la colegiación obligatoria va en beneficio, tanto de los médicos como de la sociedad (figura 115).

Figura 115: Opinión de la profesión médica sobre de quién va en beneficio la colegiación obligatoria de los médicos



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

Colegiación Obligatoria vs. Voluntaria: Ley Ómnibus

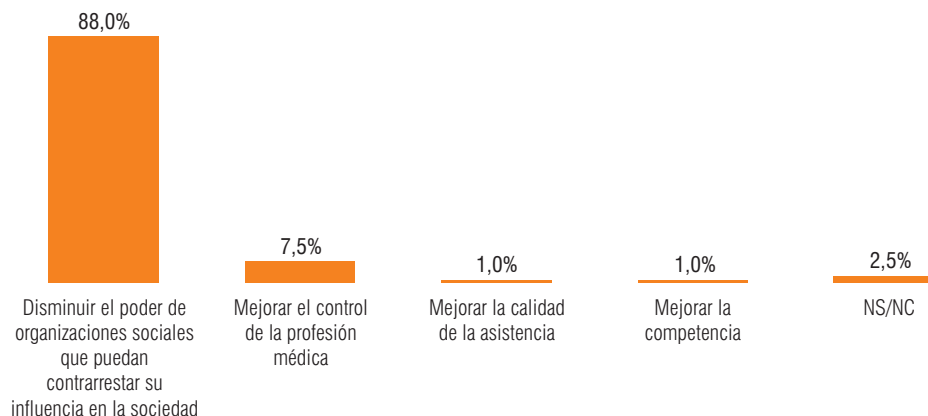
Con la Ley Ómnibus⁵⁷, el Gobierno español tomará próximamente una decisión sobre la colegiación obligatoria. Si tomara la decisión de la colegiación voluntaria podría suponer, en ese supuesto escenario, la anulación de los Colegios profesionales no cuestionados en la Europa de los 27.

Ante la situación de que los Colegios Médicos no limitan la competencia entre los profesionales, el 88% de los representantes colegiales opinan que el objetivo de la Administración al plantear la colegiación voluntaria en España tras la aprobación de la Ley Ómnibus es para disminuir el poder de organizaciones sociales que puedan contrarrestar su influencia en la sociedad (figura 116).

En este sentido, la Ministra Trinidad Jiménez, durante su intervención en el II Congreso de la Profesión Médica, se ha comprometido a defender la colegiación obligatoria para los médicos, aunque matizando que no depende de ella.

57. Con fecha 27 de diciembre de 2009, ha entrado en vigor la Ley 25/2009, de 22 de diciembre, de modificación de diversas leyes para su adaptación a la Ley sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio (Ley Ómnibus).

Figura 116: Opinión de la profesión médica sobre cuál es el objetivo de la administración al plantear la colegiación voluntaria en nuestro país tras la aprobación de la Ley Ómnibus



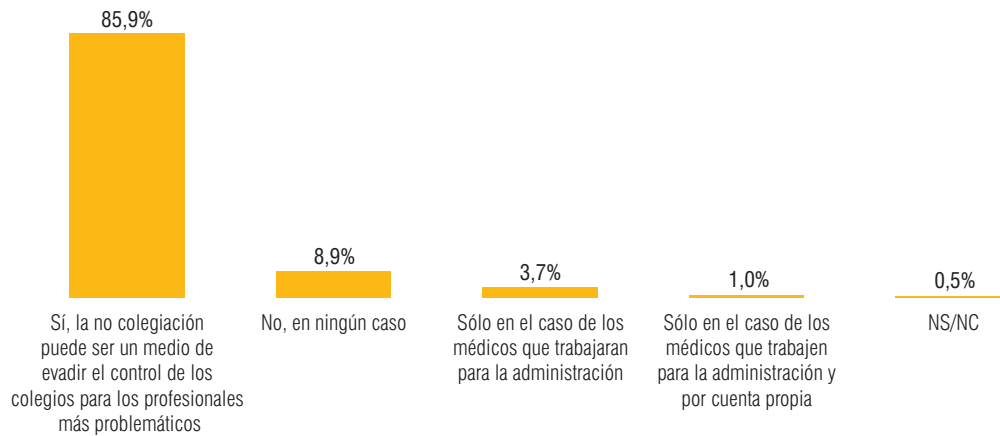
Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

En comunidades autónomas donde no hay colegiación obligatoria como en Extremadura, Andalucía, Canarias o Asturias, los profesionales médicos se siguen colegiando. Pero la realidad de la colegiación voluntaria es que presenta una amenaza como la de facilitar la redes de gente con títulos de medicina falsos; en defensa de este tipo de casos, una de las funciones más importantes de los Colegios es velar porque todo aquel que trabaja en medicina esté homologado y cumpla los requisitos necesarios que exige la Ley para ejercer la profesión⁵⁸.

En relación con la posibilidad de que la colegiación voluntaria pueda llegar a restringir la capacidad de los colegios de médicos para regular la profesión, el 86% de los representantes colegiales opina que sí se restringirá, ya que la no colegiación puede ser un medio de evitar el control de los colegios para los profesionales más problemáticos (figura 117).

58. Entrevista a Francisco Parra, presidente del Colegio de Médicos de Albacete, 16 de noviembre de 2009. La Tribuna de Albacete. www.latribunadealbacete.es. (Consultado el día 18 de mayo de 2010)

Figura 117: Opinión de la profesión médica sobre la posibilidad de que la colegiación voluntaria restrinja la capacidad de los colegios para regular la profesión

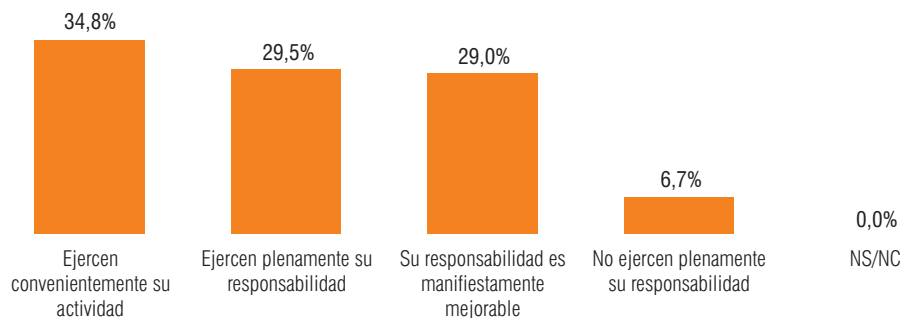


Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

Una de las diferencias entre colegiación obligatoria y voluntaria es la regulación o no de la actividad médica. Todo lo que se sitúa más allá de la Ley queda confinado a la ética personal que exige un conjunto de deberes en la profesión y, en este sentido, la sociedad demanda una exigencia superior. Por ello, la deontología médica, lejos de ser un privilegio para los médicos es un bien social. Si la colegiación deja de ser obligatoria, cambiaría sustancialmente la naturaleza de los Colegios; los Colegios dejarían de tener como fin el bien social para pasar a tener como prioridad el bien de los profesionales que representa.

Respecto a si los Colegios de Médicos están ejerciendo adecuadamente su responsabilidad en la vigilancia deontológica, que es inherente a la función social vinculada a la colegiación obligatoria, los representantes colegiales tiene diferentes opiniones: casi el 35% consideran que los Colegios ejercen convenientemente su actividad, el 29% consideran que ejercen plenamente su responsabilidad y otro 29% opinan que su responsabilidad es manifiestamente mejorable (figura 118).

Figura 118: Opinión de la profesión médica sobre si los Colegios de Médicos están ejerciendo adecuadamente su responsabilidad en la vigilancia deontológica que es inherente a la función social vinculada a la Colegiación obligatoria



Fuente: Resultados de las votaciones realizadas en el II Congreso de la Profesión Médica

En el ámbito internacional, existe el reflejo en las organizaciones colegiales de las dos posturas sobre la colegiación obligatoria o voluntaria. Las organizaciones colegiales que destacan por la asociación o afiliación voluntaria son el British Medical Association⁵⁹ (Reino Unido), Danish Medical Association⁶⁰ (Dinamarca), American Medical Association⁶¹ (Estados Unidos) o Canadian Medical Association⁶² (Canadá); en la posición contraria destaca la German Medical Association⁶³ que impone la afiliación obligatoria de su asociación médica local,

NOTA: Se incorpora como referentes de obligatoriedad la referencia Francia, Italia y Portugal o se deja solo a los Británicos como ejemplo

59. British Medical Association. www.bma.org.uk. (Consultado el día 18 de mayo de 2010)

60. Danish Medical Association. www.laeger.dk. (Consultado el día 18 de mayo de 2010)

61. American Medical Association. www.ama-assn.org. (Consultado el día 18 de mayo de 2010)

62. Canadian Medical Association. www.cma.ca. (Consultado el día 18 de mayo de 2010)

63. German Medical Association. www.bundesaerztekammer.de. (Consultado el día 18 de mayo de 2010)

Propuestas estratégicas

1. Demostrar que la colegiación es necesaria tanto para la sociedad como para los médicos

1.1. Elaborar un informe en el que se exponga tanto las fortalezas de una colegiación obligatoria como las amenazas de una colegiación voluntaria

- >. Crear mesas de trabajo con los representantes de los colegios de médicos, sociedades científicas y miembros de las administraciones sanitarias.
- >. Dar a conocer el informe a líderes de opinión.

1.2. Realizar una campaña informativa sobre las funciones que llevan a cabo los Colegios de Médicos tanto para los representantes colegiales como para la sociedad.

- >. Creación de foros profesionales en los que se expongan los beneficios que ofrecen los Colegios de Médicos.
- >. Acciones de relaciones públicas para introducir en los medios de comunicación y a través de líderes de opinión la importancia de la colegiación obligatoria.

2. Transmitir a las nuevas generaciones de médicos sobre la importancia del código deontológico y, por lo tanto, de la colegiación

2.1. Promover mecanismos para acercar la deontología médica a los programas de formación universitaria.

2.2. Dar un rango más académico y científico al código deontológico

2.3. Promover a los formadores médicos que transmitan las funciones que llevan a cabo los Colegios de Médicos en beneficio de la sociedad y de los médicos.

3. Establecer como obligatorio el registro de médicos y la certificación médica

3.1. Realizar una encuesta en el ámbito de la profesión médica para conocer la opinión de los médicos sobre la obligatoriedad del registro y certificación médica.

3.2. Crear un comité con representantes de los profesionales médicos, Colegios de Médicos y sindicatos, en el que se proponga la obligatoriedad del registro de médicos y la certificación médica.

Declaración
final

del **II Congreso** de la **Profesión Médica**



OMC

Conclusiones Finales

En la clausura del II Congreso de la Profesión Médica se han hecho públicas las principales conclusiones de este encuentro de representantes elegidos democráticamente por la profesión médica. En el mismo se ha velado porque todas las opiniones de los médicos colegiados estuviesen recogidas para dar a conocer la opinión mayoritaria de los médicos de nuestro país.

Juan José Rodríguez Sendín, presidente del COM, ha destacado los compromisos y obligaciones que se derivan para todos aquellos que resultan elegidos para representar a la profesión tras un proceso democrático y recordó que *“el proceso electoral a que nos sometemos es un proceso mágico por el cual a un colegiado normal se le inviste para cuatro años con cierto tipo de deberes y obligaciones. Este tipo de obligaciones –continuó- permite y obliga a su vez a que ese dirigente sirva con compromiso y entusiasmo los valores que hemos defendido aquí”*.

Por ello, en sus palabra finales, el presidente de la OMC apeló a *“velar porque todas las opiniones de nuestros colegiados sean siempre recogidas democráticamente, y que independientemente de que haya controversias en temas que pueden ser vividos con apasionamiento ”cualquier opinión que se ponga de manifiesto de forma correcta y ética, deberá ser siempre tomada en cuenta”*.

Declaración

Nuestra organización se siente orgullosa de los mecanismos de protección social instaurados hasta ahora por la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias, pero quiere avanzar con los tiempos y actualizar sus ayudas a las diferentes necesidades manifestadas por los diferentes grupos etarios que componen sus beneficiarios.

Todas las aportaciones que contribuyan al buen gobierno de nuestro SNS tienen un gran potencial de mejora de la sanidad a todos los niveles. La mayor profesionalización de los cargos de gestión sanitaria es una necesidad ineludible.

En España, la demografía médica se aborda como un problema primario, sin embargo se trata de un problema complejo, selectivo para ciertas plazas y ubicaciones, específico para algunas especialidades y secundario a un buen número de causas y problemas sin resolver, entre los que destaca la poca información sobre recursos humanos y en especial de la falta de un registro nacional de médicos.

El modelo retributivo actual condiciona el ejercicio profesional y conlleva la segmentación progresiva del ejercicio médico, anulando los estímulos para la cooperación interprofesional o la coordinación entre niveles asistenciales. Es necesario dotar de autonomía de gestión a los profesionales sanitarios y sus incentivos deben priorizarse sobre el desempeño de la profesión.

La profesión médica no siempre ha sabido reaccionar ante la fascinación tecnológica y la hiperespecialización, y el sistema sanitario tampoco ha sido capaz de cambiar los procesos de atención ante el nuevo tipo de enfermo pluripatológico y frágil.

La competencia profesional de los médicos debe tener actualización permanente para mantener y mejorar la calidad de la atención médica que presta, acreditada por la OMC mediante la validación periódica de la colegiación. Todo ello otorga al paciente plena garantía de un acto médico adecuado y de confianza.

La defensa de la vida y la lucha contra el dolor, el sufrimiento, la ansiedad y el miedo, son principios irrenunciables de la profesión médica. Los esfuerzos deben dirigirse a cuidar los intereses de los pacientes por encima de las fuerzas del mercado, las presiones sociales y las exigencias políticas o administrativas.

Desde la profesión médica hemos vuelto a definir y actualizar nuestro compromiso con la sociedad, situando el interés del enfermo y de la salud por delante del interés médico, lo que exige un ejercicio profesional competente e íntegro, dirigido a educar e informar la sociedad en temas de salud. Para mantener y hacer este compromiso efectivo es imprescindible la colegiación obligatoria.

Los principios éticos deben traducirse en conductas adecuadas a las normas deontológicas. El ejercicio médico, en consecuencia, deberá ser modificado por el abordaje ético que requieren las nuevas prestaciones (asistenciales, técnicas y tecnológicas) que actúan sobre la naturaleza humana, pero especialmente por la búsqueda de la mayor eficacia, de la mejor relación seguridad/riesgo y del mayor beneficio de las actuaciones médicas, adecuando aquellos aspectos de los que se deriven confrontaciones entre los diferentes principios y valores de la sociedad y de los médicos.

Desde el liderazgo de las profesiones sanitarias, la profesión médica cree necesario avanzar hacia un nuevo marco de armonización de competencias. La necesaria relación entre la profesión médica y las otras profesiones sanitarias sólo puede ser establecida en términos de leal y respetuosa colaboración, pero también con una firme y rotunda defensa de las competencias profesionales ajustadas a Ley.

La necesaria troncalidad de la formación MIR, con las debidas modificaciones sugeridas desde algunas especialidades y desde el Foro de la Profesión Médica debería implementarse lo antes posible.

La seguridad de los pacientes se ha convertido en un objetivo prioritario en las políticas de calidad de los sistemas sanitarios y es un factor esencial que ha de integrarse en el proceso asistencial.

La información sanitaria y el resto de actividades preventivas se rigen por los valores esenciales de la medicina. Nuestro compromiso es con una ética de la prevención y de la responsabilidad de las informaciones y las medidas que se adoptan en cada momento, por el bien de los ciudadanos y la sociedad en su conjunto.



Resumen Ejecutivo

de **propuestas** estratégicas

OMC



Nuevos modelos de protección social para médicos

1. **Elaborar un Plan Estratégico de Gestión Interna de la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias**
 - 1.1. Realizar un análisis y diagnóstico de la situación actual e identificar oportunidades de desarrollo de la Fundación desde las perspectivas prioritarias de la gestión interna.
 - 1.2. Definir la estrategia de la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias.
2. **Efectuar un análisis y puesta en marcha de nuevos modelos de gestión colegial de las prestaciones sociales y su relación con la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias**
 - 2.1. Análisis y puesta en marcha del nuevo modelo de gestión colegial de las prestaciones sociales.
 - 2.2. Normalizar el modelo de relación entre la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias y los colegios provinciales.
3. **Liderar el desarrollo de sistemas de financiación, ahorro y protección social a través de negociaciones con terceros**
 - 3.1. Explorar y desarrollar negociaciones con aquellos productos y servicios que puedan resultar de interés para los colegiados y para los que el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos puede obtener condiciones ventajosas.
 - 3.2. Desarrollar en la Web de la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias un espacio al que el colegiado pueda acceder para informarse de las ventajas que ofrecen determinados productos y servicios.

Criterios para el buen gobierno de centros e instituciones sanitarias

1. **Diseñar y promover un modelo de buen gobierno de la sanidad a partir del Decálogo de 2005**
 - 1.1. Constitución de un Comité de la profesión médica para desarrollar en profundidad los puntos del Decálogo de 2005.
 - 1.2. Elaboración de publicaciones, propuestas y recomendaciones para el desarrollo de los puntos del Decálogo de 2005.
2. **Crear una estrategia institucional de la profesión médica para introducir los instrumentos de buen gobierno en las instituciones sanitarias**
 - 2.1. Promover desde la Organización Médica Colegial la suscripción de un pacto político de buen gobierno en sanidad, con el Ministerio de Sanidad y Política Social y con las Comunidades Autónomas.
 - 2.2. Fortalecer el liderazgo de la Organización Médica Colegial para hacer posible la aplicación de los valores del buen gobierno y del profesionalismo médico.
 - 2.3. Lanzar una campaña de explicación a la sociedad, sindicatos, partidos políticos e instituciones de cuál es la situación actual del gobierno de nuestras instituciones y centros sanitarios públicos.
3. **Desarrollar un área de formación estable en habilidades directivas, gestión clínica y bioética**
 - 3.1. Diseñar un modelo y programa de formación con propuesta de contenidos para futuros líderes directivos y clínicos.
 - 3.2. Crear, desde la Organización Médica Colegial, espacios de formación.

La responsabilidad profesional del médico

- 1. Influir y estar presente en la conformación del derecho sanitario**
 - 1.1. Analizar la normativa actual y realizar propuestas de desarrollo.
 - 1.2. Incidir en que exista una valoración de la conducta exigible al facultativo en función de la situación del paciente y del resultado dentro del criterio de causalidad.
- 2. Promover la concienciación y el conocimiento de los representantes colegiales de las implicaciones de la Ley de Autonomía del Paciente**
- 3. Impulsar la negociación con el sector asegurador de coberturas que permitan garantizar una protección integral frente a las reclamaciones por responsabilidad médica**
 - 3.1. Analizar las coberturas actuales e identificar necesidades de mejora en las mismas.
 - 3.2. Desarrollar un encuentro con la Dirección General de Seguros, para exponer la situación y acordar actuaciones para mejorar cobertura del seguro.
 - 3.3. Desarrollar contactos con las principales compañías aseguradoras, que permita identificar las posibilidades y premisas necesarias para poder ampliar o mejorar las coberturas actuales.
 - 3.4. Influir en los distintos agentes implicados en la suscripción de seguros de responsabilidad médica para iniciar negociaciones en este ámbito con las entidades aseguradoras.

Demografía médica en España. Análisis y necesidades

- 1. Promover la creación de un registro permanente y actualizado de especialistas médicos y su distribución geográfica, como herramienta para mejorar la gestión de los Recursos Humanos**
 - 1.1. Desarrollar acuerdos con los Colegios de Médicos, y autoridades sanitarias (Ministerio de Sanidad y Política Social) para el desarrollo de un registro único a nivel nacional.
 - 1.2. Proponer los procedimientos que permitan la actualización permanente del registro.
 - 1.3. Proponer el desarrollo normativo correspondiente.
- 2. Realizar propuestas de planificación de las necesidades de médicos para paliar los déficit de especialistas en determinadas zonas geográficas**
 - 2.1. Analizar, junto con los Colegios de Médicos y autoridades sanitarias locales, la situación real de las necesidades de médicos, identificando las posibles amenazas a corto, medio y largo plazo y buscando soluciones.
 - 2.2. Crear foros y comités en los que estén representados los Colegios Médicos, la Administración, universidades, sindicatos y asociaciones científicas, a nivel autonómico y nacional.
- 3. Promover el desarrollo regulatorio que modifique el sistema actual de evaluación de los médicos extracomunitarios y garantice el acceso a la formación especializada en condiciones de igualdad y calidad de la formación**
 - 3.1. Analizar los procesos de homologación para plantear mejoras para garantizar la calidad de la formación.
 - 3.2. Crear un procedimiento evaluativo en base a la prueba de habilidades teóricas y prácticas de los médicos extracomunitarios.
 - 3.3. Promover la creación de un sistema de seguimiento de la actividad y calidad asistencial de los médicos extracomunitarios en los centros sanitarios.

Modelo retributivo en el ejercicio profesional

1. **Promover un cambio en el modelo retributivo actual de los representantes colegiales del sistema sanitario público**
 - 1.1. Realizar un estudio de análisis del actual modelo retributivo e identificar las posibilidades de evolución.
 - 1.2. Diseñar un modelo de retribución variable.
 - 1.3. Establecer canales de diálogo con los grupos de interés para promover la adopción del modelo definido.
2. **Liderar mejoras retributivas en el ámbito de aseguramiento privado**
 - 2.1. Desarrollar encuentros con el área del mutualismo sanitario administrativo de Unespa, para valorar alternativas de colaboración para la mejora del modelo de financiación del mutualismo y de los honorarios médicos actualmente vigentes.
 - 2.2. Promover, entre el sector asegurador, la diferenciación retributiva en función del desempeño de los profesionales.

Respuesta profesional ante los nuevos retos asistenciales

1. **Crear una estrategia compartida entre todas instituciones sanitarias para impulsar un marco nacional de atención a las enfermedades crónicas**
 - 1.1. Promover desde la OMC que todos los miembros representativos de las instituciones sanitarias se involucren en la elaboración de una estrategia conjunta enfocada a fortalecer el papel de la Atención Primaria.
 - 1.2. Liderar un proceso de elaboración de un marco estratégico común para todo el Sistema Nacional de Salud, de atención a los pacientes crónicos, mediante el desarrollo de una propuesta que se presentará al Ministerio de Sanidad y Política Social.
2. **Crear una campaña de concienciación sobre la necesidad de desarrollar la atención coordinada a los pacientes crónicos**
 - 2.1. Crear un código de buenas prácticas para generalistas y especialistas en la atención de la cronicidad.
 - 2.2. Potenciar las buenas prácticas en la atención de la cronicidad.
 - 2.3. Crear una campaña dirigida a representantes colegiales y a las instituciones sanitarias sobre la importancia de un modelo integrado de atención a las enfermedades crónicas.
3. **Promover Planes de Formación en el manejo integral de enfermedades crónicas, tanto dirigidos a atención primaria como a atención especializada**

Validación periódica de la colegiación. Credencialismo

- 1. Diseñar el sistema de validación periódica de colegiación**
 - 1.1. Establecer un Comité en el seno de la OMC, que será responsable de preparar el desarrollo del sistema de validación.
 - 1.2. Desarrollar, en colaboración con los representantes de las instituciones sanitarias, Sociedades Científicas y Administración sanitaria, los criterios y parámetros de evaluación para la acreditación de la competencia profesional.
 - 1.3. Diseñar los modelos de certificación (certificado de buena praxis, certificado de salud, certificado del empleador).
 - 1.4. Elaborar un proceso de revisión periódica que asegure que el desarrollo profesional y de capacitación médica responde a las necesidades del profesional médico y la sociedad.
- 2. Crear un registro del sistema de validación periódica de la colegiación**
 - 2.1. Diseñar el modelo de datos del registro.
 - 2.2. Desarrollar los acuerdos necesarios con los Colegios Oficiales de Médicos para obtener la información necesaria y mantener el registro actualizado.
- 3. Establecer acuerdos de colaboración con sistemas de validación periódica similares para avanzar conjuntamente hacia objetivos que se comparten**

Nuevo escenario en la píldora anticonceptiva de emergencias

- 1. Promover el desarrollo de una campaña de sensibilización social sobre el uso responsable de la PAE**
- 2. Elaborar un estudio en el que se presente los resultados de la libre dispensación de la PAE en España**
 - 2.1. Promover la creación de un registro para el control y seguimiento de los efectos secundarios y la frecuentabilidad del uso del medicamento en centros sanitarios y farmacias.
 - 2.2. Realizar un estudio sobre la evolución de la dispensación de la PAE y de sus efectos en los embarazos no deseados y de abortos, entre otros efectos a analizar.
- 3. Promover la dispensación de la PAE en los centros de atención primaria**
 - 3.3. Configurar un Comité, con la participación de las organizaciones colegiales, instituciones sanitarias y sociedades científicas, dirigido a liderar un proceso orientado a la introducción de cambios en el actual modelo de dispensación.
 - 3.4. Introducir en el debate político la necesidad de una reforma del actual modelo de dispensación.
- 4. Diseñar un Plan Formativo dirigido a adolescentes**

El médico ante la nueva ley del aborto

1. **Contribuir a asegurar el acceso a las mujeres a la intervención del aborto en el marco de la ley, y con el respeto a la objeción de conciencia de aquellos médicos que quieran acogerse a ello**
2. **Crear un registro voluntario de no objetores de conciencia para facilitar la contratación y así la asistencia de la práctica del aborto**
3. **Promover la creación, en los centros sanitarios, de un Comité Ético Asistencial, que valore las consecuencias que puede sufrir la mujer con el embarazo y con el aborto así como las posibles alternativas para evitarlo**
 - 3.1. Proponer la configuración del Comité y sus funciones, que contará con el asesoramiento de expertos en la materia que garanticen la salud física y psíquica de la paciente y que garanticen la validez y autonomía de la mujer (especialmente con edades de 16 y 17 años).
 - 3.2. Desarrollar contactos con las autoridades sanitarias autonómicas para trasladar la conveniencia e importancia de disponer de un Comité de estas características y de realizar un seguimiento personalizado de estas pacientes.
 - 3.3. Promover, a través de estos comités, la información a la mujer sobre las ayudas sociales públicas y privadas a las que puede tener acceso si desea continuar con su embarazo, así como sobre la existencia de foros o asociaciones que puedan transmitir casos reales, con soluciones tomadas y resultados.

Cuidados paliativos: de una necesidad a un derecho

1. **Efectuar un análisis nacional de la situación actual de los cuidados paliativos en España**
 - 1.1. Analizar las necesidades de profesionales con competencia profesional en cuidados paliativos.
 - 1.2. Establecer recomendaciones a partir del conocimiento de la realidad actual, para el desarrollo de los cuidados paliativos en nuestro país.
2. **Instar a la Administración la revisión de la legislación sobre la prescripción de opioides**
 - 2.1. Analizar la legislación actual en materia de prescripción de estos fármacos elaborar una propuesta de recomendaciones para su modificación.
 - 2.2. Desarrollar encuentros con los organismos competentes para trasladar las necesidades de cambio de criterio normativo en el ámbito de la prescripción de estos fármacos.
3. **Contribuir a reforzar la formación y especialización en cuidados paliativos de los profesionales médicos**
 - 3.1. Promover la formación de grado en cuidados paliativos en las Facultades de Medicina, mediante grupos de trabajo en colaboración con las autoridades sanitarias y educativas.
 - 3.2. Liderar un grupo de trabajo, junto con sociedades científicas y otros colegios profesionales, para elaborar propuestas conjuntas dirigidas al desarrollo de los cuidados paliativos desde la interdisciplinariedad.
 - 3.3. Promover la inclusión de formación en cuidados paliativos en los programas de formación médica continuada.
4. **Proporcionar información a la ciudadanía sobre su derecho a los cuidados paliativos**

El enfermo, la eutanasia y el médico

1. **Elaborar un estudio para analizar la evolución y los motivos de solicitud de eutanasia en España**
2. **Elaborar una guía de práctica clínica en cuidados paliativos**
 - 2.1. Reunir un grupo de trabajo multidisciplinar para su elaboración.
 - 2.2. Difundir la guía de práctica clínica y promover una rápida adopción de la misma.

Objeción de conciencia en la práctica de la medicina

1. **Promover la implantación de un registro de médicos objetores en todos los colegios profesionales de médicos de España**
 - 1.1. Desarrollar acuerdos con todos los colegios para la implantación del registro.
 - 1.2. Elaborar un protocolo de tramitación del registro, gestión y utilización del mismo.
2. **Trasladar a la Administración la necesidad de regulación específica en materia de objeción de conciencia en la práctica de la medicina, para solucionar el vacío legal existente**
 - 2.1. Identificar los requerimientos regulatorios y contenidos que debería contemplar la legislación a desarrollar.
 - 2.2. Crear un grupo de trabajo con la Administración y sus servicios jurídicos, para el desarrollo de normativa en el ámbito de la objeción de conciencia.
 - 2.3. Reforzar la necesidad de desarrollo normativo de la objeción de conciencia en la práctica de la medicina a través de líderes de opinión.
3. **Trabajar junto con la Administración en el desarrollo de medios para los casos más habituales en los que se puede realizar objeción de conciencia**
 - 3.1. Estudiar, conjuntamente con la Administración, la incorporación de prestaciones en las que pueda darse situaciones de objeción de conciencia, para buscar las soluciones más adecuadas que garanticen el derecho del paciente.
 - 3.2. Elaborar, conjuntamente con el Ministerio de Sanidad y Consumo, un protocolo de actuación aplicable a todos los centros sanitarios, que establezca las pautas de actuación ante situaciones de objeción de conciencia.

La medicina y las otras profesiones sanitarias

- 1. Promover la creación de un sistema de seguimiento de los resultados de las prescripciones enfermeras**
 - 1.1. Elaborar una propuesta de un sistema de evaluación de los resultados de la prescripción enfermera en los centros sanitarios.
 - 1.2. Promover la creación de un registro de incidencias o denuncias por posibles irregularidades fruto de la prescripción enfermera.
 - 1.3. Crear un comité para el seguimiento de la trayectoria de la prescripción enfermera, teniendo en cuenta las evaluaciones y el registro de incidencias de pacientes.
- 2. Liderar desde la OMC la definición de protocolos y guías de práctica clínica y asistencial, con asignación de roles y responsabilidades**
 - 2.1. Acordar el desarrollo de protocolos y guías con las autoridades sanitarias correspondientes, asegurando que recogen claramente las funciones y competencias de las distintas profesiones sanitarias.
 - 2.2. Supervisar desde los colegios oficiales de médicos los contenidos de los protocolos y guías.
- 3. La OMC realizará un seguimiento permanente de los avances que se produzcan en cuestiones que actualmente son competencia de la profesión médica**

Compromiso del médico con la seguridad del paciente y ética de la prevención

- 1. Participar en el desarrollo de metodologías y criterios dirigidos a inculcar una cultura en materia de seguridad del paciente y de conocimiento de los efectos adversos ligados a la asistencia sanitaria**
- 2. Promover la notificación y registro de efectos adversos en los centros sanitarios y entre los profesionales médicos**
 - 2.1. Proponer un sistema de seguimiento y control de las notificaciones de efectos adversos.
 - 2.2. Instar a la Administración a la implantación de la prescripción electrónica.
 - 2.3. Promover la conveniencia del consentimiento informado del paciente en las actividades clínicas preventivas.
 - 2.4. Abordar las particularidades de la ética de la prevención explícitamente en el nuevo código deontológico.
- 3. Contribuir a la divulgación de las mejores prácticas, en lo que concierne a los profesionales médicos, en materia de seguridad del paciente y ética de la prevención**
 - 3.1. Mantenerse al día en los avances en materia de seguridad del paciente, tanto en el plano nacional como internacional, en lo que concierne al médico.
 - 3.3. Desarrollo de un programa de formación en seguridad del paciente y gestión de riesgos sanitarios.
- 4. Promover la incorporación de contenidos sobre seguridad del paciente y ética de la prevención en los programas de formación continuada**

Troncalidad en la formación MIR

- 1. Promover el trabajo conjunto con la Administración Sanitaria y de Educación, Especialidades, Sociedades Científicas, CEEM y OMC para adecuar la troncalidad a la calidad exigible en la formación MIR**
 - 1.1. Elaborar una propuesta alternativa al informe del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, con la colaboración de las especialidades y las sociedades científicas.
 - 1.2. Proponer un modelo de trabajo integrado con la Administración para asegurar un diseño adecuado del modelo, así como el desarrollo posterior del mismo hasta su implantación.

Colegiación obligatoria: una necesidad social

- 1. Demostrar que la colegiación es necesaria tanto para la sociedad como para los médicos**
 - 1.1. Elaborar un informe en el que se exponga tanto las fortalezas de una colegiación obligatoria como las amenazas de una colegiación voluntaria.
 - 1.2. Crear una campaña informativa sobre las funciones que llevan a cabo los Colegios de Médicos tanto para los representantes colegiales como para la sociedad.
- 2. Convencer a las nuevas generaciones de médicos de la importancia del código deontológico y, por lo tanto, de la colegiación**
 - 2.1. Promover mecanismos para acercar la deontología médica a los programas de formación universitaria.
 - 2.2. Dar un rango más académico y científico al código deontológico.
 - 2.3. Promover a los formadores médicos que transmitan las funciones que llevan a cabo los Colegios Médicos en beneficio de los médicos y la sociedad.
- 3. Establecer como obligatorio el registro de médicos y la certificación médica**
 - 3.1. Realizar una encuesta en el ámbito de la profesión médica para conocer la opinión de los médicos sobre la obligatoriedad del registro y certificación médica.
 - 3.2. Crear un comité con representantes de los profesionales médicos, Colegios de Médicos regionales y sindicatos, en el que se proponga la obligatoriedad del registro de médicos y la certificación médica.

Figuras y tablas



OMC

Índice de Figuras y Tablas

- Figura 1:** Distribución de los participantes en el II Congreso de la Profesión Médica por sexo _(19)
- Figura 2:** Distribución de los participantes en el II Congreso de la Profesión Médica por provincia _(20)
- Figura 3:** Distribución de los participantes en el II Congreso de la Profesión Médica por provincia y sexo _(21)
- Figura 4:** Distribución de los participantes en el II Congreso de la Profesión Médica por edad _(22)
- Figura 5:** Distribución de los participantes en el II Congreso de la Profesión Médica por especialidad _(23)
- Figura 6:** Funciones y servicios básicos de la Protección Social _(28)
- Figura 7:** Gasto per capita en protección social (2007) _(29)
- Figura 8:** Detalle del gasto en protección social en España vs. la Unión Europa _(30)
- Figura 9:** Porcentaje del PIB del gasto de protección social por función (2005)* _(30)
- Figura 10:** Opinión de la profesión médica sobre la estructura de protección social y la cobertura de necesidades de la Fundación Patronato _(32)
- Figura 11:** Opinión de los profesionales sobre las nuevas necesidades que consideran prioritarias a incorporar en las prestaciones de la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias _(33)
- Figura 12:** Opinión de los profesionales sobre las nuevas necesidades en relación a la conciliación de la vida familiar y laboral que consideran prioritarias a incorporar en las prestaciones de la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias _(33)
- Figura 13:** Opinión de los profesionales en relación a nuevas formas de gestión de los fondos de la Fundación que tienen incluida en la cuota colegial la aportación de la Fundación _(36)
- Figura 14:** Opinión de la profesión médica sobre la necesidad de transferir capacidad de gobierno a los médicos para dotarles de libertad clínica responsable _(43)
- Figura 15:** Opinión de la profesión médica acerca de si para lograr una mayor implicación de la profesión médica con el sistema sanitario es necesario reorientar el gobierno de los centros y servicios sanitarios con los valores del profesionalismo médico y con los nuevos compromisos que reclaman la sociedad actual _(43)
- Figura 16:** Opinión de la profesión médica sobre las posibles consecuencias de la ocupación partidaria y discrecional, de todos los cargos de responsabilidad en los centros sanitarios públicos _(45)
- Figura 17:** Características relevantes del gobierno y gestión de los sistemas sanitarios del Reino Unido y países nórdicos _(45)
- Figura 18:** Opinión de la profesión médica sobre si el proceso actual de la OMC para reforzar y actualizar los valores del profesionalismo junto con la ejemplaridad de la profesión médica y su alta valoración por la ciudadanía le otorgan legitimidad social para reclamar: _(47)
- Figura 19:** Decálogo para el buen gobierno de los centros sanitarios y la profesionalización de la dirección _(48)
- Figura 20:** Opinión de la profesión médica sobre la formulación de la OMC en 2005 de un decálogo de recomendaciones para la mejora del gobierno de los centros y servicios sanitarios, actualmente de plena vigencia _(49)
- Figura 21:** Plazos de conservación de las historias clínicas (HC) en diferentes Comunidades Autónomas _(57)
- Figura 22:** Médicos asistenciales de los países de la OCDE por 1.000 habitantes, año 2007 _(62)
- Figura 23:** Médicos Colegiados asistenciales (por CC.AA. y por 100.000 habitantes), año 2007 _(63)

- Figura 24:** Porcentaje de utilización por el Servicio Nacional de Salud (SNS) del colectivo de médicos colegiados, de menos de 65 años y que ejercen tareas asistenciales (por CC.AA. año 2006). _(63)
- Figura 25:** Comunidades Autónomas con facultativos con edades inferiores a 45 años y edades comprendidas entre 45 y 64 años. _(64)
- Figura 26:** Evolución del crecimiento de la población, el personal sanitario y las altas y CMA en el periodo 2002-2007 _(65)
- Figura 27:** Aumento del gasto hospitalario (2002-2007) _(65)
- Figura 28:** Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: “En términos absolutos, ¿cree Vd. que faltan médicos en España?” _(66)
- Figura 29:** Evolución de los estudiantes, licenciados y plazas MIR (curso 1999-2010) _(66)
- Figura 30:** Comparación entre el número de médicos con la oferta de plazas MIR (2000-2010) _(67)
- Figura 31:** Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: “Mientras exista ‘numerus clausus’ en nuestras facultades de medicina, ¿cree usted que debería restringirse de manera ostensible el acceso a la formación MIR de los licenciados graduados extracomunitarios?” _(68)
- Figura 32:** Ratios Estudiantes por plazas ofertadas del MIR, 2009 _(69)
- Figura 33:** Ratios de estudiantes por plazas ofertadas del MIR, 2009 _(69)
- Figura 34:** Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: “¿Cree Vd. Que a día de hoy es oportuna la creación de nuevas Facultades de Medicina públicas o privadas?” _(70)
- Figura 35:** Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: “La falta de un registro nacional de médicos, ¿cree Vd. que contribuye a la imposibilidad de planificación real de necesidades, por desconocimiento de las administraciones de la situación actual?” _(72)
- Figura 36:** Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: “¿Cree Vd. que los Colegios de Médicos pueden contribuir a una planificación realista de las necesidades reales de médicos?” _(73)
- Figura 37:** Gasto total en Salud 2007 (% del PIB) _(78)
- Figura 38:** Remuneraciones medias de los médicos europeos (2006)* _(79)
- Figura 39:** Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: “¿Cree necesario un modelo retributivo común, único para todo el Sistema Nacional de Salud?” _(81)
- Figura 40:** Opinión de la profesión médica sobre las retribuciones incentivadas o complemento de productividad variable _(82)
- Figura 41:** Opinión de la profesión médica sobre la retribución de la atención continuada (guardias médicas) _(83)
- Figura 42:** Opinión de la profesión médica el complemento específico ligado a la exclusividad _(84)
- Figura 43:** Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: “En España tenemos un sistema de pago mediante talones de las compañías en las consultas privadas. ¿Cómo se deberían establecer las retribuciones?” _(86)
- Figura 44:** Análisis de las fortalezas, debilidades y amenazas del nivel de Atención Primaria _(93)
- Figura 45:** Frecuentación de consultas por habitante _(94)
- Figura 46:** El paciente crónico: peculiaridades de su atención _(95)
- Figura 47:** Opinión de la profesión médica acerca de si el actual modelo asistencial no responde adecuadamente ni evoluciona al mismo ritmo que las necesidades sociales demandadas _(95)
- Figura 48:** Opinión de la profesión médica sobre si la atención al paciente crónico es el principal problema del Sistema Nacional de Salud y si el desfase entre lo que hacen los médicos y lo que se necesita será mayor si no se desarrollan unas políticas activas de reforma del sector sanitario _(96)
- Figura 49:** Opinión de la profesión médica sobre la pregunta “Las consecuencias para el paciente crónico de un sistema de salud que no está preparado para atenderle, sin generar la información necesaria y que no dispone de las capacidades específicas pueden ser muy dramáticas” _(96)

- Figura 50:** Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: “La fragmentación de la asistencia sanitaria en los diferentes servicios y niveles asistenciales puede ser incompatible con una buena atención a los pacientes crónicos” _(97)
- Figura 51:** Opinión de la profesión médica sobre si es preciso un nuevo marco organizativo en el Sistema Nacional de Salud para coordinar la atención a enfermos crónicos, que aseguren la continuidad de la atención, la integración entre primaria y hospitalaria, con seguimiento organizativo, incluyendo los servicios sociales _(98)
- Figura 52:** Propuestas de reglas de buenas prácticas para transformar el rol del especialista _(99)
- Figura 53:** Opinión de la profesión médica en relación con la cuestión: “Según los actuales estatutos del CGCOM se debe ‘actualizar la competencia profesional de los médicos, ejerciendo las funciones de acreditación y registro oficial’ así como ‘establecer los criterios de colegiación, con la colaboración de las Universidades y las Sociedades Científicas, de acuerdo con la legislación vigente’. Con la validación periódica de la colegiación así entendida” _(106)
- Figura 54:** Opinión de la profesión médica sobre el beneficio de la validación periódica de la colegiación _(107)
- Figura 55:** Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: “Actualmente se distingue dos tipos de colegiados, sin ejercicio profesional y con ejercicio profesional. Sólo estos dos últimos son objeto de la validación periódica de su colegiación. ¿Cómo cree que debe denominarse a este proceso de mantener la actividad profesional?” _(110)
- Figura 56:** Opinión de la profesión médica sobre la pregunta “Los requerimientos para otorgar la licencia deben incluir la valoración de:” _(111)
- Figura 57:** Opinión de la profesión médica sobre el beneficio de la validación periódica de la colegiación: _(112)
- Figura 58:** Propuesta de estructura organizativa del sistema de validación _(113)
- Figura 59:** Distribución de la utilización de la píldora anticonceptiva de emergencia por grupo de edad y área geográfica sujeta a estudio _(118)
- Figura 60:** Opinión de la profesión médica sobre el mecanismo de acción fundamental de la PAE _(118)
- Figura 61:** Distribución de la utilización de la píldora anticonceptiva de emergencia según el número de veces que se ha utilizado. _(120)
- Figura 62:** Distribución del consumo de la píldora anticonceptiva de emergencia por días de la semana _(120)
- Figura 63:** Opinión de la profesión médica sobre si se está abusando de la PAE _(120)
- Figura 64:** Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: “Como medicamento considera necesario para su dispensación:” _(121)
- Figura 65:** Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: “En relación al consentimiento de la menor de 16 años considera acertadas:” _(124)
- Figura 66:** Actitudes sobre la legalidad del aborto en varias situaciones* _(131)
- Figura 67:** Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: “¿Le parece correcto el término “interrupción voluntaria del embarazo” teniendo en cuenta que la OMS únicamente utiliza el término aborto especificando los distintos tipos y clases de él?” _(134)
- Figura 68:** Opinión de la profesión médica sobre la autonomía absoluta para abortar, que concede la nueva ley, a las chicas de 16 y 17 años y a las menores de 16 años con el consentimiento de los padres o tutores _(135)
- Figura 69:** Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: “¿Piensa usted que en la formación de los profesionales de la salud debe incluirse ‘la investigación y formación en la práctica clínica de la interrupción voluntaria del embarazo?’ _(136)
- Figura 70:** Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: “¿Piensa que con esta Ley los médicos que practiquen el aborto tendrán mayores garantías jurídicas que con la anterior? _(137)
- Figura 71:** Opinión de la profesión médica sobre la necesidad de establecer un protocolo de consentimiento informado específico que ofrezca garantías de validez y respeto a la opinión y autonomía de la mujer, con información de la naturaleza de la intervención y sus riesgos _(138)
- Figura 72:** Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: “¿Considera que el tratamiento enérgico del dolor es un imperativo ético para el médico y un derecho para el paciente debidamente informado a pesar de que el mismo pueda acortar su vida?” _(144)

- Figura 73:** Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: ¿Cree usted que todos los médicos en función de su competencia y de la necesidad del paciente deben prestar cuidados paliativos a sus enfermos?" _(144)
- Figura 74:** Índice de Recursos y Vitalidad en relación al sistema de cuidados paliativos en Europa _(146)
- Figura 75:** Programas de Cuidados Paliativos en España _(147)
- Figura 76:** Aplicación de los cuidados paliativos, Modelo CHPCA _(148)
- Figura 77:** Opinión de la profesión médica sobre si antes de despenalizar la eutanasia los gobiernos Central y Autonómico deben garantizar una atención universal y de calidad a todos los enfermos en situación terminal _(149)
- Figura 78:** Opinión de la profesión médica sobre si la despenalización de la eutanasia supondría un menor desarrollo de los Cuidados paliativos en España _(149)
- Figura 79:** Opinión de la profesión médica sobre si los Colegios de Médicos deben defender el establecimiento de un sistema de Cuidados Paliativos universal y de calidad _(151)
- Figura 80:** Opinión de la profesión médica sobre la eutanasia debe despenalizarse _(156)
- Figura 81:** Opinión de la profesión médica sobre la causa por la que el enfermo solicita la eutanasia _(158)
- Figura 82:** Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: "¿Considera usted que la eutanasia es un acto médico?" _(159)
- Figura 83:** Opinión de la profesión médica sobre las peticiones de eutanasia si existiera un buen sistema universal de Cuidados Paliativos en España _(159)
- Figura 84:** Opinión de la profesión médica sobre si estaría dispuesto a realizar la eutanasia si fuera despenalizada _(160)
- Figura 85:** Motivo de solicitud de eutanasia por el paciente _(161)
- Figura 86:** Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: "¿Debe haber una regulación legal para la objeción de conciencia?" _(170)
- Figura 87:** Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: "¿Cree usted que la objeción de conciencia puede alcanzar al acto de la prescripción?" _(172)
- Figura 88:** Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: "¿Considera usted que puede existir la objeción de conciencia sobrevenida?" _(172)
- Figura 89:** Opinión de la profesión médica sobre si debe existir un registro voluntario de médicos objetores custodiado de manera confidencial por la OMC _(174)
- Figura 90:** Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: "No es adecuado hablar de transferencias o delegación de funciones, prescripción, dispensación, entre los profesionales sanitarios en abstracto y si esta situación si se produce debe sostenerse sobre criterios de formación del profesional, competencia, el momento y lugar del acto asistencial, y otros factores que pueden condicionar si es trasposable o no cualquier competencia concreta" _(180)
- Figura 91:** Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: "¿Considera que el uso, indicación y autorización de medicamentos y productos sanitarios por otro personal sanitario no médico es una invasión de competencias?" _(180)
- Figura 92:** Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: "¿Cómo interpreta la incorporación de otros profesionales sanitarios a la utilización, indicación y autorización de medicamentos y productos sanitarios?" _(181)
- Figura 93:** Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: "¿Considera necesaria, justificada y beneficiosa para el paciente y para la sociedad la prescripción autónoma de medicamentos por otros profesionales sanitarios?" _(182)
- Figura 94:** Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: "Sólo el beneficio del paciente justifica la armonización de las competencias médico-enfermera independientemente de las razones económicas, el déficit de médicos, promoción profesional" _(184)
- Figura 95:** Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: "En el momento actual la enfermería, ante una queja del paciente, puede indicar de forma autónoma medicamentos de libre dispensación. Para evitar conflictos considera necesario:" _(185)

- Figura 96:** Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: “De entre las siguientes propuestas ¿cuál considera prioritaria para mejorar la seguridad de los pacientes?” _(190)
- Figura 97:** Modelo de Errores Humanos en el sistema de atención sanitaria _(192)
- Figura 98:** Opinión de la profesión médica sobre qué elemento se considera más importante a la hora de garantizar el mejor uso de los medicamentos _(195)
- Figura 99:** Pasos para garantizar la seguridad del paciente establecidos por el Sistema Nacional de Salud del Reino Unido _(198)
- Figura 100:** Efectividad de prácticas seguras _(198)
- Figura 101:** Necesidades de avance en materia de seguridad del paciente _(199)
- Figura 102:** Opinión de la profesión médica acerca de si las informaciones sanitarias que se dan al ciudadano, los consejos de salud y el resto de actividades preventivas, deben estar sometidas a los valores éticos de las actuaciones y sus consecuencias _(202)
- Figura 103:** Opinión de la profesión médica sobre cuándo se considera éticamente aceptable coartar el principio de autonomía mediante la imposición de una intervención preventiva _(205)
- Figura 104:** Opinión de la profesión médica sobre la necesidad de llevar a cabo formación continuada en seguridad y ética de la prevención _(206)
- Figura 105:** Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: “¿Cree necesario que todas las especialidades, cuyo mapa de competencias lo permita, estén englobadas en algún tronco común?” _(212)
- Figura 106:** Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: “¿Se debería aumentar los años de duración de la especialidad si es necesario para que pueda tener formación troncal?” _(213)
- Figura 107:** Opinión de la profesión médica sobre en qué momento se debe realizar la elección definitiva de la especialidad _(217)
- Figura 108:** Opinión de la profesión médica acerca de si debe limitarse la elección de la especialidad exclusivamente a la unidad de formación troncal donde se realice el tronco _(218)
- Figura 109:** Análisis DAFO de la troncalidad _(219)
- Figura 110:** Consideraciones de la OMC y FACME tras la reunión con diversas especialidades para la reivindicación de la revisión del tronco _(220)
- Figura 111:** Las preocupaciones de CEEM respecto a la troncalidad _(221)
- Figura 112:** Opinión de la profesión médica sobre la pregunta: “La colegiación obligatoria significa una protección para la sociedad más que un privilegio para los médicos” _(225)
- Figura 113:** Opinión de la profesión médica sobre cuál la causa por la que la sociedad no se preocupa por el planteamiento de quitar la colegiación obligatoria de los médicos _(226)
- Figura 114:** Opinión de la profesión médica sobre cuál es la causa por la que los médicos no se preocupan suficientemente por que se plantee quitar la colegiación obligatoria de los médicos _(227)
- Figura 115:** Opinión de la profesión médica sobre de quién va en beneficio la colegiación obligatoria de los médicos _(228)
- Figura 116:** Opinión de la profesión médica sobre cuál es el objetivo de la administración al plantear la colegiación voluntaria en nuestro país tras la aprobación de la Ley Ómnibus _(229)
- Figura 117:** Opinión de la profesión médica sobre la posibilidad de que la colegiación voluntaria restrinja la capacidad de los colegios para regular la profesión _(230)
- Figura 118:** Opinión de la profesión médica sobre si los Colegios de Médicos están ejerciendo adecuadamente su responsabilidad en la vigilancia deontológica que es inherente a la función social vinculada a la Colegiación obligatoria _(230)

