



II Congreso
de la **Profesión
Médica**

ABSTRACTS CORRESPONDIENTES A LA 2ª MESA

Liderando la Profesión.
Comprometidos con la sociedad y los médicos.



DEMOGRAFÍA MÉDICA EN ESPAÑA. ANÁLISIS Y NECESIDADES.

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.

La OMC reconoce que 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. Sin embargo se aborda 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) 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.

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 menos ratio (a excepción de Ceuta y Melilla), está en la media de la OCDE (3 médicos por mil habitantes).

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). "A la vista de los datos obtenidos en el desarrollo del programa MIR -señala el informe- su reposición no parece dificultosa". La media nacional de facultativos con edades inferiores a 45 años es de 40,1 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).

Además, 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.

Si nos referimos al periodo 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”.

En España no existe un registro nacional de médicos, por lo que –aunque cueste creerlo- es imposible saber de forma fiable tanto su número, como las especialidades que ejercen. De las 17 comunidades autónomas que conforman nuestro país, en cuatro no es obligatoria la colegiación para los médicos que solo 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 la 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 en 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.

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. Esto lleva, desde el punto de vista económico a una serie de costes, si tenemos abundancia de geriatras y escasez de anatomopatologos no hay capacidad de sustitución porque no es posible y el sistema no produce lo que debe. Esta falta de sustitibilidad entre una y otra especialidad 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. El sistema no funciona correctamente y hay 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. Esta preocupación por la calidad, en este caso por una buena Medicina, incumbe en gran medida a la OMC. La sociedad cada vez más está preocupada porque la persona que realiza una intervención la hace en un centro acreditado y dotado del personal adecuado. Esta preocupación supone una llamada para consultar a la OMC y esta función no se cumple solo con decir que X es médico. No es nada fácil en España consultado los registros de la OMC conocer el número de especialistas y su distribución, no vale 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.

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. Evidente, 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 de informar, dar las respuestas que se vienen dando, donde no sabemos el número de médicos en activo, jubilados, como 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 nos parece preocupante que no se den las debidas respuestas. Esperamos que sea una situación transitoria y que en breve seamos capaces de garantizar a la sociedad española quién es médico y quién no y qué títulos tiene.

Ideas básicas para un nuevo modelo retributivo del SNS

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 incluimos el elevado coste de la prestación farmacéutica en España, muy por encima de la media de los países de la OCDE); 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 a asistencia sanitaria pública (en 2006, el 6%), y, que tiene una mayor y mejor cartera de servicios, teniendo una alta calidad asistencial y la equidad como referencia en sus servicios.

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. Por cierto, estas últimas alentadas alegremente desde diversos sectores políticos y sociales, sectores que luego piden contención del gasto público.

Teniendo en cuenta que en el 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 SNS se configura como un elemento capital en la gestión del propio sistema.

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 mas cualificados de una empresa de prestación de servicios al ciudadano, como es el Sistema Sanitario, no puede ser un elemento mas de su política de personal, sino condición sustancial y decisiva para la viabilidad del modelo de gestión que se adopte, y tampoco puede considerarse, de forma aislada, de otros tipos de compensaciones profesionales, si no queremos caer en un planteamiento totalmente desmotivador e inflacionista, donde las retribuciones siempre serán percibidas como insuficientes.

Si preguntamos a cualquier médico del sector público por sus retribuciones, es raro que encontremos a alguien mínimamente satisfecho, 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 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 entrono hostil y excesivamente funcionarial del ejercicio profesional.

Sino resolvemos estos problemas cualquier abordaje de las retribuciones será, pan para hoy y hambre para mañana.

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 tener una suficiencia adecuada, que esté de acorde con lo que de verdad se quiere retribuir, lo que no ocurre en el momento actual.

De ahí que hagamos desaparecer los conflictos de intereses que surjan en el ejercicio profesional, para que así, respondiendo a estas premisas, 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 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 CC.AA. es la de su heterogeneidad, que afectan más a las cuantías que a los conceptos.

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 Comunidades, 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.

Estando de acuerdo y compartiendo este principio, lo que debemos exigir a cualquier modelo retributivo es que retribuya adecuadamente –en relación con las circunstancias socio-económicas– 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.

Debe ser un modelo estable y aceptado por todos, con unas cuantías fijas que retribuyan el ser médico y lo que esto significa.

A dichas cuantías necesariamente habrá que añadir otra serie de retribuciones de tipo individual, objetivas y alcanzables por todos los facultativos, de las que unas pueden ser fijas y otras variables, estas últimas con un porcentaje comprendido entre el 25 y el 30 % del total de las retribuciones fijas.

Retribuciones individuales que de verdad estimulen y reconozcan la fidelización de los profesionales con el Sistema, el grado de desarrollo profesional alcanzado, la consecución de objetivos docentes, asistenciales e

investigadores; y, que se relacionen con el grado de responsabilidad jerárquica y docente dentro del sistema.

Y que además puedan permitir diversos modelos de dedicación horaria en función de los intereses profesionales de cada profesional, y, retribuyan adecuadamente los excesos de jornada, las especiales características de algunos puestos y situaciones profesionales, y que incluso contemplen exenciones fiscales para determinadas retribuciones derivadas de necesidades sociales que impliquen penosidad sobreañadida al ejercicio profesional.

J.L. Díaz Villarig
León, febrero de 2010

Medicina, Médicos y Sistema ¿Triple crisis?

TRIPLE CRISIS: MEDICINA, MÉDICOS Y SISTEMA; ¿PODEMOS RENOVAR EL CONTRATO SOCIAL PARA ORGANIZAR LA RESPUESTA A LA CRONICIDAD?

Es bien sabido que 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.

Quizás también es comúnmente conocido que tanto la medicina como los sistemas sanitarios perseveran obstinadamente en el paradigma actual de respuesta asistencial, buscando el virtuosismo en procedimientos e intervenciones singularizadas, más que en procesos integrados y trayectorias pluri-patológicas de pacientes. El encarnizamiento terapéutico en el final de la vida, es sólo el más visible, ineficiente y cruel de los excesos que se practican habitualmente.

Sin embargo, es posible que no seamos conscientes de la intensidad del desajuste y del daño que este desenfoque está produciendo, y el que puede ocasionar en la legitimidad de la medicina, en la moral de los profesionales médicos, y en la sostenibilidad de los sistemas públicos de salud.

Revisemos brevemente estas tres dimensiones: medicina, médicos y sistemas sanitarios públicos.

a) La **medicina** moderna se ha desorientado por culpa de la fascinación tecnológica, la comodidad indolente de la hiper-especialización, y la insensata 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 ha introducido de forma insidiosa la fantasía de especializarse y acceder a procedimientos y tecnologías fascinantes: en vez de ser directores de orquesta, que es lo que deberían de ser, algunos desesperanzados creen que la salida está en aprender a tocar diversos instrumentos.

b) La **profesión médica** no ha sabido reaccionar a esta desorientación de la medicina; su secular debilidad colegial, su fragmentación interna, y la falta de liderazgos sabios y respetados, la han llevado a seguir los cantos de sirena, abandonando a su suerte a aquellos que no quieren seguir la irracional deriva de la medicina; y algunos han ido más lejos, echándose en brazos de las amistades peligrosas, que desde el mundo tecnológico e industrial que nos rodea, impulsan activamente que los médicos se trasmuten de profesionales a tecnólogos.

Y también los médicos se han deslizado por la pendiente de la identidad laboral alienada, llegando a asumir, más allá de lo razonable, la condición de "empleados". Al internalizar una visión roma de las relaciones laborales, y sindicalizarla sin ningún contenido distintivo de nuestra particular relación con los pacientes y la sociedad, acabamos uniéndonos al *victimismo* dominante, que nos lleva a echar la culpa de todos nuestros males al empleador (más fácil en la sanidad pública, pues las anchas espaldas de "La Administración" soportan cualquier demanda o frustración sin el menor problema).

El corolario de esta disipación del buen profesionalismo es la desilusión y queme profesional; ¿por qué no disfrutamos los médicos practicando medicina?: muy sencillo: porque estamos dejando de hacerlo; porque hemos perdido al paciente en medio de tanto ruido y tantos medios. Y sin el paciente concreto y completo no hay buena medicina, ni satisfacción trascendente, ni sensación de trabajo bien hecho (por excelente que sea la maestría con la que hemos ejecutado un procedimiento).

c) Y 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 dañino para los pacientes que buscan respuestas más integradas y razonables.

Porque, incluso cuando se formulan buenas políticas de cambio organizativo (nuevo modelo de primaria, áreas de salud, prevención y promoción, gestión integrada de áreas, gestión por procesos y patologías, etc.), falta la energía o la inteligencia para gestionar el cambio profundo de roles profesionales que se precisa. O bien, muchos políticos acaban dejándose llevar por los mismos cantos de sirena, y se ponen al frente de la fascinación tecnológica o de la fragmentación asistencial.

Así, a pesar de las evidencias de los años 90 de que la asimetría de información (de médicos y pacientes) hace inservibles los mecanismos asignativos del mercado, muchos políticos insisten en presentar la libre elección del paciente como fuerza motora del cambio. O se unen a un hiper-hospitalocentrismo profesando la misma fe en la religión de la fascinación tecnológica dominante: sólo hay que ver qué cosas inaugura un político y donde nunca se le suele ver.

Al fragmentar y desorientar su punto de vista, el político pierde la virtud fundamental del buen gobierno; tomar decisiones de acuerdo a prioridades globales. Por eso, cualquier innovación que marginalmente aporte un átomo de eficacia (no efectividad) parece que debe ser financiada de forma inmediata y generalizada. La rivalidad entre políticos crea un dilema del prisionero, que hace que si uno no aplica la última innovación (tecnología, vacuna, etc.), otro se le adelantará y perderá el plus de prestigio y ganancia electoral.

Y en esta pendiente, los políticos alimentan las fantasías de usuarios y pacientes, y les deseducan con la seducción del clientelismo exacerbado. No sólo ellos: el complejo mediático que les rodea, llevado por lo noticiable

(lo novedoso y lo adversarial) y recalentado por esas amistades peligrosas que lo financian selectivamente, complica el juego y completa la tarea deseducativa que imprime la dinámica general.

Difícil evitar que los pacientes no acusen este impacto de promesas y expectativas de los políticos, los medios y la industria; e imposible que luego no se estrellen contra el muro de la desilusión de la práctica médica, cargándose de agresividad contra el profesional de carne y hueso que al final encarna ante el paciente todo el complejo de la medicina y el sistema sanitario. El ciclo de la entropía creciente se cierra en forma de distanciamiento o relaciones cada vez más adversariales y hostiles entre médicos y pacientes.

El resultado de las tres desorientaciones es una crisis combinada: mala medicina (con excelentes procedimientos), médicos insatisfechos (que no imaginan que la causa de su mal está más cerca de lo que creen), y sistemas sanitarios cada vez más ineficientes e insostenibles. Y al calor de esta crisis, intervenciones cada vez más inapropiadas, inútiles, inclementes, insensatas... e insoportablemente caras. La desconfianza se extiende entre todos los agentes, y la legitimidad de médicos, medicinas y sistemas públicos de salud es tan precaria que puede ser barrida por un vendaval a poco que cristalice el descontento: un *youtube* de una médica-monja puede así poner contra las cuerdas a toda una campaña de vacunación de la gripe A.

Hay algunas buenas noticias también: que nos estamos dando cuenta del problema; que las tecnologías de información y comunicación están abriendo posibilidades de enfoques más amplios y longitudinales para la atención médica; que algunas experiencias de las llamadas "organizaciones sanitarias integradas" están dando resultados y permitiendo visualizar que otros futuros son posibles; que algunas instituciones colegiales empiezan a querer liderar un cambio real de la profesión; y que, aunque de forma tímida, la medicina ha empezado a reflexionar sobre los conflictos de interés y las fantasías que la han arrastrado tan lejos de su vocación y misión esencial.

Rafael Bengoa, consejero vasco ha puesto el tema de iniciar el cambio para atender a la cronicidad, como una estrategia central para que Osakideza mejore sus servicios y garantice su sostenibilidad. Buen camino sin duda; es la dirección apropiada.

Cuánto ayudaría que los organismos, agencias y entidades de la ciencia, la medicina y la sanidad pública hicieran una estrategia compartida, que impulsaran un nuevo contrato social para la atención a la cronicidad y el paciente frágil y pluripatológico; es decir, para la atención sanitaria en las sociedades modernas y desarrolladas.

Este sí que sería un buen pacto de estado, que permitiría ver con mucho más optimismo tanto la sostenibilidad del sistema, como el rearme moral y personal de los médicos y enfermeros que cada mañana se dedican a cuidar a nuestros conciudadanos.

José R. Repullo Labrador
Profesor y Jefe del Dpto. de Planificación y Economía de la Salud
Escuela Nacional de Sanidad / Instituto de Salud Carlos III

Validación Periódica de la Colegiación con Ejercicio *Calidad del acto médico*

1. Situación actual

2. Procedimiento para la validación periódica de la Colegiación

- 2.1. *Nombre del credencial*
- 2.2. *Quien otorga el credencial*
- 2.3. *Procedimiento*
- 2.4. *Periodos de Valoración*
- 2.5. *Instrumentos de la certificación*
- 2.6. *Estructura y Organigrama*
- 2.7. *Calendario*

CGCOM
Madrid, Enero de 2010

1. Situación actual

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.

Es característica 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.

Para los médicos la formación continuada (FMC) 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.

No se trata de examinar a profesionales ni cuestionar su titulación, antes 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 FMC y promocionar su financiación a través de oportunas alianzas, y basar el control de la acreditación médica en la profesión médica. 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.

Dada la complejidad de este proceso solo se podrá conseguir con la unidad de la profesión. Cualquier negociación a nivel autonómico podría atomizar el modelo profesional de homologación por lo que el éxito solo 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, decididas las bases del sistema, deben ser las organizaciones colegiales de cada autonomía quienes tengan delegada la función de la colegiación y su mantenimiento.

2. Procedimiento para la Validación periódica de la colegiación

2.1. 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 debemos promover el concepto de **Licencia** para los colegiados que soliciten el registro de actividad asistencial. La licencia conllevaría 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".

2.2. Quien 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.

2.3. 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:

- i) certificará el cumplimiento de los requisitos que se determinen dando el Visto Bueno a la Credencial de Colegiado con ejercicio,
- ii) registrará la credencial correspondiente en el registro unificado de profesionales con ejercicio para otorgar la licencia, y
- iii) 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.

2.4. Periodos de Valoración:

El periodo máximo para la validación será de 6 años aunque el médico podrá hacerlo a partir de los 3 de su última validación.

2.5. 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

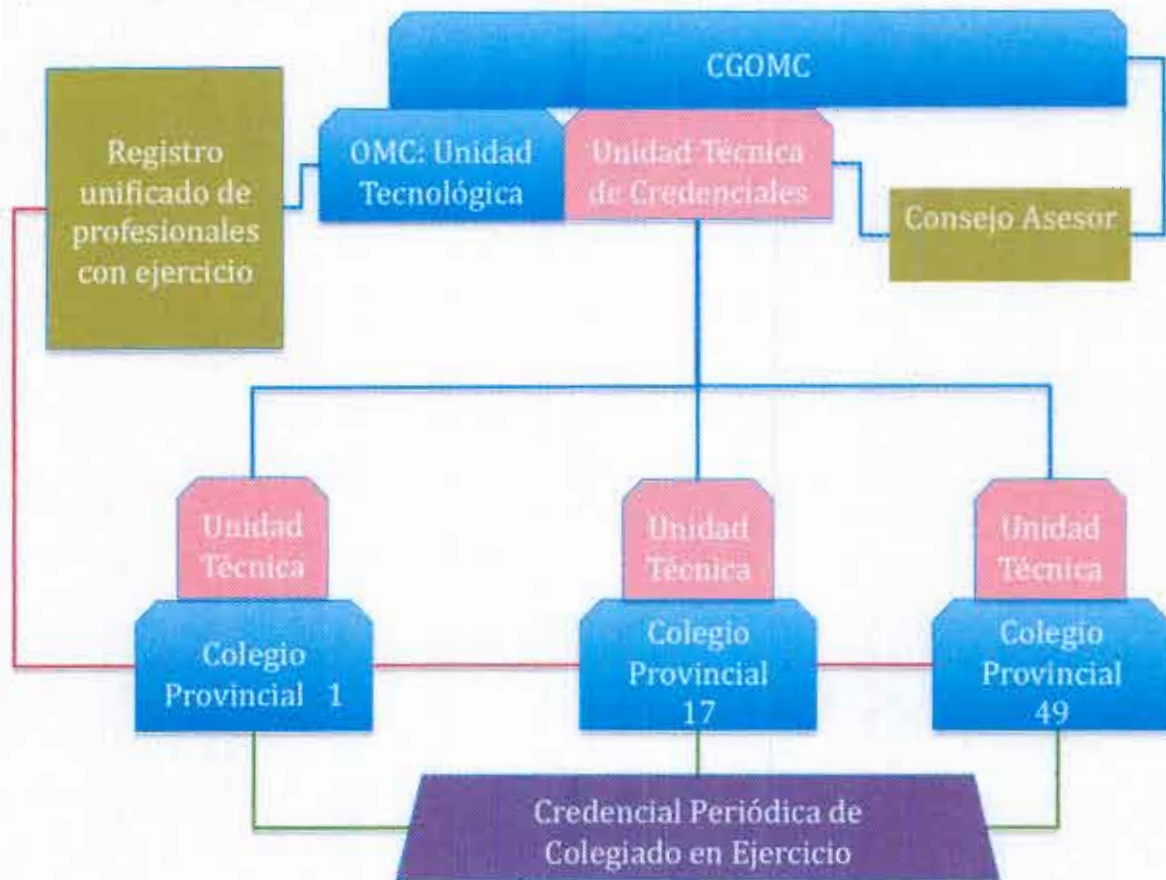
Empresa.

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.

2.6. 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.



2.7.. Calendario

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