



II Congreso  
de la **Profesión  
Médica**

**ABSTRACTS CORRESPONDIENTES A LA 4ª MESA**

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



Madrid, **16-17** de abril de 2010.

# LA MEDICINA Y LAS OTRAS PROFESIONES SANITARIAS

Congreso de la Profesión Médica Española. Madrid, 16 y 17 de abril de 2010

*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.*  
(Código de Ética y Deontología Médica)

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 30 profesiones sanitarias reconocidas. Esta expansión profesional nos obliga a adaptarnos en un marco de respeto y cooperación a un nuevo entorno profesional competitivo, sin olvidar que estas profesiones sienten su espacio profesional comprimido y tratan de ampliar sus competencias a costa de los demás y especialmente adentrándose en el espacio propio de la profesión médica.

Como consecuencia de la crisis global de recursos humanos hay una tendencia general hacia la delegación de funciones médicas en otros profesionales que quieren provocar cambios en la manera de trabajar del médico, en beneficio propio. 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, generalmente justificándolo por la escasez de profesionales de mayor cualificación, como los médicos. El pretexto para la transferencia de funciones médicas a otros profesionales es la falta de médicos que obliga a realizar ciertas tareas de salud a otros sanitarios menos cualificados, pues de lo contrario nadie prestaría ese servicio a pacientes que lo necesitan.

Hay que precisar que esa delegación de funciones está destinada a poblaciones muy vulnerables, que de esta forma son discriminadas, ya que los profesionales que les prestan servicios médicos o sanitarios carecen de los conocimientos, la competencia y la experiencia de los médicos y, si bien prestan su atención sanitaria en base a protocolos aprobados y consensuados, carecen de la competencia adecuada para hacer frente a ciertos aspectos de la atención, como complicaciones o imprevistos, que

ponen en riesgo la seguridad del paciente. Esto supone una renuncia a los más altos niveles de calidad asistencial que todo paciente merece y que la profesión médica defiende.

En España en estos momentos no existen razones sanitarias, sociales, económicas o profesionales que justifiquen la delegación de funciones médicas a otros sanitarios. Por consiguiente resulta inaceptable la denominada "*prescripción enfermera*" realizada al margen del médico y del diagnóstico previo que solo el médico garantiza. 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 solo responde a una necesidad de dar espacio y contenido profesional a la enfermería y no a razones sociales o sanitarias que prioricen el interés del paciente.

Varias profesiones sanitarias están pidiendo que se les amplíe el campo de su práctica justificándolo en mejoras en su formación y experiencia que les permiten aumentar su acceso a la atención sanitaria y responder así a la falta de médicos. Aunque ésta 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 los 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.

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 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 otra profesión colindante que necesita espacio profesional o justificar un valor social añadido. Las funciones y competencias solo 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.

La 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. Muchas enfermeras, farmacéuticos, fisioterapeutas y otros profesionales se consideran más competentes en su ejercicio profesional que los médicos y favorecen un enfoque de equipo en la atención al paciente en el que las opiniones de todos deben ser consideradas por igual y piensan que solo son responsables ante el paciente y no ante el médico, o por lo que esto es fuente de fricciones interprofesionales. Idealmente, las decisiones de salud deben reflejar un acuerdo entre el paciente, los médicos y todas las otras personas involucradas en la atención sanitaria, pero los desacuerdos entre el personal de salud 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 acordado 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, son los equipos pluridisciplinarios.

En conclusión, la política del Consejo General de Colegios Médicos de España en relación a las otras profesiones sanitarias solo 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.

## Seguridad de los pacientes

### Recomendaciones y estrategias

La seguridad del paciente es un factor esencial de la calidad asistencial y desde la publicación del informe "Errar es humano : construyendo un sistema de atención sanitaria más seguro", 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. Los sistemas de comunicación de efectos adversos generan información que permitirá adoptar medidas que incrementen la calidad asistencial. Los efectos adversos más comunes son los relacionados con el uso de medicamentos y con frecuencia son evitables. Para disminuirlos, detectarlos y mitigarlos cuando se producen, se pueden emplear estrategias dirigidas a reducir la complejidad, optimizar la información y la automatización de procesos. Aunque el progreso sea lento los cambios se están acelerando especialmente en la implantación de sistemas de prescripción electrónica y difusión de prácticas seguras.

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, como la atención primaria, de salud mental o socio-sanitaria.

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.

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.

La Seguridad del Paciente se ha consolidado como una de las estrategias prioritarias del Sistema Nacional de Salud Español (SNS), y así es 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 se han adoptado estrategias por diversos organismos internacionales (UE, OMS, OCDE, etc.) para 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.

### Detección de riesgos

Los errores pueden clasificarse según su evitabilidad, 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.

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.

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.

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 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.

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.

Los estudios sobre la epidemiología de los riesgos de la atención sanitaria coinciden en identificar las complicaciones relacionados con los medicamentos<sup>1</sup> como la causa más frecuente de efectos adversos, seguidos de los derivados de intervenciones quirúrgicas<sup>2</sup> y de las infecciones nosocomiales<sup>3</sup>.

En relación con los riesgos derivados del uso de los medicamentos, sus resultados justifican el gran interés dirigido a estudiar las fases en las que se pueden producir los errores, (prescripción, transcripción, dispensación, administración), y las medidas dirigidas a evitarlos.

En lo que se refiere a la infección nosocomial, en España se cuenta con datos desde el año 1990, en el que se realizó por primera vez el Estudio de prevalencia de Infecciones nosocomiales (EPINE).

### Situación en España

**En nuestro país también se han dado pasos significativos. El Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS 2005)** supone un importante punto de partida en el conocimiento de nuestra realidad. Este estudio tenía como objetivos principales:

Determinar la incidencia de Efectos Adversos (EAs) y de pacientes con EA en los hospitales de España.

- Establecer la proporción de EAs que se producen en el período de pre hospitalización.
- Describir las causas inmediatas del EA.
- Definir los EAs evitables.
- Conocer el impacto de los EAs en términos de incapacidad, éxitus y/o prolongación de la estancia hospitalaria.

Entre sus resultados destacan:

Se detectaron 1.063 pacientes con EA durante la hospitalización, siendo la incidencia de pacientes con EAs relacionados con la asistencia sanitaria de 9,3% (525/5.624); IC95%: 8,6-10,1%. La incidencia de pacientes con EAs relacionados directamente con la asistencia hospitalaria (excluidos los de atención primaria, consultas externas y ocasionadas en otro hospital) fue de 8,4% (473/5.624); IC95%: 7,7-9,1%. El 17,7% de los pacientes con EA acumuló más de un EA. Del total de los 473 pacientes con EAs relacionados con la hospitalización, en 105 (22,2%) el EA fue la causa del ingreso hospitalario (reingreso). El 42,8% de los EAs se consideró evitable, en función de los criterios prefijados.

---

<sup>1</sup> 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 (16) 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.

<sup>2</sup> El segundo lugar por la magnitud del problema, están las complicaciones peri operatorias. 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.

<sup>3</sup> Este estudio en el año 2005 arroja una tasa de prevalencia de infección nosocomial de 6,9%, 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.

TABLA I

## SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SIETE PASOS (SEGÚN SISTEMA NACIONAL DE LA 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 que se informe
5. Involucrarse y comunicarse con pacientes y público
6. Aprender y compartir lecciones de seguridad
7. Implementar soluciones para prevenir daños

TABLA II

## EFECTIVIDAD DE ALGUNAS PRÁCTICAS SEGURAS

<i>Intervención</i>	<i>Resultado</i>
Protocolo antibioterapia perioperatoria	Disminución infecciones 93%
Prescripción asistida por ordenador	81% reducción errores medicación
Farmacéuticos en equipo asistencial	67-78% reducción errores medicación
Equipos rápida respuesta	Disminución 15% PCR
Prácticas de reconciliación medicación	90% reducción errores medicación
Estandarización dosis insulina	Disminución 63% hipoglucemias

Presentación de los resultados del Estudio APEASIdentificación de efectos adversos en Atención primaria

**En el marco de la III Conferencia Internacional de Seguridad del Paciente, celebrada en Madrid los días 13 y 14 de diciembre 2007, se han presentado los resultados preliminares del Estudio APEAS sobre identificación de efectos adversos en Atención Primaria, en el ámbito del SNS.**

Como resumen:

- La práctica sanitaria en atención primaria es razonablemente segura: la frecuencia de efectos adversos es baja (2 de cada 100 consultas realizadas) y predominan los de carácter leve. Si generalizamos los resultados al conjunto de la población, podría estimarse que de media 7 de cada 100 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 el uso de fármacos (48,24%), con la comunicación (24,6%), con la gestión y con los cuidados.
- 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, de la industria al profesional, y de este al paciente, de tal forma que se contemple su uso seguro, incluso en las aplicaciones informáticas asociadas a la historia clínica.
- Evidencia el papel protector del personal de primer contacto con la atención sanitaria.

Las estimaciones de incidentes en Atención Primaria están en 0.004 -240.0 /1000 consultas y un 45-76% de todos los "errores" fueron prevenibles.

**Siete pasos para la seguridad del paciente en atención primaria** es 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 que atienden:

- Paso 1 Desarrollar una cultura de seguridad.

- Paso 2 Liderar y apoyar a su personal.
- Paso 3 Integrar su actividad en gestión del riesgo.
- Paso 4 Promover la notificación.
- Paso 5 Involucrar y comunicar con pacientes y público.
- Paso 6 Aprender y compartir lecciones de seguridad.
- Paso 7 Implantar soluciones para prevenir el daño

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 re-consultas y las inter-consultas y, por lo tanto, disminuir la presión asistencial.

**FIN DEL DOCUMENTO**

## **LA ETICA DE LA RESPONSABILIDAD Y DE LA PREVENCION**

Nuestro quehacer profesional ( actividad biomédica ), basado en el conocimiento y el reconocimiento de nuestras prácticas y actuaciones 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 ó 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 nuestras acciones y responsabilidad al prever las consecuencias , bien a través de la práctica de nuestras actuaciones o como protección del bien público ( responsabilidad social ) en el caso de las asociaciones ó 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.

## **LA ETICA DE LA PREVENCION**

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, clemente, 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.

A estos efectos, conviene señalar que existe un clima de creciente consumismo sanitario donde todo lo preventivo tiene un mercado asegurado, habiéndose generado un fenómeno de tolerancia en el rigor que se debería exigir en la publicidad. La 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 engañosa (alimentación, pruebas de detección precoz, test genéticos, consensos, medicamentos, vacunas, etc.).

## LA ETICA DE LA RESPONSABILIDAD

En este punto 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.

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, 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.

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 **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 **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 cual es el riesgo que se asume en caso de no aceptar la intervención preventiva.

Esto es 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.

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 nos reiteramos en nuestro mensaje comprometido por **una ética de la responsabilidad**, que exige de todos y cada uno de los sectores profesionales y político 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.

# El futuro de la formación médica

Para hacer una previsión del futuro, siempre arriesgada, es conveniente analizar lo que ha pasado antes y dónde estamos en el momento actual.

## ANTECEDENTES

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 pensamos, e incluso lo hemos estudiado', que ha producido buenos especialistas que han prestigiado el sistema de salud. 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, el tan cacareado «*continuum* educativo» que debe iniciarse en la formación universitaria de pregrado y que finaliza con el desarrollo profesional, antes llamado formación continuada, sino que necesita una profunda revisión.

Hemos llegado al siglo xxi teniendo «deberes» pendientes que, si se hacen adecuadamente, nos permitirán la entrada en el Espacio Europeo de Enseñanza Superior (EEES)) por la puerta grande. Por lo tanto, si bien es la formación postgraduada el motivo de este análisis, no debe olvidarse, por lo del «continuum», 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 seguimos 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, confiamos demasiado en que en la formación postgraduada ya tendrán 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 Profesionales Sanitarias (LOPS)" parecía que se iban a reformar definitivamente los déficit existentes en la formación MIR, sin embargo a los tres años de su promulgación 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 PORQUE 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, algunas no previsibles; así, 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 «en peine» (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 expertise en su terreno y dejar para otros «conocedores» 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 va 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 penuria investigadora en la que estaba años atrás, pero no debe olvidarse que la primera obligación que tenemos 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 inhomogénea 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 de facto en la mayoría de países europeos (European Federation of Internal Medicine, datos no publicados).

## EL COMO 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».

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.

Existen ya documentos muy elaborados que realizan propuestas concretas de cómo debe procederse».

Una dificultad añadida a la hora de defender un modelo concreto de troncalidad en España es la incerteza perenne acerca del mapa de especialidades que va a existir definitivamente o si van a desarrollarse o no 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:

- 1.º 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 en liza.
- 2.º 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.
- 3.º 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.
- 4.º 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.

En cada una de ellas se deberán definir los objetivos que los futuros especialistas deberán conseguir. La definición de los mismos (contenido) deberá ser pactada por las especialidades (sociedades científicas y comisiones nacionales de la especialidad) con mayor contenido clínico general de sus programas y expuesto 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 y sobre todo, 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.

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 del peine con todas las consideraciones hechas, se habrá contribuido a crear unos especialistas acordes con las necesidades actuales, estaremos en un modelo de sistema de salud más flexible y facilitaremos la atención clínica de los ciudadanos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Pujol R, Busquet J, Feliú E, Castellsague Gómez Sáez JM, Marrinez-Carretero JM, Evaluación de la competencia clínica de población de médicos especialistas formados el sistema MIR. *Med Clin (Bate)*. 1995;105:
- Pujol R, Gómez Sáez JM, Martínez-Carretero J. J11. Reflexiones y propuestas sobre la especulización médica en España. *Educación Médica*. 1999;2:8-12.
- Pujol Farriols R. Ser metge. Anuario 2005. C:1 legi Oficial de Metges de Barcelona, 2005:74-17 <http://ees.universia.es>.
- Cardellach F, Vilardell M. Hacia el perfil médico que necesita la comunidad. *Med (Barc)*. 2006;127:136-8.
- Blank L, Kimball II, McDonald W, Merine, ABill Foundation; ACP Foundation; Professors' list: European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millenium; a physician charter 15 months later. *Ann Intern Med*. 2003;138:1139-41.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.
- Terés J, Capdevila JA, Nonell F, Cardellach E Bundo M, Ibarrés M. Formación troncal de las especialidades médicas: un reto del presente para una mejora del sistema sanitario. *Med Clin (Barc)*. 2006;127:139-44.
- Young A, Schleyer AM. A piece of my mind. *The hospitalist story*. JAMA.

2006;296:2067-B-  
I The Bologna agreement, in [www.hefce.ac.uk](http://www.hefce.ac.uk).

**Reflexiones preliminares sobre la 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, estamos en condiciones de 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 lo que Laín consideraba 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 contrato público.

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 SNS 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 auto-regulación, (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. Y 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 crítica 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 publicas de los pacientes en su derecho a una asistencia médica de calidad.

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 el cargo. Así libertad de expresión, de iniciativa, de reunión, de información, todas ellas protegidas por lo que podríamos llamar inmunidad directiva<sup>1</sup>. Los órganos reguladores del ejercicio médico deben de constituir una estructura autónoma e independiente del Estado y del capital, 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.

El objetivo de la mesa sobre Colegiación obligatoria será analizar los fundamentos que la justifican, así como plantear las críticas a las que se debe hacer frente de manera argumentada.

Se plantean las siguientes preguntas para que los congresistas puedan expresar su criterio con el objeto de valorar el estado de opinión:

---

<sup>1</sup> 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.