



III Convención de la Profesión Médica





III Convención de la Profesión Médica

Liderando la Profesión.

*Comprometidos
con la sociedad
y con los médicos.*

Madrid, **16 y 17** de noviembre de 2012

Hotel Meliá Castilla

Capitán Haya, 43

28020 Madrid

Teléfono: 91 5675000





III Convención de la Profesión Médica



Liderando la Profesión.

*Comprometidos
con la sociedad
y con los médicos.*

Inauguración





DISCURSO INAUGURACIÓN III CONVENCION DE LA PROFESION MÉDICA

SALUDOS

Vivimos momentos complejos, difíciles, de crisis, pero no sólo de crisis económica, sino también social, de valores, de confianza.

Y es por eso que la valoración que los médicos hagamos de la situación y los cambios y propuestas que salgan de nuestra profesión deben ser sensatos y meditados, pero de igual manera deben ser firmes y ser valorados por las instituciones a la hora de tomar decisiones.

Nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS) es un pilar fundamental de cohesión de la sociedad española y una seña de identidad de nuestro país. Además, ha tenido siempre por bandera la calidad de sus servicios, siendo un sector estratégico de la economía del conocimiento, de innovación científica y de empleo cualificado y convirtiéndose con los años en un referente internacional.

Nuestro SNS es la institución que ofrece a la ciudadanía confianza y credibilidad, y coloca año tras año a sus profesionales médicos en los primeros puestos de reputación y confianza social.

Pero este SNS exige ahora cambios estructurales y organizativos que aseguren su viabilidad. Es tiempo para transformaciones audaces, pero sensatas, no solo para recortes cortoplacistas. Es el momento de intentar salvar un sistema en el que profesionales y ciudadanos confían.

El déficit fiscal reiterado acaba siendo déficit social. Para evitarlo la Administración Española sólo se ha fijado en los **gastos y menos en los**



ingresos y desde luego nada en **mantener la confianza de los ciudadanos** y la motivación de los profesionales.

Los médicos estamos comprometidos con la calidad y la seguridad asistencial y en el momento actual estamos muy preocupados por su mantenimiento y por una posible dualización del sistema, es decir en una sanidad para ricos y otra para pobres.

Seguimos oyendo como se asegura a la ciudadanía que los recortes no afectarán a la calidad asistencial. Los recortes afectan y seguirán afectando al desempeño profesional y mucho a la calidad del servicio a los pacientes. Y así lo ven los ciudadanos, la sanidad ha subido al cuarto lugar en el rango de problemas que más preocupan a los españoles.

Desde el punto de vista profesional nos preocupa la precariedad laboral y los niveles retributivos.

Nos preocupa sobre manera como afecta la crisis a los **Médicos Internos Residentes**, así como la disminución y falta de ofertas de empleo al terminar su formación lo que ha provocado que, en los últimos cuatro años, desde que estalló la crisis, se haya triplicado el número de médicos que se van a trabajar fuera de España. Médicos magníficamente formados a costa de los Presupuestos Generales del Estado y no parece lógico que después de este esfuerzo, después de esta inversión, tengan que emigrar.

La desmotivación, el cansancio, la frustración están presentes en muchos de nuestros compañeros, pero hemos de ser conscientes primero nosotros mismos y después la administración que los costes sanitarios están directamente relacionados con las decisiones clínicas y que conviene recordar que en sanidad los cambios que se tengan que realizar,---- con los médicos son posibles, -----contra los médicos casi seguro imposibles.



A pesar de lo cual desde la OMC queremos reforzar el profesionalismo médico y abanderamos un Código Deontológico mas exigente y preciso que nunca, donde se establecen los compromisos con el paciente, sociedad y SNS actual, ofreciendo respuestas a los conflictos antiguos y a los nuevos. Y por si fuera poco lo hemos reforzado con el Manual de buena práctica deontológica que presentamos la semana pasada y que hoy os entregamos.

Somos sociedad pero también somos historia. Creemos que buena parte de la solución está en nuestra cultura profesional y sanitaria, en los valores y compromisos de los médicos. Pero debemos ser correspondidos, por ello **exigimos como contrapartida un pacto político y social** que permita revitalizar el sistema sanitario y asegurar su sostenibilidad. Exigimos transparencia y participación, en los cambios y reformas con un nuevo modelo de gobierno sanitario que potencie la profesionalización de la gestión, un modelo en base a criterios de transparencia, capacidad y mérito. Urge detectar bolsas de ineficiencia, evaluar el uso de nuevas tecnologías, introducir sistemas de evaluación que puedan discernir lo que es útil de lo que no lo es y favorecer que las decisiones que se tomen sean siempre basadas en criterios científicos y no políticos o de marketing.

Pero hay algo muy relevante que no puedo dejar pasar por alto: Nos preocupa tanto la privatización inducida que lleva a muchos ciudadanos a gastos sanitarios ante el deterioro del servicio público, como la senda de externalización sistemática de la prestación o provisión de servicios. Hemos asistido recientemente al anuncio de la conversión de un hospital insignia de la Sanidad Española sin la justificación y racionalidad debida, al anuncio de privatizar seis hospitales recientemente creados, a la externalización de 27 centros de salud. Las excusas para la privatización son francamente débiles, justificar este cambio aludiendo el excesivo coste del sistema público debería acompañarse de evaluaciones y estudios independientes que justificaran tal afirmacion. No solo no existen tales estudios, como cuando se afirmaba que el



copago asistencial controlaría la demanda, sino que hay evidencia de todo lo contrario.

Privatizar la sanidad no va a ahorrar nada. En el sistema nacional de salud británico, que es uno de los más parecidos al español en Europa, han demostrado justo lo contrario, en el British Medical Journal publicaron hace ya un par de años cómo la financiación de iniciativa privada en el sector público costó al sistema 1,2 billones de euros en el momento más álgido de la crisis (que por cierto a ellos les llegó en el 2008) (1)

Por otro lado, estudios en Italia sobre la mortalidad evitable demuestran que la inversión en el gasto público conlleva una disminución en la mortalidad (2)

La sanidad pública tiene como objetivo principal repartir los beneficios en salud entre sus ciudadanos, mientras que la sanidad privada tiene un fin claro y legítimo que es maximizar los beneficios. Conviene recordar que sin los sólidos cimientos de atención sanitaria pública, que hoy son la atención primaria, el hospital general, y las unidades de alta especialización, es imposible construir en España un sistema de excelencia. Abandonar estos cimientos a su suerte, o negarles instrumentos de gobierno y gestión, es una apuesta sobre la que la OMC debe expresar su más profunda preocupación y rechazo.

Y aquí estamos hoy, en la III Convención de la Profesión Médica Española, cuyo lema hemos querido englobar en dos simples frases: la primera "Liderando la profesión", porque entendemos que son momentos decisivos, complejos, que requieren uniformidad en nuestra respuesta; requieren buscar aquello que nos une como médicos, sumando uniéndose fuerzas para hacer visible la prioridad común que es sin ninguna duda la salud de nuestros pacientes y la defensa del SNS.

Y la segunda "comprometidos con la sociedad y con los médicos", que es sin duda la razón de ser de la OMC y de los Colegios de Médicos. Es difícil ofrecer



mejor garantía a la sociedad y no hay sistema más justo para los profesionales que aquel regulado por ellos mismos.

Ayer mismo, el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos ha firmado un acuerdo con el Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

A través de la plataforma de servicios de validación, firma electrónica y sellado de tiempo denominada @firma. Reconoce y valida los certificados emitidos por la entidad de certificación "ECOMC" del Consejo General, prestandole todos los servicios de la Plataforma.

Con la validación de @Firma, los certificados electrónicos emitidos por la Entidad de Certificación del CGCOM (EC-OMC), que certifican la condición de Médico, su habilitación e idoneidad Profesional, serán admitidos por las Administraciones Públicas en todas las relaciones por medios electrónicos de los titulares de dichos certificados

Hemos elegido temas candentes, que deben estar en todas las agendas y ser tratados con transparencia:

Como ya ha comentado el Secretario General abordaremos en el transcurso de estas dos jornadas 11 temas integrados en tres grandes Módulos: Módulo I Deontológico, Módulo II Sistema Nacional de Salud y Módulo III Profesional, que los representantes de la profesión médica han considerado como prioritarios, a saber:

El mobbing, ese silencio cómplice

El conflicto de intereses en la profesión médica

La objeción de conciencia: el deber de informar

La Profesión Médica en la Península Ibérica

La situación actual de nuestro sistema sanitario,

Los nuevos modelos de gestión sanitaria



La colaboración público-privada.

Introducción de innovaciones diagnósticas y terapéuticas

El aprendizaje de la medicina y la formación del médico.

Los valores humanísticos, deontológicos, científicos y técnicos del ejercicio de la medicina.

Los Colegios del siglo XXI y su valor para la sociedad.

Todo este proceso de deliberación participada, objeto de la presente Convención es una muestra más que nos legitima. Los Colegios profesionales como auténticos espacios éticos y democráticos y en los que es fundamental la independencia y la autonomía, es donde tenemos la capacidad de dar respuesta a los principales dilemas éticos y deontológicos de la profesión. En España, como en el resto de Europa, los colegios de médicos tienen la irrenunciable justificación ética y social de regular la profesión.

En fin, son tiempos complejos y vivimos bajo continua amenaza y sobresalto diario, en condiciones poco idóneas para la reflexión y la calma de la relación médico-paciente; pero no podemos dejarnos llevar por la desesperanza; son momentos para luchar por lo que creemos que es justo, de estar alerta y de colaborar en crear una nueva estructura que haga posible mantener una sanidad pública y de calidad. Y nuestra única forma de hacerlo es con la palabra, poderosa palabra, insistiendo e insistiendo, denunciando y volviendo a denunciar.

Es una oportunidad única de trabajar juntos desde la racionalidad, la visión científica y el humanismo que han sido las bases de nuestra profesión desde sus orígenes. Es importante tener muy claro lo que tenemos, lo que queremos y los enormes riesgos a los que se está sometiendo a nuestro sistema nacional de salud que hasta ahora ha servido con eficiencia y justicia a la población española.



Es necesario que los profesionales médicos podamos seguir preocupados y discutiendo por el espacio que en cada una de nuestras acciones y decisiones con el paciente ocupan la ciencia el arte y la ética.

Vamos a trabajar. Muchas gracias

- (1) <http://www.bmj.com/content/341/bmj.c7125>.
- (2) <http://jech.bmj.com/content/early/2012/09/28/jech-2011-200640.abstract>



III Convención de la Profesión Médica



Liderando la Profesión.

*Comprometidos con
la sociedad y
los médicos.*



Modulo I

Mesa 1

Mesa 2

Mesa 3

Mesa 4





Liderando la Profesión.

*Comprometidos
con la sociedad
y con los médicos.*

Abstract Mesa 1:

MOBBING:

UN SILENCIO COMPLICE





III Convención de la Profesión Médica

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



Convención de la Profesión Médica



Mesa I

MOBBING: UN SILENCIO COMPLICE

III Convención de la Profesión médica
Madrid 16 y 17 de Noviembre de 2012

Moderadora:
Dra. Dolores Crespo Hervás

Reflexión preliminar: Dr. Jose Carlos Mingote.
Relator/a: Dra. Maria Luisa Rodriguez de la Pinta
Discusor/a Dra. Covadonga Caso
Preguntas: Dra. Maria Angeles Sanchez Uriz

El **mobbing**, H.Leyman (1933, Estocolmo) es un término empleado para identificar situaciones en las que una persona o grupo de personas ejercen un conjunto de comportamientos caracterizados por una violencia psicológica, de forma sistemática (al menos, una vez por semana), durante un tiempo prolongado (de más de seis meses), sobre otra persona en el lugar de trabajo. Siendo así arrastrada la persona a una posición de indefensión y desvalimiento, además de mantenerle activamente en esta situación.

Por tanto el mobbing, se trata como una forma de estrés laboral, que tiene su origen en las relaciones interpersonales que se establecen entre los distintos individuos de cualquier empresa, sin que ocurra necesariamente por causas directamente relacionadas con el desempeño de su trabajo o con su organización. Sería más bien la consecuencia de una interacción social negativa.

Piñuel y Zabala (2001) contemplan la necesidad de que estas conductas sean verificables por testigos, para que el acoso sea una realidad y no una sensación.

En Europa, la definición de Acoso Psicológico varía de un país a otro. Laurent Vogel, de la Oficina Técnica Sindical Europea (OTS), estima que la noción de acoso indica un fenómeno que se inscribe en el tiempo, ya que acosar implica “volver a la carga”, mientras que el calificativo psicológico

permite, por una parte, intentar establecer una distinción –a veces difícil– con el acoso sexual y, por otra parte, indicar que los perjuicios no afectan principalmente a la salud física de las personas, aun cuando puede haber también violencia física

Por su parte, la **Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo** de Bilbao definen el Acoso Psicológico como un comportamiento reiterado y anormal, dirigido contra un empleado o grupo de empleados, que genera un riesgo para la salud y la seguridad.

González de Rivera (2005) apunta que en la práctica, los términos moral, psicológico y mobbing son intercambiables. Remarca que Acoso Psicológico es el mantenimiento persistente e intencional de pautas de maltrato psicológico, concentradas en acciones tales como amenazar, criticar, ridiculizar, acechar, perseguir. En ellas se induce a sentimientos negativos, como miedo, desánimo, preocupación, confusión, inseguridad. Además se interfiere en las dinámicas mentales, dificultando la realización de actividades y tareas, sobrecargando con exigencias y expectativas que no se pueden cumplir.

El Acoso Institucional lo define como un fenómeno grupal en el que un sujeto es sometido a persecución, agravio, opresión psicológica por uno o varios miembros al que pertenece, con la complicidad o la aquiescencia del resto, que acepta esta dinámica como necesaria para mantener la estabilidad del grupo. Este fenómeno es conocido desde muy antiguo como “síndrome del chivo expiatorio” y “síndrome del rechazo del cuerpo extraño”.

Hirigoyen define Acoso Moral como el proceso activo por el cual una persona infringe daño psicológico a otra de manera intencional, persistente y deliberada, mediante comentarios, actitudes y manipulaciones ambientales y psicosociales, sin recurrir a medios de agresión física. Los primeros efectos suelen ser de tipo psicológico, como inseguridad, inquietud, ansiedad, depresión y pérdida de autoestima. Pronto siguen efectos sociales, aislamiento, disminución de rendimiento laboral, irritabilidad e intolerancia de la gente. Pueden progresar hasta la aparición de enfermedades orgánicas, como hipertensión, otros trastornos cardiovasculares, trastornos digestivos y respiratorios, alergias e infecciones por inhibición del sistema inmunitario etc. Llegando en ocasiones a la muerte por inducción del suicidio.

En resumen, el acoso psicológico en el trabajo persigue la desestructuración moral de un trabajador que por distintas razones, se ha hecho indeseable.

Las formas de violencia se pueden manifestar de muy diversas maneras, e incluso con un alto grado de sofisticación, a través, de distintas actitudes y comportamientos. Leymann() distingue 45 comportamientos hostiles diferentes que pueden ser clasificados en grupos distintos atendiendo a su distinta naturaleza: acciones contra la reputación y dignidad, acciones contra el ejercicio de su trabajo, acciones que manipulan la comunicación o la información ,acciones de iniquidad

Zapf y cols. 1996) las agrupa en categorías según la persona que se quiera agredir: Ataques a la víctima con medidas organizacionales, ataques a las relaciones sociales de la víctima con aislamiento social, ataques a la vida privada de la víctima, ataques a las actitudes de la víctima, agresiones verbales, rumores, violencia física.

Las fases según González de Rivera (2005) distingue las siguientes fases en el acoso psicológico en el trabajo: Fase del incidente o conflicto, estigmatización, intervención de la jerarquía (auto cumplimiento de la profecía) fase de expulsión o eliminación

Para los autores, Pérez Bilbao, J., Nogareda Cuixart, C., Martín Daza, F., y Sancho Figueroa, T. existen cuatro grandes fases en el desarrollo de este problema, caracterizada cada una por elementos propios: Fase de conflicto, fase de mobbing o de estigmatización. fase de intervención desde la empresa. fase de marginación o de exclusión de la vida laboral.

Las consecuencias del acoso

Respecto a las consecuencias propiamente dichas, Fernández Garrido las divide en las siguientes esferas: la persona afectada, el trabajo y la calidad de vida laboral, la salud, el entorno laboral.

El acoso produce una serie de daños según los siguientes autores (Canadá Safety Council, 2002; Cooper, 2001; Di Martino y Mushri, 2001; Martín Daza et al 2001; Neuman, 2001; Pérez Bilbao, 2001): como son el deterioro del ambiente y la moral laboral, pérdidas económicas, impactos en los testigos del acoso, las personas allegadas a la víctima, los costes y daños a nivel organizacional

M.F. Hirigoyen también hace una división en tres tipos de consecuencias, sobre la salud, las bajas laborales, consecuencias económicas y sociales, consecuencias para el trabajador, consecuencias psíquicas, consecuencias físicas., consecuencias sociales, drogadicción consecuencias para las organizaciones de trabajo, el rendimiento, el clima laboral, la accidentalidad, consecuencias para el núcleo familiar y social y para la comunidad.

EPIDEMIOLOGÍA Y PREVALENCIA

Leyman encontró ya en 1980 un 3,5% de trabajadores de una empresa que experimentaban acoso psicológico en su puesto de trabajo. Más adelante (1996), en un estudio a mayor escala, halló un 14,41% de los casos de “mobbing”. En 1999 la Organización Internacional del Trabajo (O.I.T) lo cifraba en un 7%. En España estudios más recientes (2001) han encontrado cifras en torno al 11% .

Según los resultados de una encuesta en la **Unión Europea**, el 9% de los trabajadores de Europa, es decir, 12 millones de personas, ha informado de que en el año 2000 ha sufrido acoso moral durante un periodo de 12 meses. Sin embargo, la prevalencia indicada varía mucho en los distintos Estados miembros de la Unión Europea Estas diferencias quizá no estén relacionadas exclusivamente con las diferencias de la incidencia del problema, sino con las diferencias culturales con respecto a la atención prestada al acoso moral y a su comunicación. La prevalencia del acoso moral es más alta en trabajos muy exigentes y de escaso control individual, que comportan altos niveles de ansiedad.

Algunos estudios se encargan de destacar la incidencia de este problema, su magnitud o ambos, para lo cual se han diseñado herramientas específicas estandarizadas como el **L.I.P.T.** (Leymann Inventory of Psychological Terrorization, 1990). Otros instrumentos que miden las consecuencias derivadas de este tipo de procesos son diversos cuestionarios específicos destinados a evaluar sintomatología psicósomática generada por procesos estresantes, como el **Test de Salud Total** (T.S.T. de T.S. Langer, 1962) o el **Cuestionario General de Salud** (G.H.Q. de Golberg, 1972).

La Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Trabajo (1996) estimaba que 12 millones de personas estaban afectadas (alrededor del 8%). La **Tercera Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo** señala que un 9% de los trabajadores europeos (13 millones de personas)

han sido víctimas de acoso laboral (Randstad, 2003). Se ha observado que el acoso laboral es más frecuente en los trabajadores de las administraciones públicas, en instituciones docentes, en la sanidad, en el transporte, en el comercio y en las organizaciones no gubernamentales.

En el **US Hostil Workplace Survey** del 2000 se reflejó que el 36% de los casos, los superiores se volvieron en contra de los acosados, dándose entonces la doble victimización.

Por otro lado, el **Dictamen Económico y Social Francés** (2001) concluía que el acoso laboral lo sufrían con más frecuencia las mujeres y las personas pertenecientes a grupos minoritarios (etnia, religión, política o discapacidad).

En España, el último informe de la **Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Trabajo** (2001) estimaba que alrededor de 750.000 trabajadores estaban padeciendo acoso laboral. Estos datos se calcularon a partir de una estimación de prevalencia del 5%, que es bastante moderada si la comparamos con los datos del I Informe Cisneros que señala que en España son víctimas de acoso laboral 1,5 millones de trabajadores, lo que supone más del 15% de los trabajadores en activo.

Piñuel y Zabala(2006) afirman en el **Informe Cisneros II** que un 16% de la población activa (2,38 millones de trabajadores) se consideran víctimas de mobbing. Además, uno de cada tres trabajadores manifestó haber sido víctima de acoso laboral con un frecuencia semanal, y cerca del 77% de los afectados señaló un apoyo escaso o nulo en sus organizaciones.

Por otro lado, según el **estudio Cisneros III**, realizado por el **Sindicato de Enfermería** (SATSE), el acoso sexual y el acoso psicológico resultan frecuentes entre el personal de enfermería. Este estudio concluye que: una de cada tres enfermeras (o el 35%) sufre acoso psicológico o moral en su trabajo; solo uno de cada tres compañeros se solidariza con la víctima; y el apoyo de protección institucional y administrativa es inexistente. En el 75% de los casos el acosador es el jefe, en el 28% un compañero y en el 6% un subordinado. Estos datos convierten a este sector profesional en el tercero más afectado por esta clase de actos de violencia, después de la Administración Pública y de la Enseñanza.

En el año 2003 el **Colegio de Médicos de Madrid** realiza un estudio sobre la situación socio-laboral y de salud en los profesionales médicos. Con una muestra de 1.500 médicos, en los resultados se pudo observar que un tercio

de los entrevistados declaraba haber sufrido algún tipo de acoso en su medio laboral, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas por sexos. Siendo el acoso moral es el más frecuente,(70%) Posteriormente se realizó un estudio epidemiológico en el que se profundizó en el análisis de dichos resultados.

La **V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo** (MTAS, 2004) cifra en un 2,8% (criterio estricto) a los trabajadores que son acosados una vez a la semana o diariamente y del 4,5% (criterio menos estricto) son acosados mensualmente, semanalmente o diariamente, siendo el sector servicios el más afectado, y la Administración con un 6,2% y la Banca con un 5,8%.

En el año 2006 se publicó un número monográfico sobre acoso laboral en España en el que se mostraba que la prevalencia de acoso laboral era del 9,2% (Moreno-Jiménez y Rodríguez-Muñoz, 2006).

La **VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (2007)** señala que el 1,4% de los trabajadores manifiesta ser objeto de sistemáticas conductas de acoso laboral.

La **Cuarta Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo (2007)** señala unas grandes variaciones sobre la incidencia del mobbing, así en Finlandia (17%), Países Bajos (12%) e Italia (2%); y las mujeres con el 6% lo sufren más que los hombres con el 4%.

Incluso se han observado tasas muy elevadas de acoso laboral como un 53% (Rayner, 1997) o una tasa del 36% en trabajadores sanitarios (Quine, 1999).

Se han descrito **factores que dependen del acosado** como son la autenticidad, inocencia psicológica y dependencia afectiva y otros **factores que dependen del acosador** el sujeto tiene una idea grandiosa de su propia importancia, le absorben fantasías ilimitadas de éxito y de poder, se considera especial y único. Tiene una necesidad excesiva de ser admirado, piensa que se le debe todo explota al otro en sus relaciones interpersonales, carece de empatía aunque pueden ser muy brillantes socialmente, puede fingir que entiende los sentimientos de los demás, tiene actitudes y comportamientos arrogantes.

Con esta base de datos procedentes de la bibliografía se han planteado distintas iniciativas para profundizar en el conocimiento de la problemática

y para dar respuestas de intervención psicosocial y de prevención, que se expondrán durante la mesa redonda.

Mesa 1:

Mobbing: un silencio cómplice





III Convención de la Profesión médica Mesa redonda: "Mobbing: Un silencio cómplice"

El acoso laboral: Experiencias en Madrid

Dra. Dolores Crespo

**Directora del Programa Paimé
ICOMEM**

Psiquiatra. Prof. Asociada. U. Alcalá



- Índice:
- Introducción
- Conceptos sobre acoso
- Iniciativas en Madrid relacionadas con acoso
- Colegio de Médicos de Madrid: Caypam y Paime
- Unidad de valoración y orientación del profesional sanitario enfermo: Uvopse
- Oficina de Salud Mental. C. Madrid

Introducción



Los profesionales sanitarios constituyen un grupo profesional especialmente **vulnerable** al estrés y al acoso laboral(psicológico en el trabajo)

El problema es incluso mayor que el que se da en otros profesionales, como guardias de prisiones, policías, o personal del sector de la Banca (Kingma)

La exposición a conductas violentas en el trabajo es un **estresor psicosocial** importante que puede dañar gravemente la salud física y mental de los empleados (Hogh yViitasara, 2005; Hogh y col. 2003; Wykesy col. 1998).

Introducción



El acoso laboral no es un diagnóstico médico en sí mismo.

Clasificado por la **OMS** en el capítulo XXI: Factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios médicos. Z56: Problemas relacionados con el empleo y desempleo

Puede ser diagnóstico médico las **consecuencias** médicas, incluyendo las psiquiátricas, y los **antecedentes** de trastornos de la personalidad y otros en el acosador y acosado

Definición de acoso laboral



H.Leyman (1933), psicólogo de la Universidad de Estocolmo definió el “**mobbing**” como un término empleado para identificar situaciones en las que una persona o grupo de personas ejercen un **conjunto de comportamientos caracterizados por una violencia psicológica, de forma sistemática** (al menos, una vez por semana), durante un **tiempo prolongado** (de más de seis meses), sobre otra persona, en el lugar de trabajo.

Definición de acoso laboral



Atentar contra la personalidad, la dignidad, o cualquier manifestación de una **conducta abusiva**, los comportamientos, palabras, actos o gestos que puedan atentar contra la integridad física o psíquica de una persona, o que pueda poner en peligro su empleo o degradar el clima de trabajo.

M.J.Hirigoyen,1999

Definición de acoso laboral del Instituto de Seguridad e Higiene en el trabajo

Exposición a conductas de violencia psicológica ,dirigidas de forma reiterada y prolongada en el tiempo hacia una o más personas por parte de otra/s que actúan frente aquella/s desde una posición de poder(no necesariamente jerárquica).Dicha exposición se da en el marco de una relación laboral y supone un riesgo importante para la salud.



BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO

Núm. 130 Miércoles 1 de junio de 2011

- I. DISPOSICIONES GENERALES
- MINISTERIO DE POLÍTICA TERRITORIAL Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
- 9529

Resolución de 5 de mayo de 2011, de la Secretaría de Estado para la Función Pública, por la que se aprueba y publica el Acuerdo de 6 de abril de 2011 de la Mesa General de Negociación de la Administración General del Estado sobre el Protocolo de actuación frente al acoso laboral en la Administración General del Estado.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN FRENTE AL ACOSO LABORAL EN LA ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL ESTADO BOE-A-2011-9529

I. Preámbulo.

1.1 Justificación y antecedentes.

1.2 Principios de actuación.

II. Definiciones y objeto.

2.1 Definición de acoso laboral.

2.2 Objeto y ámbito de aplicación.

III. Procedimiento de actuación.

3.1 Primera fase.

3.1.1 Iniciación del procedimiento.

3.1.2 Indagación y valoración inicial.

3.1.3 Elaboración de propuestas resultantes del informe de valoración inicial.

3.2 Segunda fase.

3.2.1 Constitución de un Comité Asesor.

3.2.2 Investigación.

3.2.3 Elaboración del Informe de conclusiones del Comité Asesor.

3.3 Denuncias infundadas o falsas.

3.4 Información.

IV. Seguimiento y control.

V. Medidas de actuación y prevención del acoso.

5.1 Evaluación y prevención de situaciones de acoso laboral.

5.2 Elaboración de estrategias de sensibilización y formación.

VI. Criterios a los que debe ajustarse la actuación y garantías del procedimiento.

Anexo I: Comité Asesor.

Anexo II: Listado de referencia de las conductas que son o no son acoso laboral.

Anexo III: Modelo de denuncia por acoso.

Acciones del acoso



- **Acciones contra la reputación y la dignidad**
- **Acciones contra el ejercicio de su trabajo**
- **Manipulación de la comunicación**
- **Acciones de injusticia**
- **Ataques a las actitudes de la víctima**

Conductas de acoso



- **Ataques a la víctima con medidas organizacionales**
- **Ataques a las relaciones sociales de la víctima**
- **Ataques a la vida privada de la víctima**
- **Agresiones verbales**
- **Violencia Física**

Criterios operativos de acoso



Los **criterios operativos** que definen dicha situación son los siguientes:

- **Maltrato psicológico injusto y desmedido.**
- Frecuencia repetida y persistente
- **Sin posibilidad de escape ni defensa.**
- Favorecido o al menos tolerado por el entorno en el que tiene lugar
- **La finalidad es eliminar al acosado, destruyendo su salud y sus capacidades**

Iniciativas para la salud de los médicos en Madrid(2001-2012)

*2001 ICOMEM. Creación de “la Comisión de vigilancia de la salud de los médicos” para dar respuesta a los problemas de salud mental ,de salud en general y al acoso moral.

*2006 La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid creó la “Unidad de valoración y orientación al profesional sanitario enfermo” (Uvopse)

*2006 ICOMEM Creación de “la Comisión de atención y prevención del médico (Caypam) en sustitución de la anterior comisión

*2009-2010 ORCSM Estudio de la violencia interna en las instituciones sanitarias.

*2012 Sustitución del Caypam por Paime





Colegio de Médicos de Madrid

Dos líneas de trabajo

- **Estudios de Salud y factores sociales, psíquicos y laborales**
- **Programas de intervención**

Profesionales implicados

- Secretaría general del Icomem
- Asesoría jurídica y Comisión deontológica
- Médicos de los Servicios de Prevención de los Hospitales de Madrid
- Equipo de la Uvopse
- Equipo de investigación violencia interna
- Psiquiatras de los Centros de salud mental y de los Hospitales de Madrid
- Consultores-Asesores especializados
- Comisión de atención asistencial
- Comisión asesora

Agradecimiento a todos por su labor



Colegio de Médicos de Madrid

Primera línea de trabajo

Conocer el estado de salud de los médicos y más concretamente aquellas patologías más frecuentes y relacionadas con el ejercicio de su trabajo e intervenir con la máxima calidad y confidencialidad

Dr. Vicente Arias
CAYPAM



Comisión de vigilancia de la salud del médico
Caypam

Tipos de intervenciones

Mediación en las fases iniciales o intermedias de conflictos que afectan al médico.

Intervención para modificar y mejorar condiciones de trabajo especialmente hostiles, quemantes, etc.



Comisión de vigilancia de la salud del médico
Caypam

Tipos de intervenciones

Apoyo mediante la atención sanitaria precoz en casos de enfermedades derivadas de estas **situaciones hostiles**.

Entrenamiento en el manejo de **situaciones comprometidas** o difíciles cara al paciente o compañeros enfermos.



Profesionales atendidos en el Caypam

- Desde 2002 a 2010 fueron atendidos 207 médicos y de ellos una tercera parte presentaba acoso laboral

Dr. Vicente Arias
CAYPAM



Colegio de Médicos de Madrid

Segunda línea de trabajo:

Estudios de salud

1.- Estudio del nivel de salud y de las condiciones sociolaborales

2.-Estudio epidemiológico mediante sistema de muestreo representativo de la población



**Estudio del nivel de salud y de las condiciones sociolaborales.
Comisión de vigilancia de la salud del médico**

Situación socio-laboral de los profesionales médicos

**Patrocinado por el Grupo Medicina y Salud de la
Mujer(Pfizer)2002-2003**

Muestra de 1554 médicos que remiten voluntariamente
el cuestionario insertado en la revista Madrid Médico



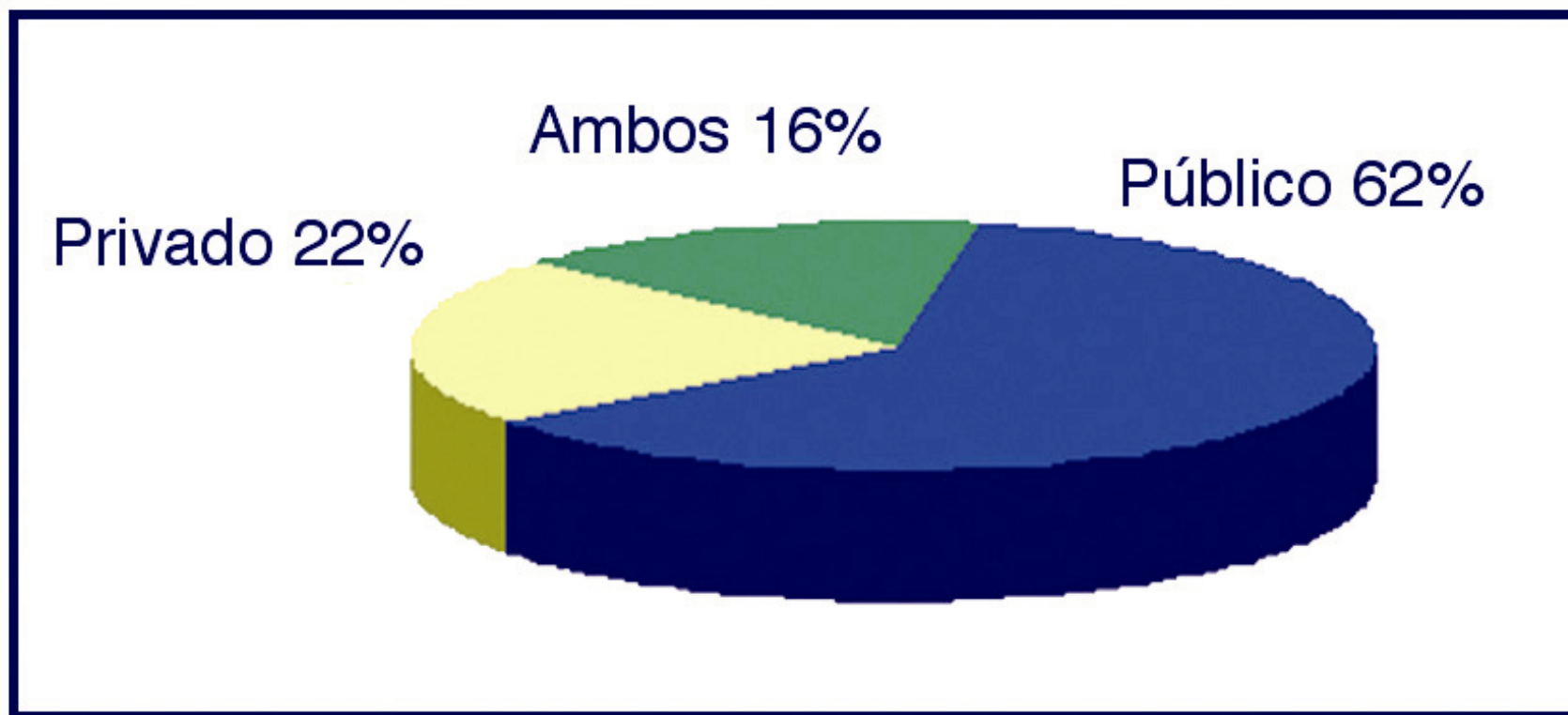
MUESTRA POR ESPECIALIDADES

	<u>Total</u>	<u>Hombres</u>	<u>Mujeres</u>
-Atención primaria	479	219	260
-Especialidades	948	521	427
-Sin especificar especialidad	127	80	47
TOTAL	1554	820	734

SEXO Y EDAD

	<u>TOTAL</u>	<u>HOMBRE</u>	<u>MUJER</u>
		53%	47%
Edad Media	43 años	46años	40años

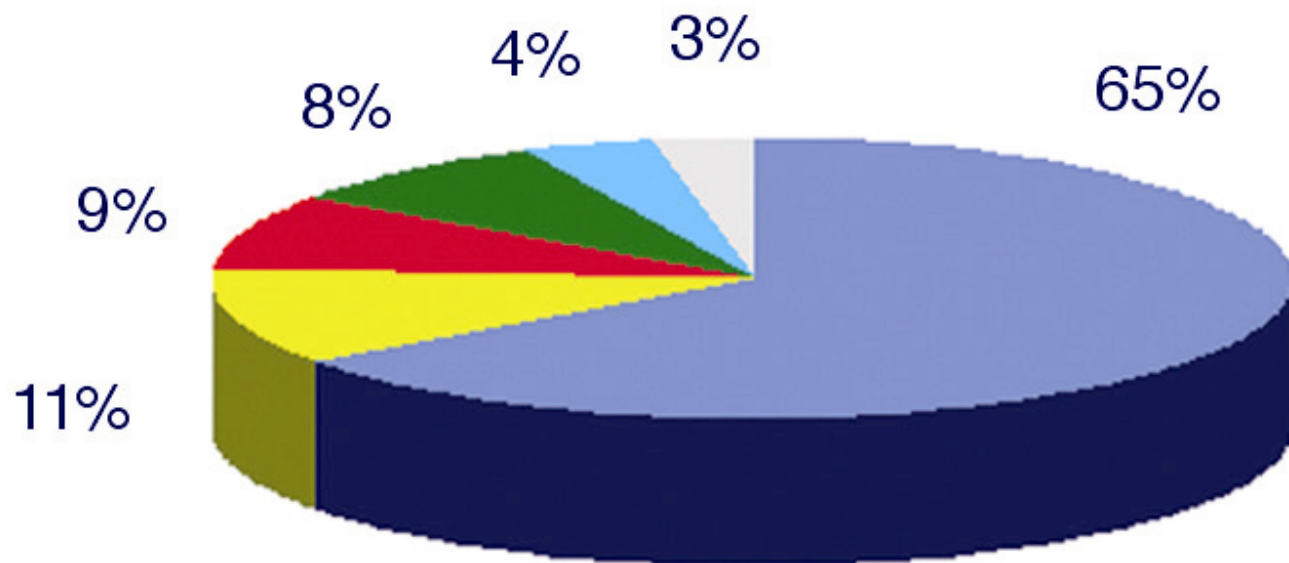
Gráfica 1. Datos Sociodemográficos de la muestra



Gráfica 2. Sectores donde los médicos desempeñan su labor asistencial



- Labor asistencial
- Práctica Privada
- Formación Propia
- Gestión
- Docencia
- Investigación

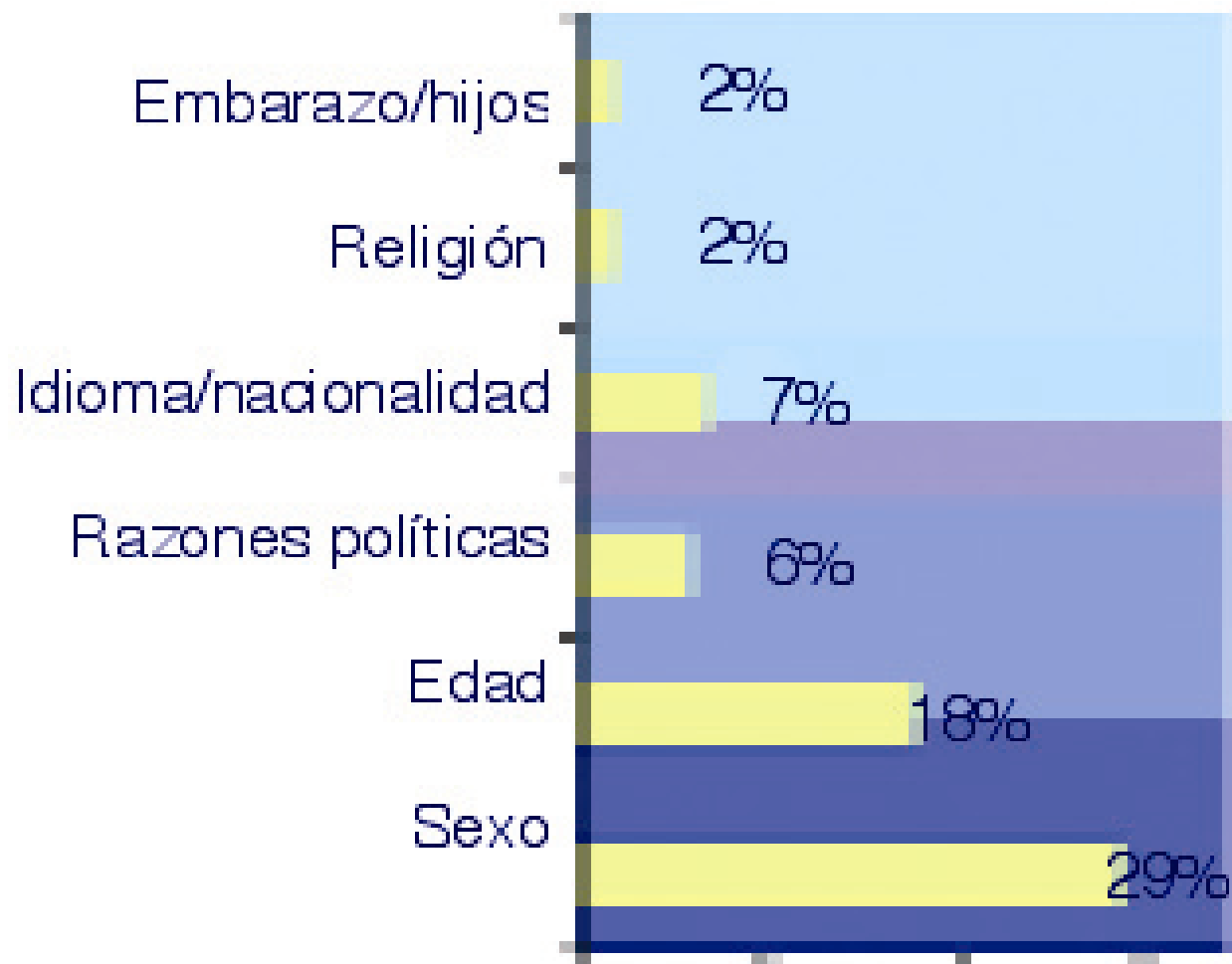


Gráfica 3. Distribución de actividad profesional



Gráfica 4. Motivos de discriminación profesional

MOTIVOS PERSONALES





Gráfica 4. Motivos de discriminación profesional

MOTIVOS PROFESIONALES

Razones económicas/salariales

2%

Por compañeros

3%

Por el tipo de contrato

8%

Por la especialidad

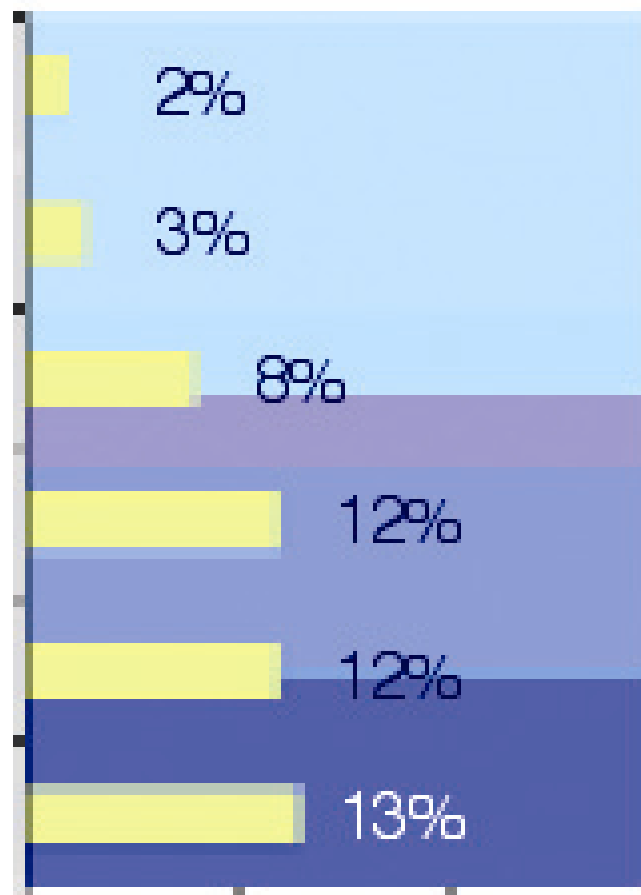
12%

Falta de afinidad/amiguismo

12%

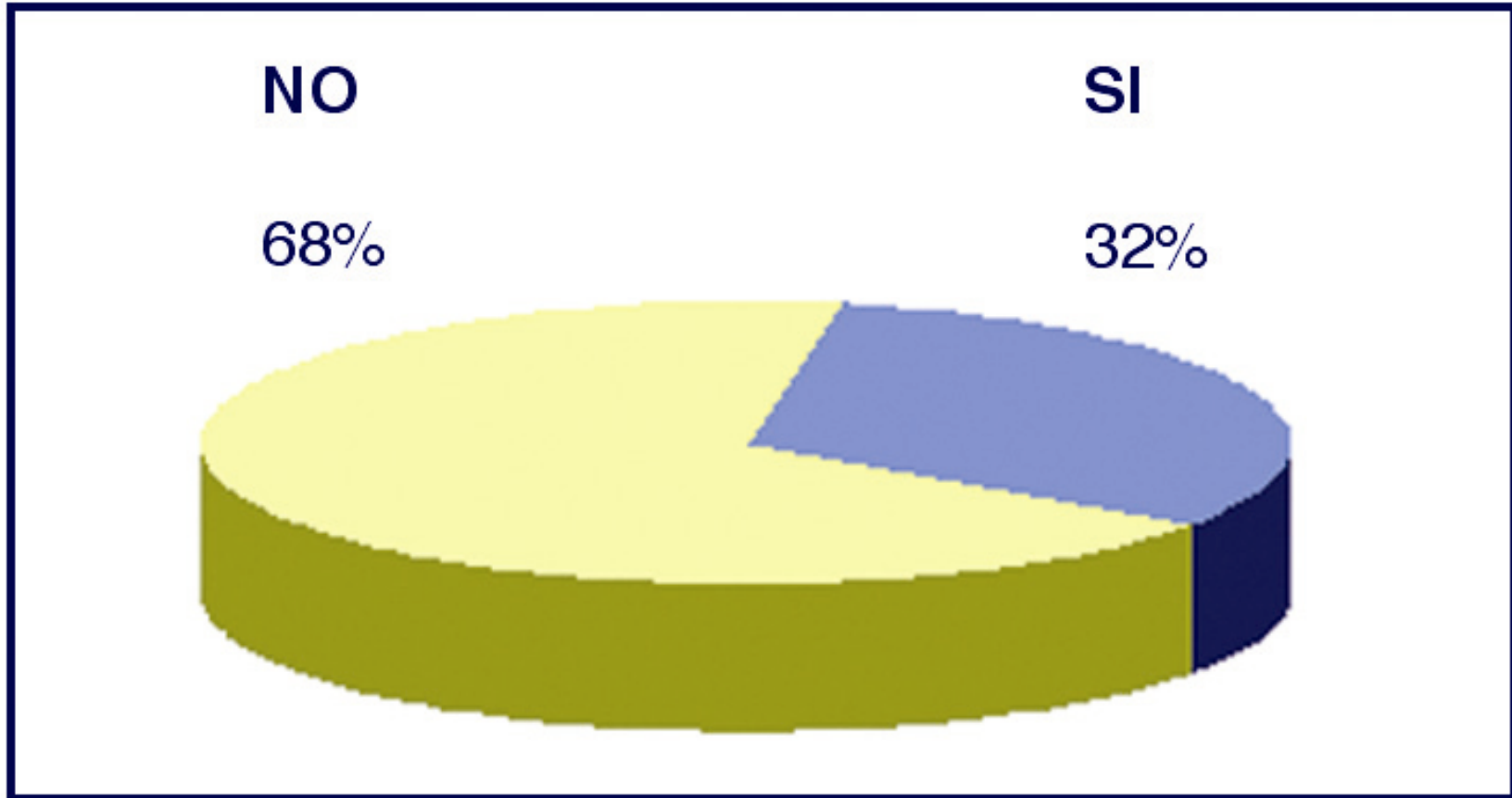
Por mi formación/no MIR

13%





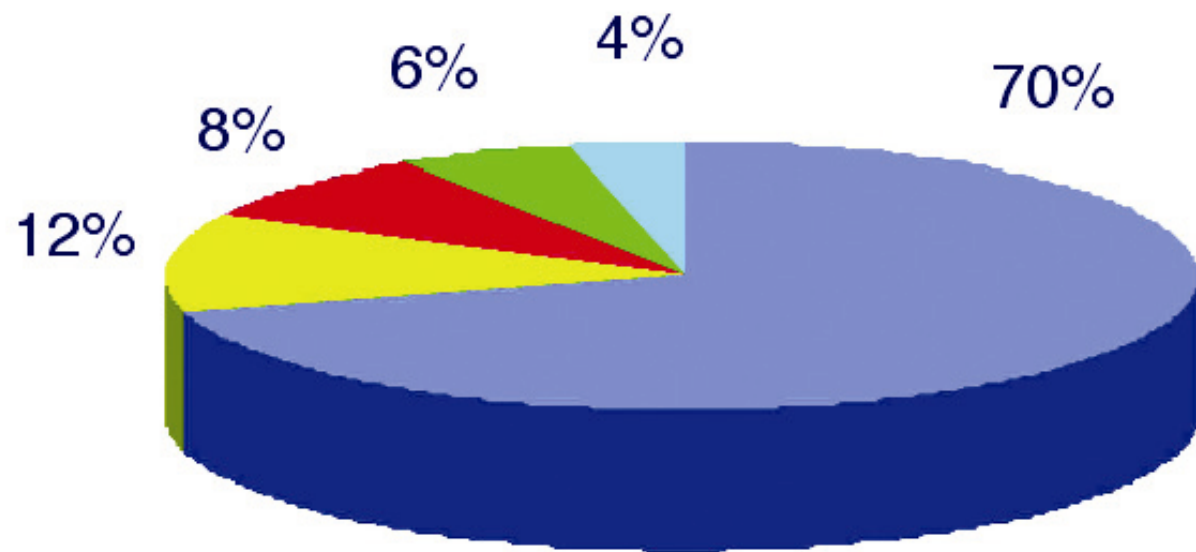
ACOSO LABORAL



Gráfica 5. Acoso laboral sufrido por los médicos



- Moral
- Profesional
- Sobrecarga de Tareas
- Sexual
- Político



Gráfica 6. Tipos de acoso laboral



NO

SI

51%

49%



Gráfica 7. Grado de satisfacción laboral



NO

75%

SI

25%



Gráfica 8. Proporción de médicos que cambiaría de profesión



Estudio epidemiológico :Tipo de preguntas

Comisión de vigilancia de la salud del médico

20. Conoce los riesgos asociados al desempeño de su actividad profesional SiNo
- a. Conoce las consecuencias derivadas de estos riesgos Si No
 - b. Cree que existe alguna enfermedad relacionada con su actividad laboral SiNo
 - c. Conoce las medidas preventivas para evitarlo Si No
 - d. Pone en práctica habitualmente esas medidas Si No

24. Alguna vez ha tenido la sensación de acoso laboral Si No
- a. De quién partía el rechazo: Jefe Compañero Subordinado
 - b. Conoce algún caso similar en su entorno de trabajo ..
.....Si No

28. En caso de ser mujer:

a. Asiste periódicamente a revisión ginecológica

c. Actualmente sigue tratamiento ginecológico Si No

..... Anticonceptivo Hormonal sustitutivoOtro

d. Se ha realizado mamografía en alguna ocasión Si No

e. Tiene Antecedentes familiares de Cáncer de mama Si No

f. Padece usted patología mamaria No

..... Si, Benigna Si, Maligna

g. Durante sus embarazos, si los ha tenido, ha estado correctamente protegida frente a los riesgos relacionados con su puesto de trabajo Si No



Estudio epidemiológico: Resultados Comisión de vigilancia de la salud del médico

- ¿Alguna vez ha tenido sensación de acoso en el trabajo?
- Si30%
- No.....68%
- NC.....2%



Estudio epidemiológico: Resultados Comisión de vigilancia de la salud del médico

- Fuente del acoso
- Jefes.....22%
- Compañeros 6%
- Subordinados 2%



Estudio epidemiológico: Resultados Comisión de vigilancia de la salud del médico

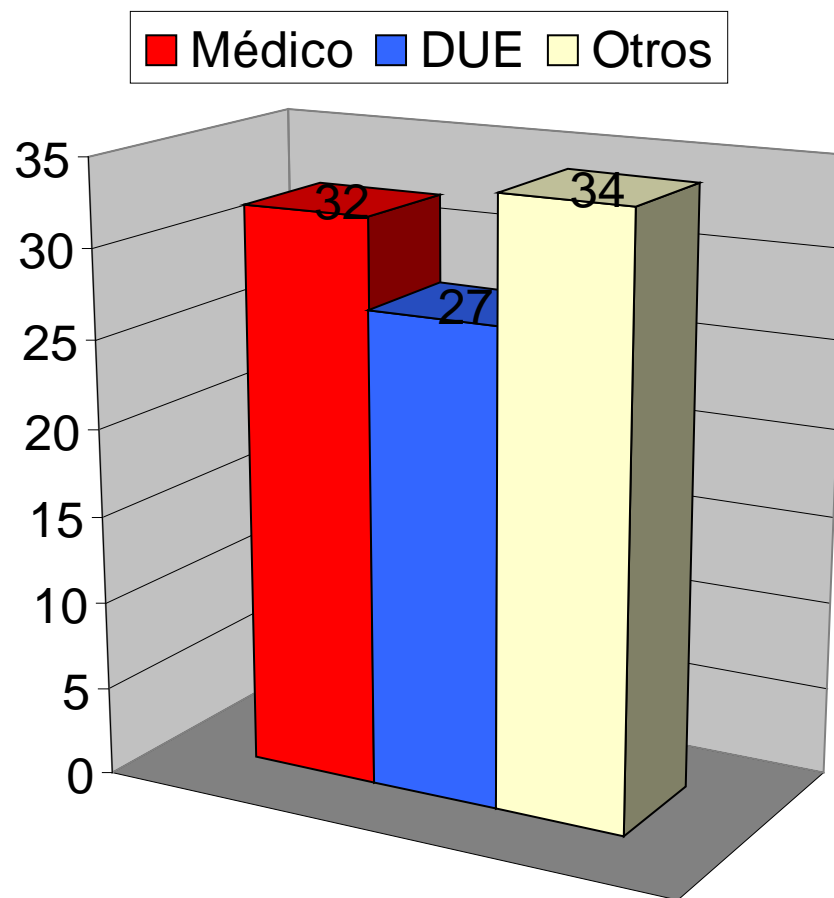
- ¿Conoce casos de acoso laboral a terceras personas en su entorno de trabajo?
- Si....38%
- No...40%
- NC...22%



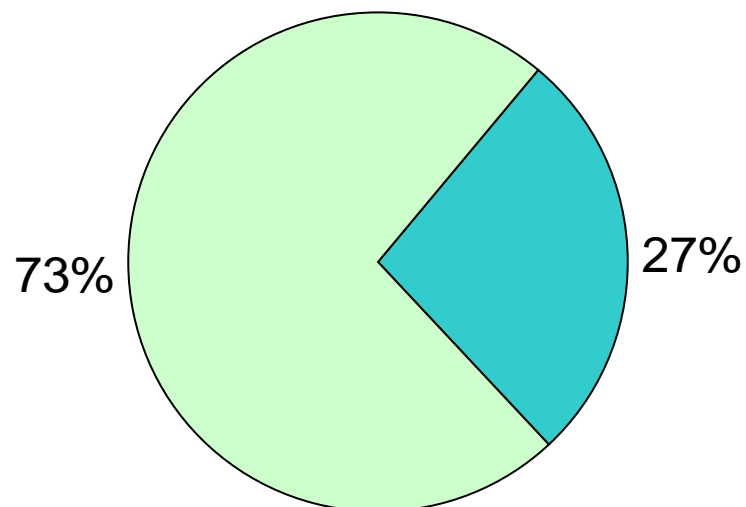
Profesionales atendidos en UVOPSE (junio 2006 a diciembre 2010) Dr.Carlos Mingote y col.2011

- MÉDICOS :333 (222 M / 131 H)
 - ENFERMERAS 265
 - OTROS PROFESIONALES 248
 - OTROS 117
 - TOTAL 963
-
- De los 827 vistos hasta agosto 2010 ,93 un 11,5% consultaron por acoso laboral

Profesión

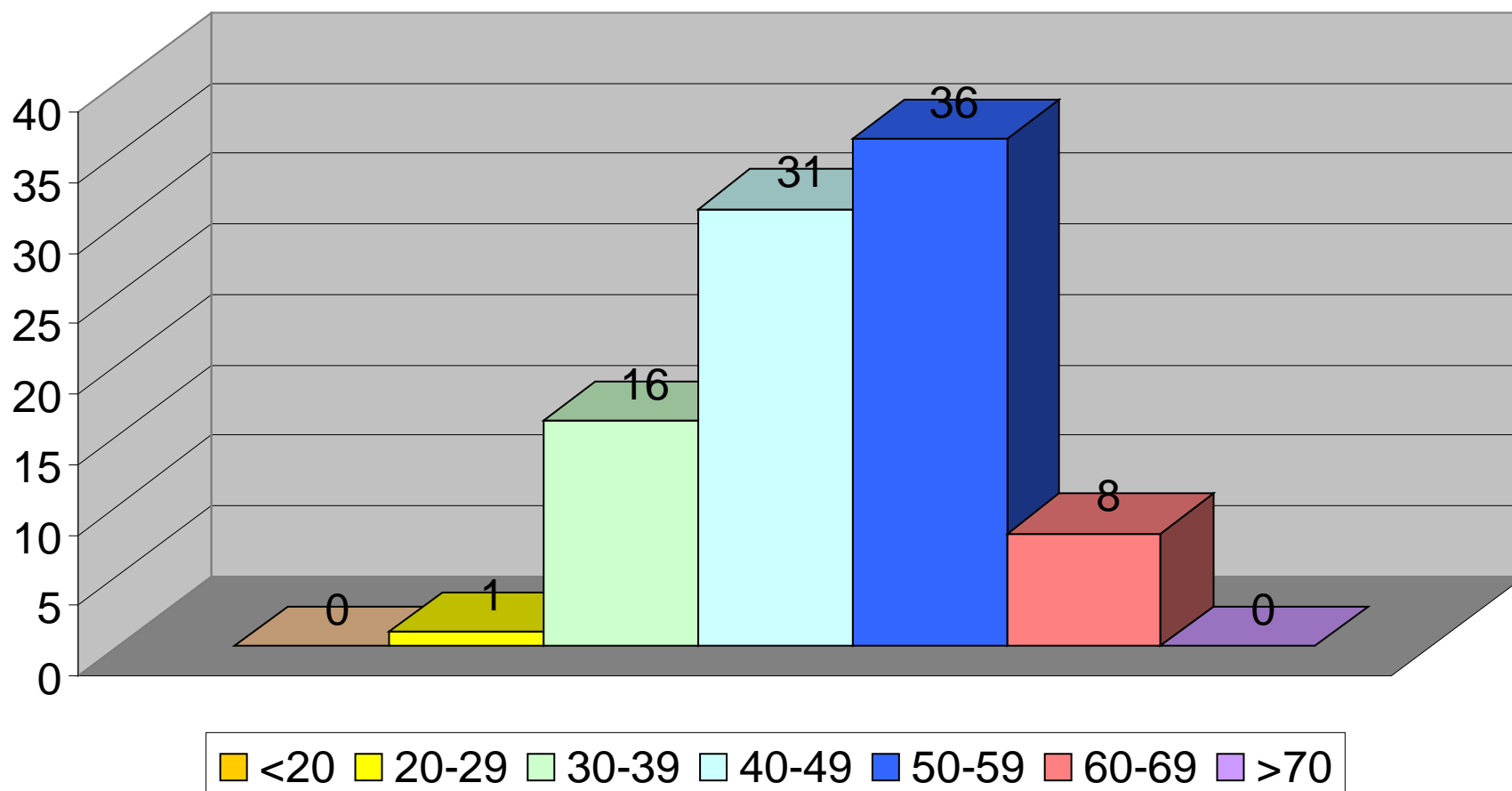


Género

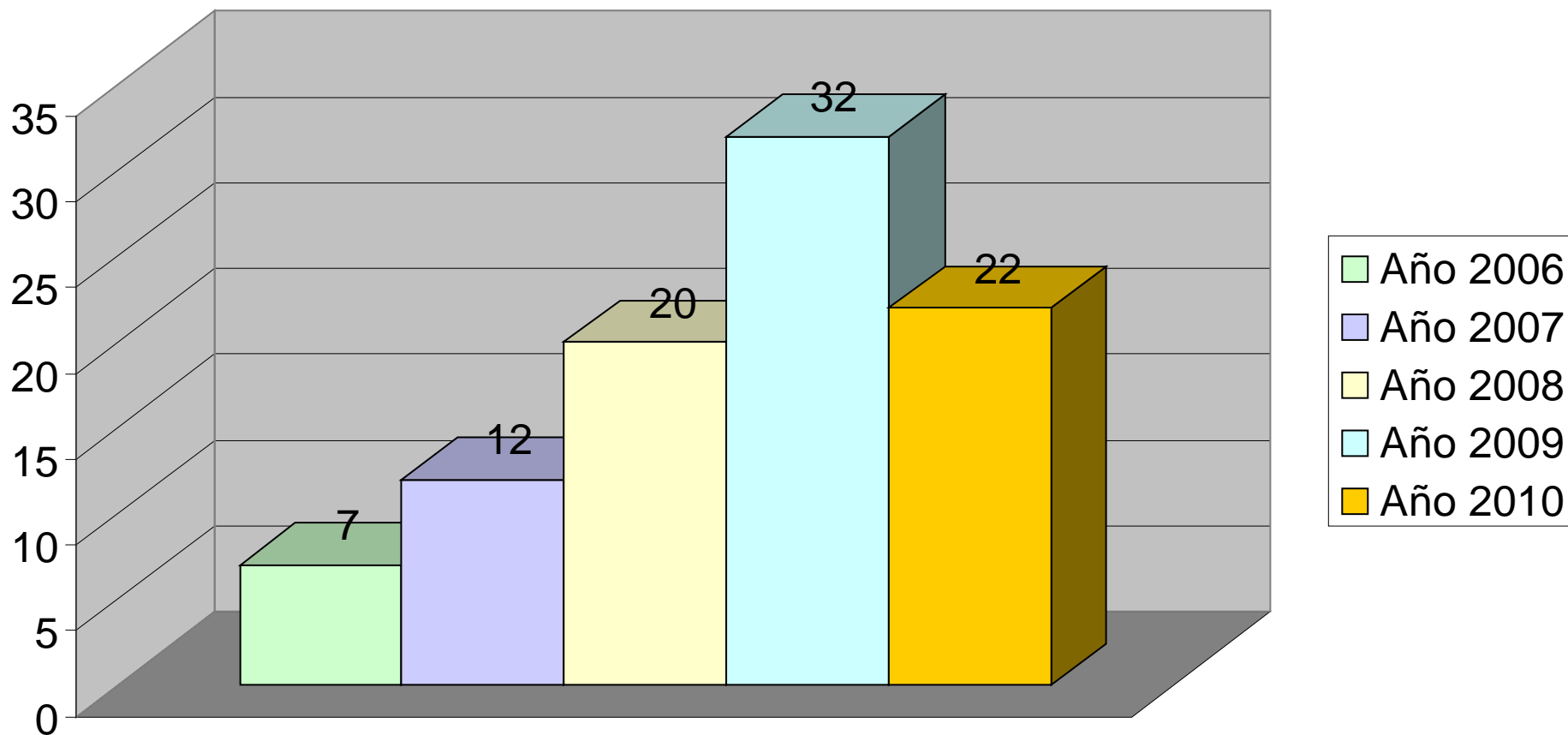


■ hombres ■ mujeres

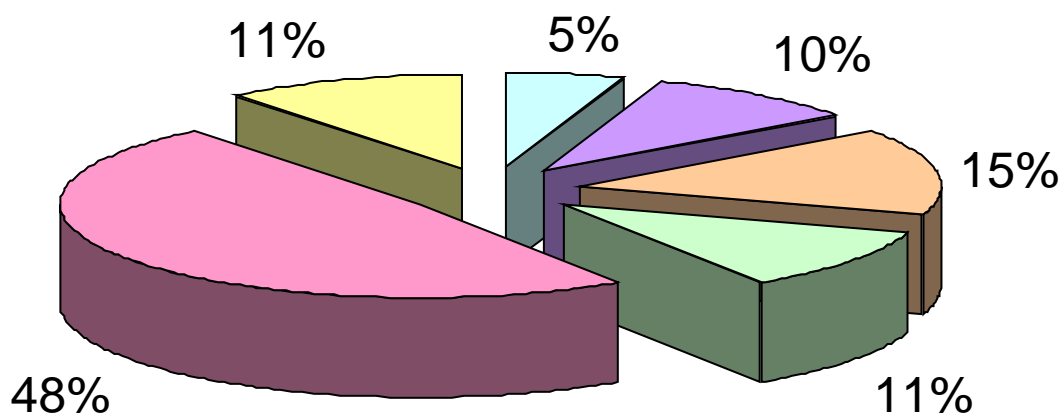
Edad



Pacientes por fechas de entrada



Casos con percepción de acoso



- T. Psicóticos
- T. Depresivos
- T. de Ansiedad
- T. de Personalidad
- T. Adaptativos
- Otros



Prevención Violencia Interna en las Instituciones Sanitarias

Ayuda del Ministerio de Sanidad y Política social de los fondos de Cohesión de las CCAA.para la Estrategia de Salud Mental 2010



EQUIPO DE TRABAJO

- **Investigadora Principal:** ORCSM Dra.D. Crespo
- **Servicios de Prevención de los Hospitales:**
 - Hospital Universitario Gregorio Marañón (Dr. Arias),
 - Hospital Infanta Leonor (Dra. Sánchez-Uriz),
 - Hospital Clínico Puerta de Hierro (Dra. Rodríguez de la Pinta)
 - Hospital Clínico San Carlos (Dra. Caso Pita)
- **U.V.O.P.S.E.:**(Dr. Mingote, Dr. Del Pino, Dra.Gálvez,Dr,Vega)
- **Personal becario:** psicólogos (Rosa Esteban, Javier Rodríguez) y administrativa(Carmen Moyano)

ASESORES



- Dra. Antonia Bernat Jimenez (Psicóloga clínica Servicio de Prevención. H. Clínico San Carlos)
- Dr. Juan José Carrasco Gómez (Psiquiatra Forense. AMAUTA Asesores en Psiquiatría forense)
- D. Félix Gálvez Porro (Publicista) -Elaboración de Logo y Slogan para el Proyecto-
- Dña. Leticia García Villaluenga (Directora del Instituto Complutense de Mediación y Gestión de Conflictos)
- Prof. José Luis González de Rivera (Psiquiatra. Fundación Jiménez Díaz)
- D. Jorge López de Ávila (Director del Instituto Regional de Salud y Seguridad en el Trabajo)
- D. Jerónimo Maqueda Blasco (Director de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo Universidad Complutense)
- Dr. José Luis Medina Amor (Director de la Unidad de Psiquiatría del H. Gómez Ulla)
- Dr. José Manuel Solla Camino (Presidente de la Sociedad Española de Médicos Generalistas SEMG) -Guionista del cortometraje
- D. Eduardo de Zulueta Luchsinger (Jurista especializado en casos de violencia laboral. Zulueta & Asociados)

Justificación del proyecto



- El Repertorio de Recomendaciones sobre Violencia en el Trabajo en el Sector Servicios (OIT, 2003), preconiza un enfoque preventivo, basado en sistemas de gestión de seguridad y salud en el trabajo.
- La violencia en el trabajo (acoso moral) es una amenaza para la salud, seguridad, eficiencia de los servicios, productividad, y para un trabajo digno.
- La entrada en vigor de la Ley española sobre acoso moral(23-12-2010)

Objetivos



- Prevenir la violencia interna (acoso laboral) dentro de las instituciones sanitarias en la Comunidad de Madrid, mediante:
- Elaboración de estrategias de información y formación a los trabajadores.
- Elaboración de procedimientos de actuación ante conflictos contemplando, la figura del mediador.
- Definición de líneas de política preventiva de violencia (acoso en el trabajo)
- Elaborando un proyecto de Código de Conducta de la organización.

Objetivo secundario



MEJORAR LA ATENCIÓN SANITARIA A LOS PACIENTES

Mejorando el estado de salud de los trabajadores sanitarios, evitamos la repercusión que sobre la salud tiene la violencia en el trabajo, contribuimos a elevar la calidad de la asistencia sanitaria a los pacientes

Metodología



- Establecimiento de **reuniones semanales** del equipo con expertos externos
- Establecimiento de **necesidades** informáticas y dotación respectiva.
- Revisión y recopilación **bibliográfica**.
- Revisión de **iniciativas, protocolos** etc en otras organizaciones españolas y extranjeras
- Determinación de **panel de expertos en acoso moral, estrés, legislación, mediación** etc. para optimizar la formación del grupo y obtener una base de asesores en Madrid

Pasos a seguir:



- Definición de la **Política preventiva** de la violencia interna
 - Elaboración de **Procedimientos de actuación** ante conflictos
 - Estrategias de **Información-Formación** a los trabajadores
-
- Delimitación y **Diagnóstico** del problema

Resultados I



- Reuniones con **expertos** con participación activa del grupo (acoso moral, técnicas audiovisuales de divulgación, salud y seguridad en el trabajo, mediación y gestión de conflictos, psiquiatría forense, protocolos de un hospital, grupos de riesgo, acoso moral y ley, unidades de psico-trauma)
- Base de **datos bibliográfica** sobre la violencia en general y el acoso moral en particular, además de base de protocolos institucionales.
- Elaboración de **material divulgativo** de información-formación a los trabajadores, recogido en un documento-PEN DRIVE para entregar a unos 400 profesionales.
- Participación y entrenamiento del grupo de trabajo en técnicas de **control del estrés** en organizaciones, Curso de manejo y control del estrés con la utilización de terapias de tercera generación en Mindfulness Fitness mental Centre
- Traducción y entrenamiento en la herramienta SAM en Violence Risk

Resultados II



- Realización de un medimetraje representando un caso de acoso laboral en el ámbito sanitario, para divulgación y concienciación de trabajadores, mandos intermedios y altos cargos. *“La pesadilla de Claudia”*
- Realización de dos documentos clave por parte del equipo de trabajo:
 - “Procedimiento para abordaje y solución de conflictos internos en las Instituciones Sanitarias de la Comunidad de Madrid”.*
 - “Protocolo de prevención de la violencia interna y código de buenas prácticas”*

Protocolo de actuación ante el acoso



- Objetivo:
 - Informar
 - Prevenir
 - Mediar: Intentar la resolución mediante el diálogo
 - Confidencialidad
 - Suprimir conductas acosadoras
 - Solución dentro de la propia Institución

LOGOS diseñados para el "Proyecto de Prevención de la Violencia Interna en las Ins. Sanitarias de la Comunidad de Madrid" (Diseño D. Félix Gálvez)



Divulgación



Protocolo de actuación ante el acoso

Cortometraje sobre acoso moral en el trabajo sanitario

Presentación en los Servicios de prevención de los cuatro hospitales de Madrid

Presentación en congresos nacionales e internacionales

Mediometraje sobre acoso moral en el trabajo sanitario



“La pesadilla de Claudia”

- Realización mediometraje sobre una situación de acoso laboral en ámbito sanitario, siendo la **SENSIBILIZACIÓN** sobre esta problemática su objetivo principal
- Producido por Tamagaz Films
- Dirigido por Gonzalo Palmeiro
- Guión: D.Gonzalo Palmeiro – Dr. José Manuel Solla

Conclusiones



- Se considera una medida clave la **información-formación** a los trabajadores del medio sanitario en la prevención de la violencia institucional tanto horizontal como verticalmente.
- La experiencia en cuatro hospitales será extrapolable a otras organizaciones sanitarias de nuestro entorno
- Los **documentos** elaborados, basados en la evidencia científica, servirán de apoyo y guía para aquellos profesionales que lo requieran.
- Se elaboraría una **base de datos** de casos de acoso



Gracias por su atención

dcrespo.psi@gmail.com



III Convención de la Profesión Médica



Liderando la Profesión.



Comprometidos con
la sociedad y
los médicos.

Madrid, 16 y 17 de noviembre de 2012

Hotel Meliá Castilla

Captán Haya, 41
28002 Madrid
Teléfono: 91 5635000

Secretaría Técnica



Aberto Alcocer, 13. 1º d
28002 Madrid
Tel: 91-353 33 79 Fax: 91-353 33 73
mailto:montaje@omc.es



Mobbing: un silencio cómplice

Dra. María Dolores Braquehais Conesa

Jefa Unidad Hospitalización. PAIME Barcelona.

Psiquiatra. Doctora en Medicina. Licenciada en Filosofía.

Madrid, 16 de noviembre de 2012



Orden de la presentación

1. **Introducción: acoso laboral.**
2. **Acciones preventivas. Fundación Galatea.**
Prevención primaria.
3. **Datos clínicos. PAIMM.**
Prevención secundaria y terciaria.
4. **Posicionamiento Colegio Oficial Médicos
Barcelona.**



PAIMM



Introducción



PAIMM



Cinco maniobras principales

1. Limitar su comunicación.
2. Limitar su contacto social.
3. Desprestigiar a la persona ante sus compañeros.
4. Desprestigiar y desacreditar su capacidad profesional y laboral.
5. Comprometer su salud.

Acoso laboral

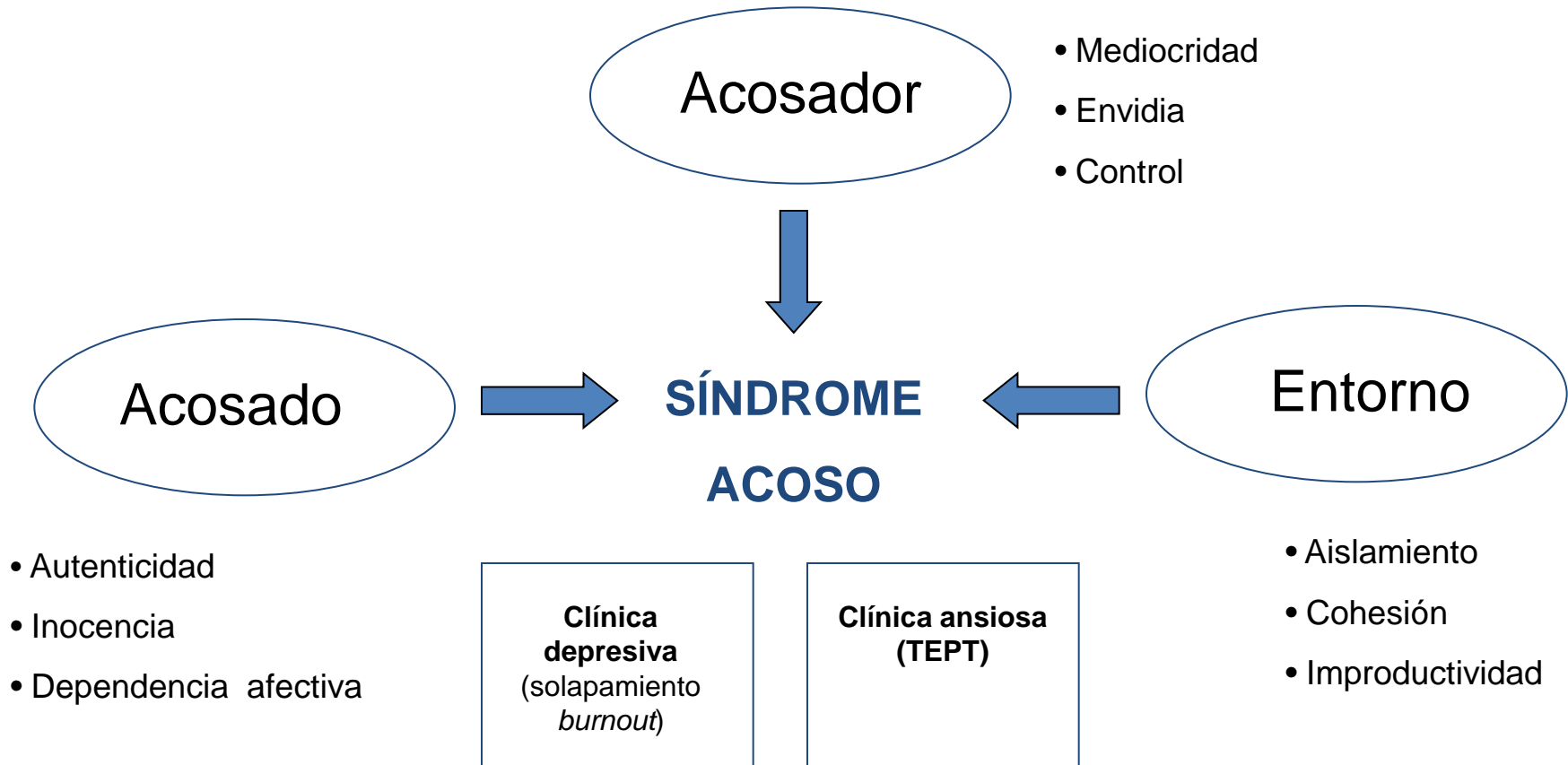
- Inventario de Acoso Laboral de Leyman, LIPT (versión modificada González de Rivera JL, González-Albuín, 2003)
- LIPT reducido por Van Dyck y Wagner, 2001.

Conductas de acoso más frecuentes (González de Rivera JL, 2002)

Hablar mal de alguien a sus espaldas	96%
Miradas y gestos despectivos	86%
Rechazo de contacto por alusiones o gestos	84%
Tratarle como si fuera transparente o invisible	80%
Evaluaciones de rendimiento malas o hirientes	80%
Difundir rumores	76%
Críticas continuas sobre el trabajo de alguien	76%
Limitaciones de su posibilidades de expresión por los jefes	72%
Cuestionar todas sus decisiones	70%
Asignarles tareas muy por debajo de su categoría o capacitación	68%



Factores que intervienen



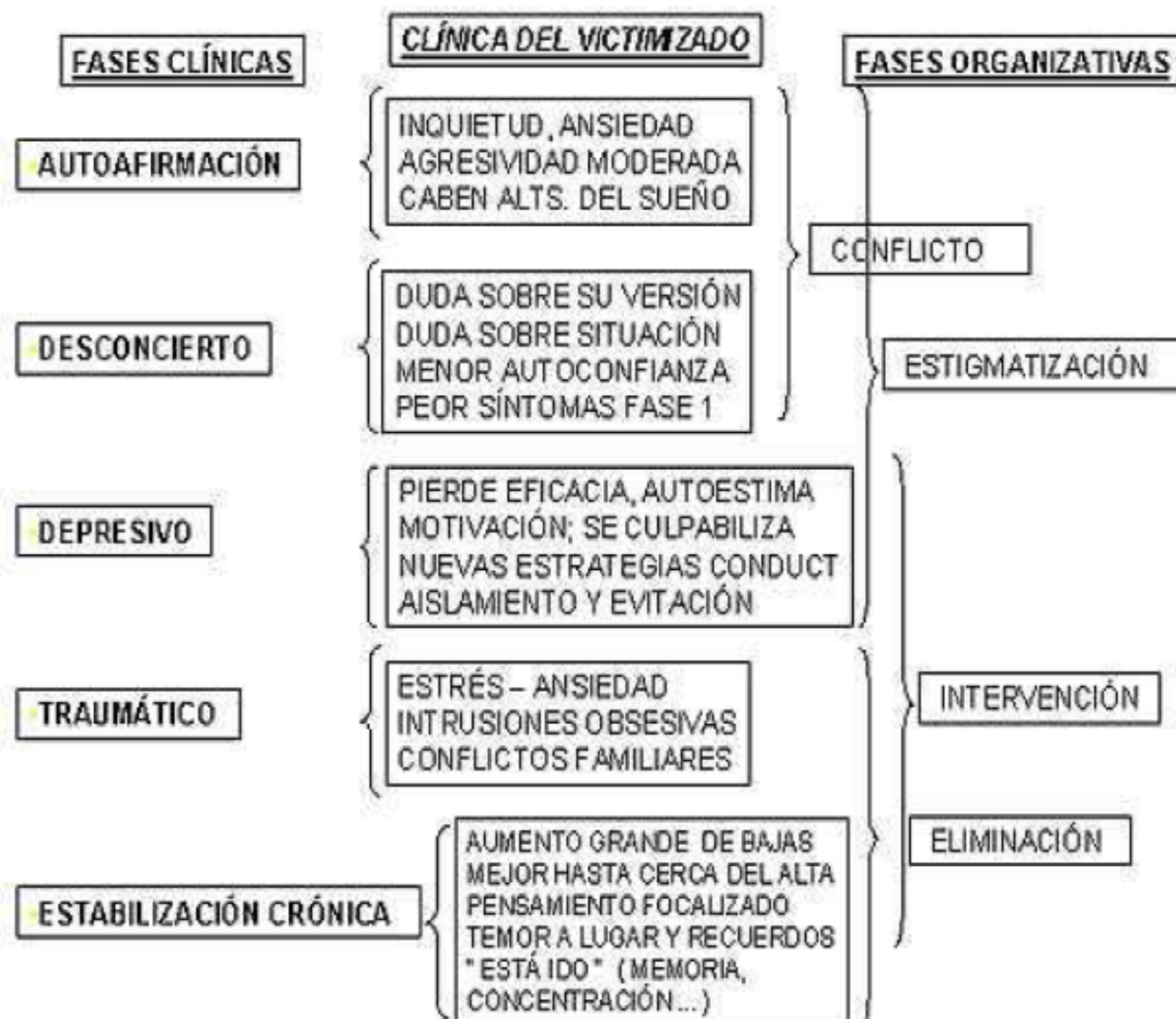
Fases acoso y estadios respuesta

Fases acoso	Estadios respuesta
<ul style="list-style-type: none">• Conflicto• Estigmatización.• Intervención.• Eliminación.	<ul style="list-style-type: none">• Autoafirmación.• Desconcierto.• Estadio depresivo.<ul style="list-style-type: none">- Cansancio emocional.- Evitación/ aislamiento.- Sentimiento de inadecuación.• Estadio traumático o de estrés-ansiedad.• Estadio de estabilización crónica.<ul style="list-style-type: none">- Recuerdos obsesivos o presión focalizada pensamiento.- Temor al lugar de trabajo.- Dificultades de concentración.- Cuadros clínicos: negación, depresivo, hostil-paranoide, psicossomático, mixto, etc.

Tabla 3. FASES DEL MOBBING.

CORRESPONDENCIA ENTRE ESTADIOS CLÍNICOS Y FASES ORGANIZATIVAS EN EL DESARROLLO DEL ACOSO PSICOLÓGICO.

Gonzalez de Rivera, JL y López Garcia-Silva, JA, 2003 (9)



Acciones preventivas



PAIMM



La importancia de la prevención

Fundación Galatea

- Orientadas a la prevención primaria.
- 2009-2012: “Taller de prevención y gestión del malestar laboral”. Dirige: Dña. Eulàlia Masachs (psicoterapeuta)
- 2010-2012: “Taller: El trabajo, ¿vivencia o supervivencia?” Dirige: Dña. Eulàlia Masachs (psicoterapeuta).
- 2010: Se publica: “Guía para la prevención y promoción de la salud y bienestar de los profesionales sanitarios”



PAIMM



Talleres (2009-2011)

Número de talleres	5 (3 COIB / 1 ICS APS BCN/ 1 ICS APS TGN)
Total participantes	42
Médicos	10 MFyC y 1 pediatría APS
DUEs	30 (18hospital 11APS 1 paro)
Otros	1 TS

Número de talleres versión abreviada	4 (3 COMB/ 1 ICS APS Roquetes)
Total participantes	49
COMB	24
APS Roquetes	25 (médicos y DUEs)

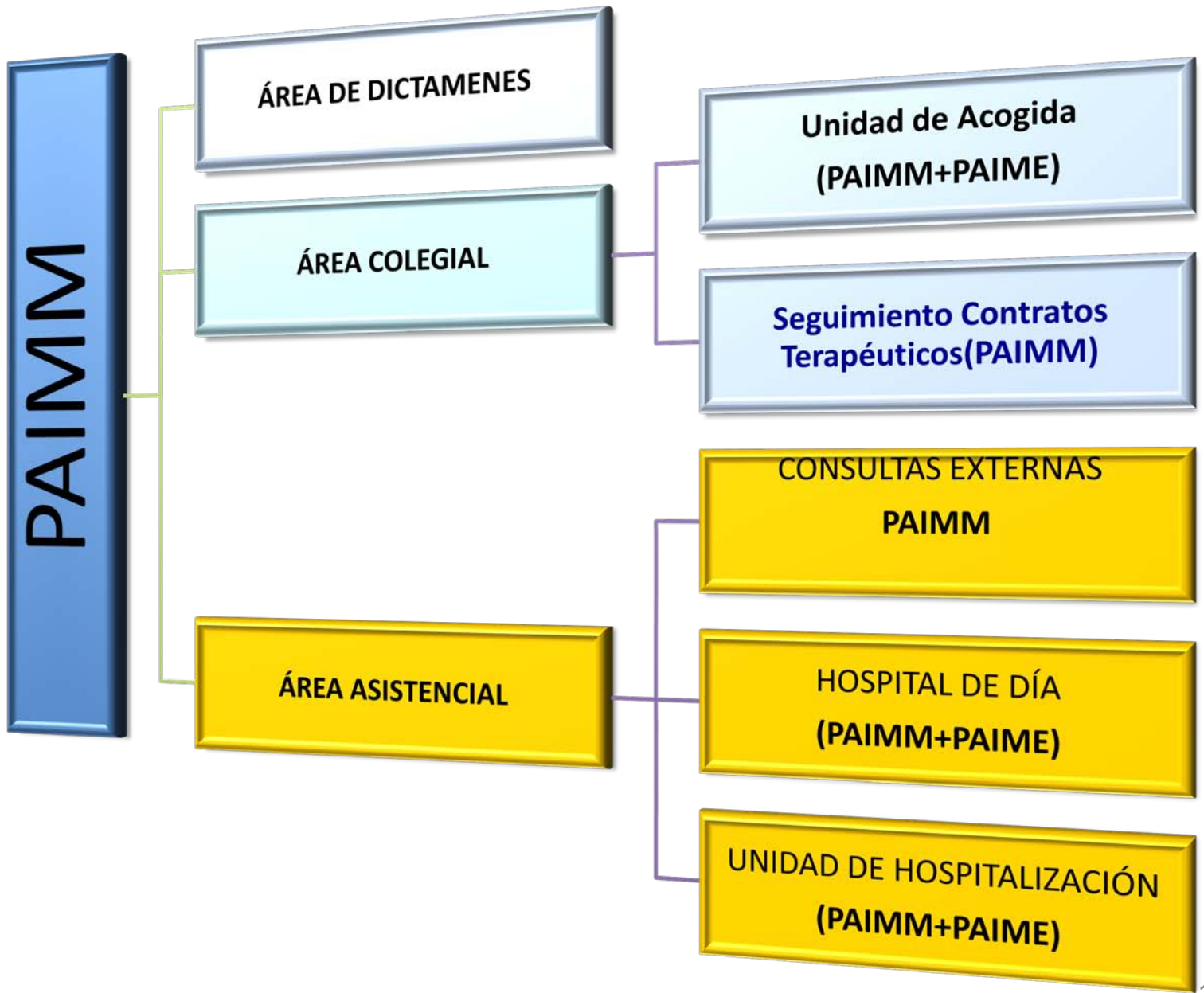
Datos clínicos

PAIME Barcelona

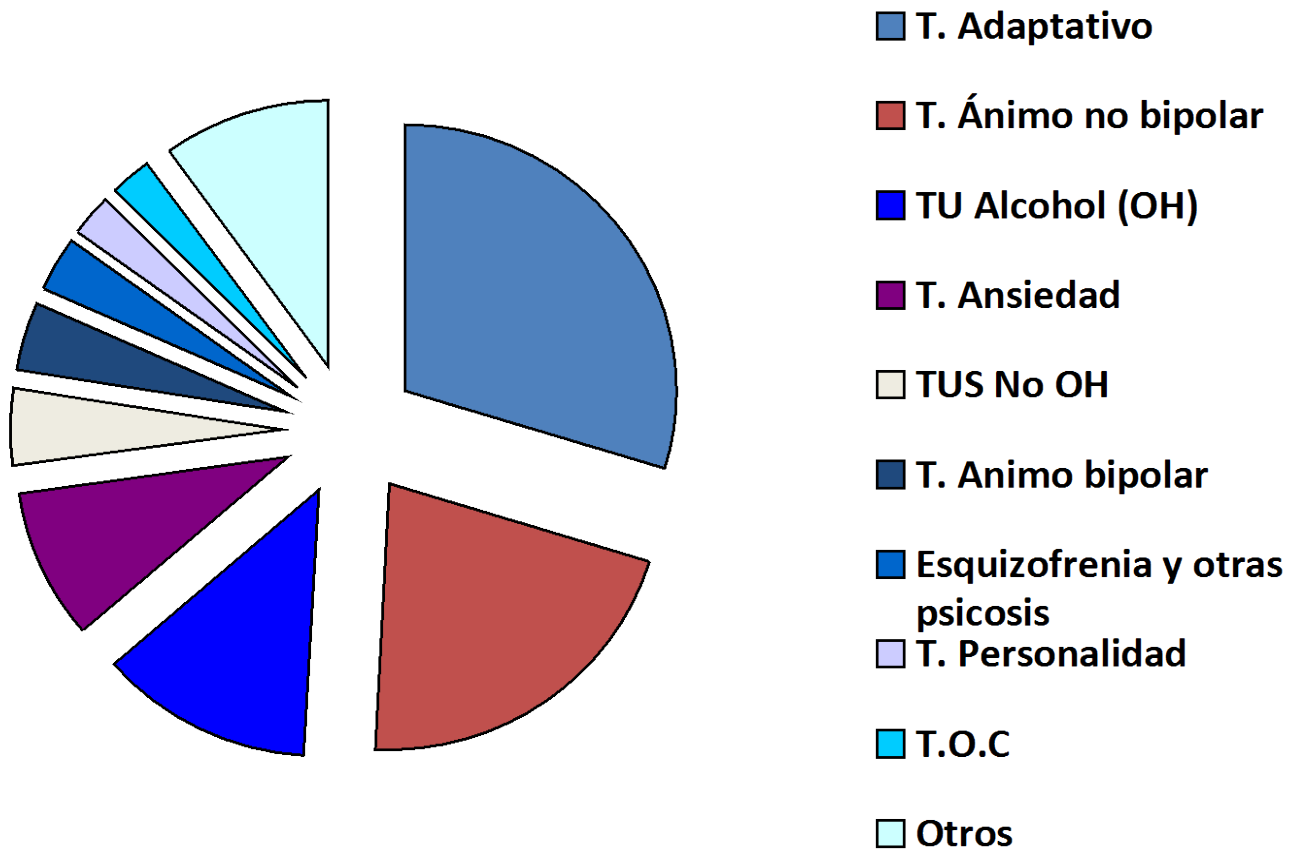


PAIMM





Motivo demanda. Diagnóstico principal (1998-2012)



Evolución motivo de demanda

	Trastornos adictivos	Trastornos no adictivos
1998-2003	25,2%	74,8%
2004-2007	13,2%	86,8%
2008-2011	13,3%	86,7%

(Chi-cuadrado=29,01; $p < 0,001$)

Diagnóstico principal. Unidad Ambulatoria_2011

DIAGNÓSTICO	n	%	PAIMM	RETORN	ASSIS	ITACA
Trastornos por uso de sustancias	44	16,54%	30	14		
Trastornos adaptativos	55	20,68%	34	21		
Trastornos afectivos	76	28,57%	41	34	1	
Trastornos de ansiedad	34	12,78%	18	14	2	
Trastornos de personalidad	7	2,63%	5	2		
Trastornos psicóticos	6	2,26%	5	1		
Otros diagnósticos	44	16,54%	4	2		
TOTAL	266	100%	137	88	3	0

PAIMM: Médicos; RETORN: DUEs; ASSIS: Veterinarios; ITACA: Farmacéuticos.

Eje I. Diagnóstico principal. Hospital de Día_2011

DIAGNÓSTICO	n	%	PAIMM	RETORN
Trastornos por uso de alcohol	63	56,76%	45	18
Trastornos por uso de opiáceos	11	9,91%	9	2
Trastornos por uso de sedantes y/o hipnóticos	10	9,01%	8	2
Trastornos por uso de cocaína	5	4,50%	4	1
Trastornos por uso de otros estimulantes	5	4,50%	5	
Trastornos por uso de otras sustancias	4	3,60%	3	1
Episodios depresivos	2	1,80%	1	1
Trastornos depresivos persistentes	2	1,80%		2
Trastornos neuróticos, de ansiedad y/o somatomorfos	2	1,80%		2
Trastornos del control de impulsos	2	1,80%	1	1
Trastornos bipolares	2	1,80%	2	
Trastornos mentales y del comportamiento no clasificados en otro lugar	1	0,90%		1
Trastornos depresivos recurrentes	1	0,90%		1
Trastornos obsesivo-compulsivos	1	0,90%	1	
TOTAL	111	100%	79	32

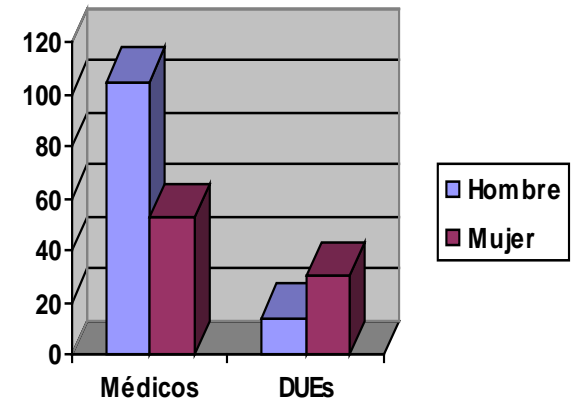
(PAIMM: Médicos; RETORN: DUEs)

Análisis de datos. Unidad de Hospitalización I.

- Estudio de investigación, no experimental, transversal analítico.
- n= 202 pacientes (158 médicos y 44 DUEs).
- Criterios de inclusión.
 1. Ingresado en Unidad Hospitalización PAIME.
 2. Estar en activo.
 3. No deterioro cognitivo.
 4. No agitación psicomotriz.
- Tiempo: 1 de noviembre de 2005 a 1 de marzo de 2009.
- Instrumentos administrados.
 1. Inventario de burnout de Maslach validado al español (Seisdedos et al, 1997).
 2. Inventario de depresión de Beck validado al español (Conde et al, 1997).
 3. Inventario de ansiedad de Rasgo-Estado, STAI validado al español (Polo et al, 1996).
 4. Inventario de personalidad de Millon-II adaptado al español (Millon, 1999).

Análisis de datos. Unidad de Hospitalización II.

	Médicos n (%)	DUE n (%)	Total n(%)	p
Agotamiento Emocional	64 (40,5)	20 (45,5)	84 (41,6)	ns
Despersonalización	22 (13,9)	5(11,4)	27 (13,4)	ns
Realización Personal Deficitaria	13 (8,3)	8 (18,2)	21 (10,4)	0.058 (Chi2: 3.6; gdl:1)



Edad media: 46,7 (SD=7,8)

**68,5 % pacientes un TUS
(49,5% Dependencia alcohol)**

No relación estadísticamente significativa entre puntuación Maslach/ edad/ sexo

Análisis de datos. Unidad de Hospitalización III.

- Asociación entre Agotamiento emocional y STAI-R.
- Asociación entre Despersonalización y BDI.
- Asociación entre Falta de Realización Profesional y STAI-R y BDI.
- Asociación entre Agotamiento Emocional, Ansiedad y Distimia (MCMI-II).
- Asociación entre Despersonalización, Ansiedad, Distimia y Personalidad Negativista (MCMI-II).

Intentos de suicidio I

- Datos U. Hospitalización PAIMM: 1999-2008.
- Estudio no experimental, analítico, retrospectivo, transversal, de 493 Informes clínicos.
- Se identificaron pacientes con intento de suicidio reciente (< 1 mes previo al ingreso); n=36 (médicos=21; DUEs=15).
- Diagnóstico: DSM-IV (APA, 1992).
- Intento de suicidio (O'Carroll et al., 2001)
- Letalidad y método: Lethality Rating Scale (LRS) (Beck et al, 1974)
- Precipitantes: Eje IV del DSM-IV (APA, 1992)

Intentos de suicidio II

- Letalidad: alta (LRS>3): 47,6%
- Método: 71,4% medicamentos psicotropos; 38,1% medicamentos no psicotropos; 14,3% alcohol; 9,5% cortes; 4,8% armas.
- Número métodos: 66,7% un único método.
- Problemas previos: 76,2% núcleo primario de apoyo; 38,1% **problemas laborales**; 19,0 % relacionados con el entorno; 9,5% problemas legales; 4,8% problemas económicos; 15,8% otros problemas.
- Número de problemas: 57,1% más de uno.
- Mayor presencia de intentos previos, más mujeres, más jóvenes, mayor probabilidad de T. Afectivo unipolar, cluster C que ingresados por otro motivo.

Tratamiento PAIME Barcelona

PROGRAMA DE SALUD MENTAL

UNIDAD AMBULATORIA

HOSPITALIZACIÓN

- Tratamiento psicofarmacológico
- Psicoterapia individual
- Psicoterapia grupal

PROGRAMA PARA T. USO DE SUSTANCIAS

HOSPITAL DE DÍA

**PROGRAMA
GRUPAL
INTENSIVO**

Principios del tratamiento. Síndrome acoso laboral.

- **Tratar cuadro clínico (“mantener la calma”).**
- Minimizar el daño.
- Comprender la situación.
 1. Lo que ocurre.
 2. La reacción automática ante lo que ocurre.
 3. Lo que uno decide hacer a conciencia.
- Definir la condición.
- Actuar, no reaccionar.
- Opciones del paciente PAIME Barcelona.
 1. Unidad de Salud Laboral correspondiente.
 2. Servicios Jurídicos COMB.

Posicionamiento COMB

24 julio 2012



PAIMM



Posicionamiento COMB I

- El acoso laboral de un profesional sanitario, sea o no médico, por parte de un médico, sea o no profesional sanitario, es un actuación intolerable desde el punto de vista ético y laboral, merecedor de sanción desde el punto de vista ético y deontológico.
- El COMB se esforzará en difundir los criterios que ayuden a identificar este problema a través de los sistemas de comunicación de los que dispone el Colegio, como son su página web, el Servicio de Información Colegial y los Cuadernos de Buena Praxis, para promover una buena cultura en las instituciones y para facilitar a los médicos su reconocimiento y los mecanismos que ayuden les ayuden a protegerse de dicha agresión.



PAIMM



Posicionamiento COMB II

- Se compromete a velar para que se cumplan las siguientes medidas orientadas a la prevención del acoso laboral en los centros sanitarios:
 - 1) Que los responsables de la organización (Dirección y Gerencia) expresen su rechazo al acoso laboral, su voluntad de aplicar medidas que faciliten la buena armonía entre los trabajadores y su disposición a intervenir de forma precoz y hábil en aquellas situaciones que pueden generar conflictos interpersonales.
 - 2) Que en cada centro haya una comisión para la resolución de conflictos, dependiente del Departamento de Recursos Humanos.
 - 3) Que todos tengan una política orientada a minimizar los riesgos laborales psicosociales y las medidas de vigilancia de la salud de sus empleados.
 - 4) Que su política de contratación de los cargos directivos tenga en cuenta las habilidades de liderazgo de los candidatos e incluya sistemas de evaluación periódica de los resultados de su gestión.



PAIMM



Posicionamiento COMB III

- Velará porque todos los centros sanitarios tengan un protocolo de actuación para intervenir en el caso de que un trabajador se sienta objeto de acoso laboral.
- Dispondrá de un equipo de expertos en el tema del acoso laboral que incluya, como mínimo, un jurista, un psicólogo y un médico especialista en prevención de riesgos laborales, a los cuales la Junta de Gobierno pueda consultar cuando se produzca algún conflicto que no pueda resolver la propia institución.
- Tratará de ayudar en la búsqueda de trabajo a los médicos que lo hayan perdido como consecuencia del acoso laboral y de que, los que lo han sufrido, reciban apoyo psicológico.
- Solicitará a la Comisión de Deontología del propio Colegio de Médicos que inicie un proceso de reflexión sobre este problema.



PAIMM



Nuestro equipo



Muchas gracias

PAIMM

 Vall d'Hebron
Hospital





Mesa 1



1.- ¿En qué medida piensa que los problemas emocionales, psicológicos y de conducta que genera el mobbing afecta a la competencia profesional de los médicos?

Muy alta

38,4%

Alta

36,4%

Moderada

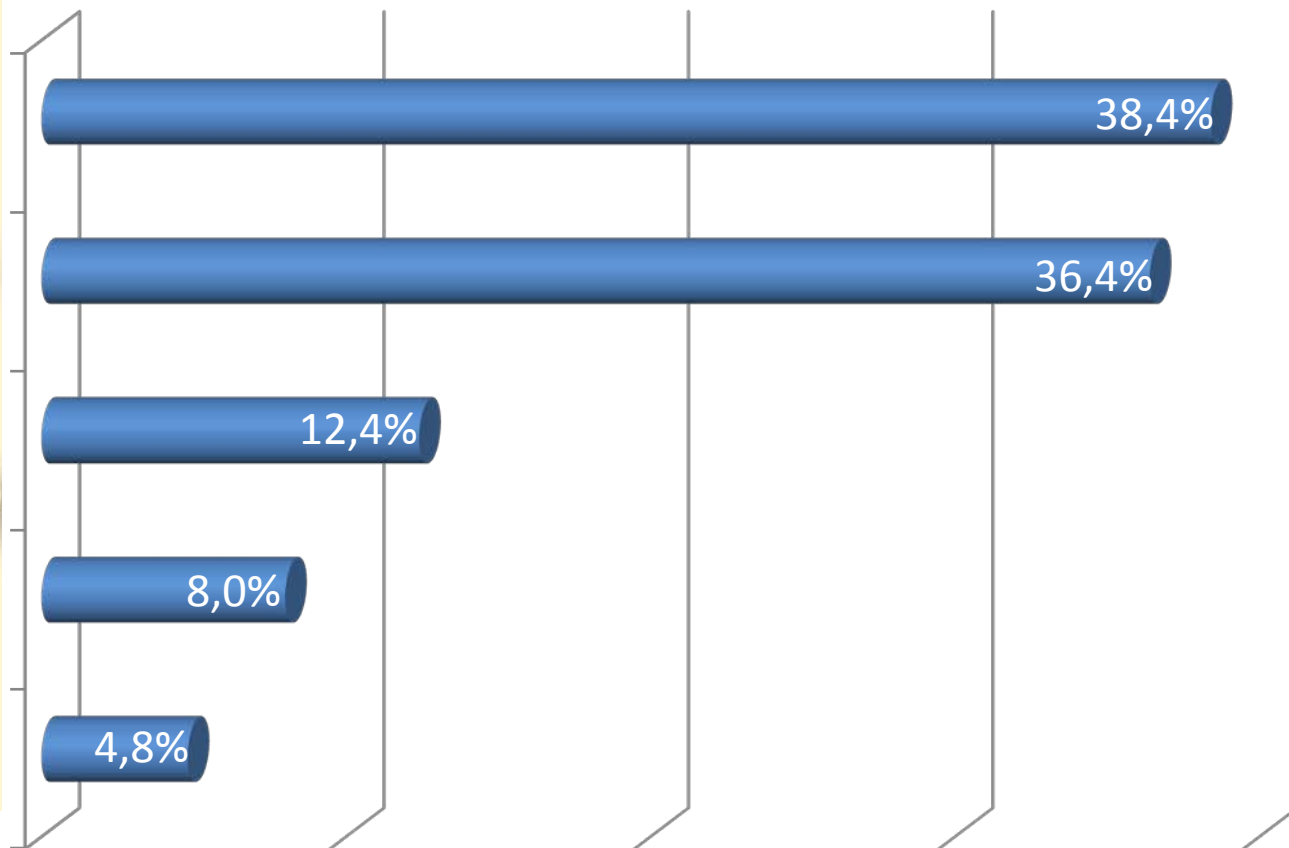
12,4%

Baja

8,0%

Muy baja

4,8%





Mesa 1



2.- ¿A qué cree que es debida la alta variabilidad de la prevalencia del mobbing según los diferentes estudios?

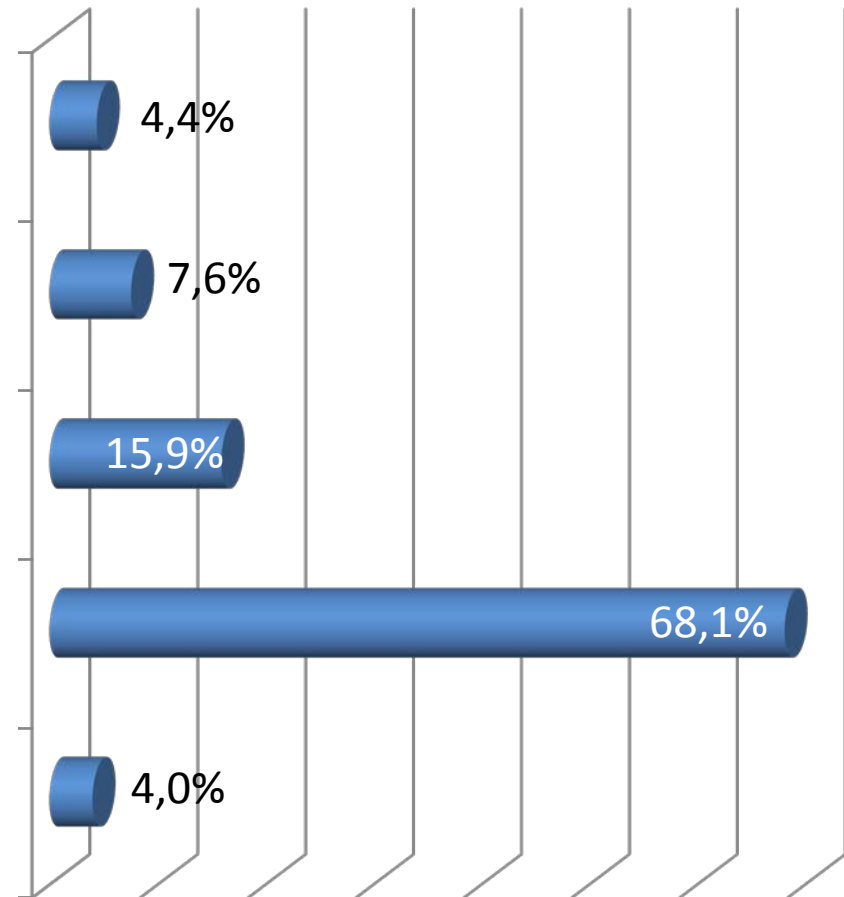
A factores relacionados con su diagnóstico

A factores relacionados con el individuo/s
acosador/es

A factores relacionados con la organización
laboral y lugar de trabajo

Todos los anteriores

NS/NC





Mesa 1



3. Siendo el mobbing un problema presente en nuestro ámbito profesional ¿considera que su abordaje integral deberían liderarlo los Colegios de Médicos?

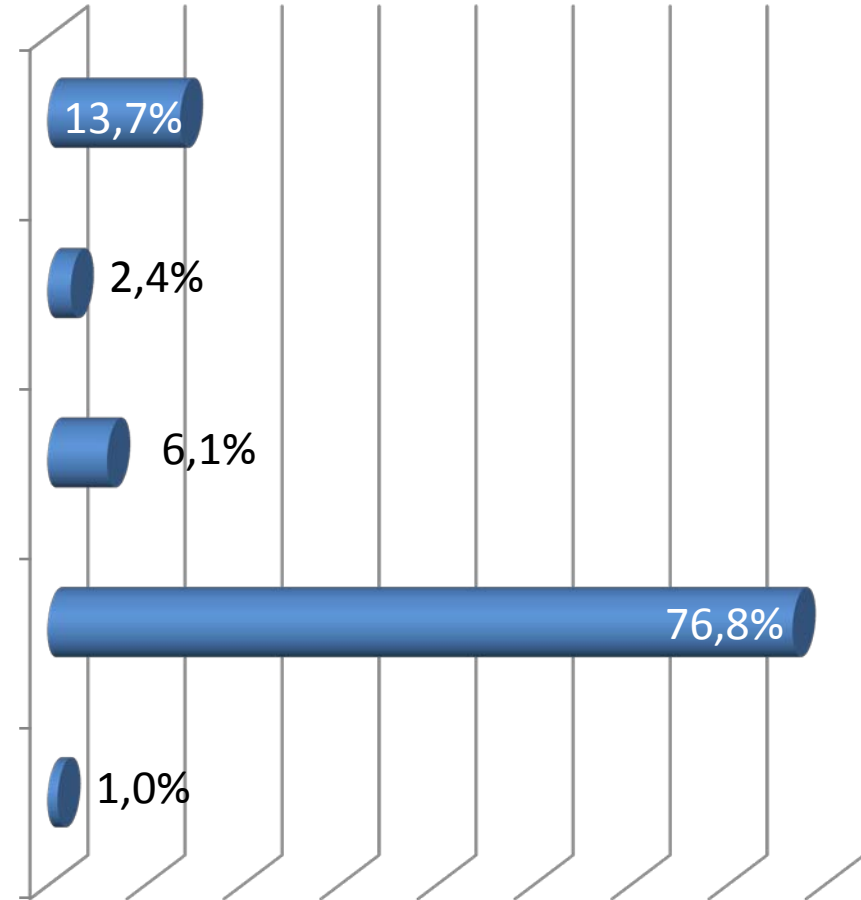
Totalmente de acuerdo

Debería ser abordado por los Sindicatos

Debería abordarse de sde la Administracion Sanitaria a traves de los servicios de Prevencion de riesgos laborales

Liderado por los Colegios en colaboracion con otras instituciones

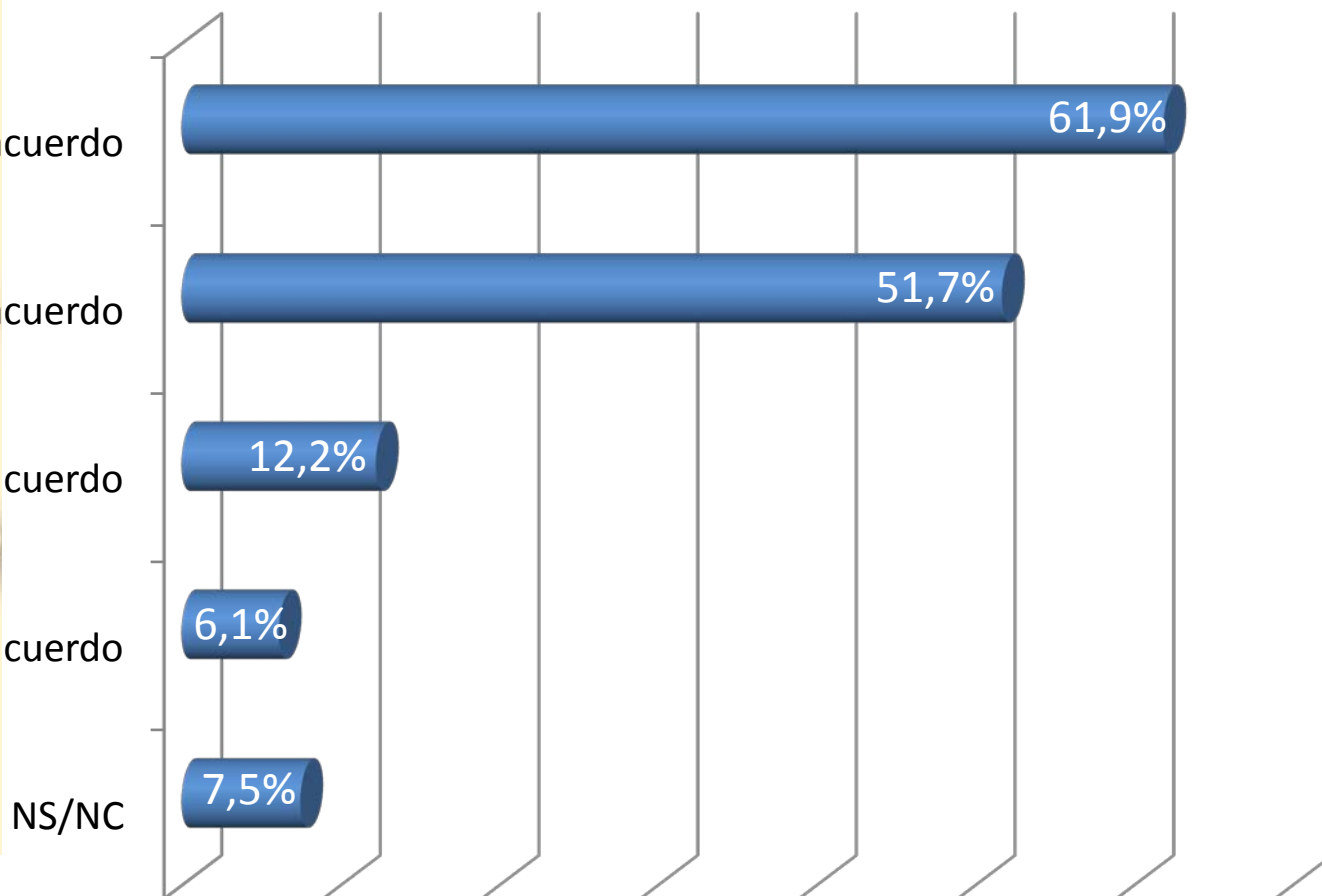
No sabe / No contesta



Mesa 1



4.- Cree conveniente incorporar el mobbing a la cartera de servicios del PAIME (Programa de Atención 'Integral al Médico Enfermo de los Colegios de Médicos)

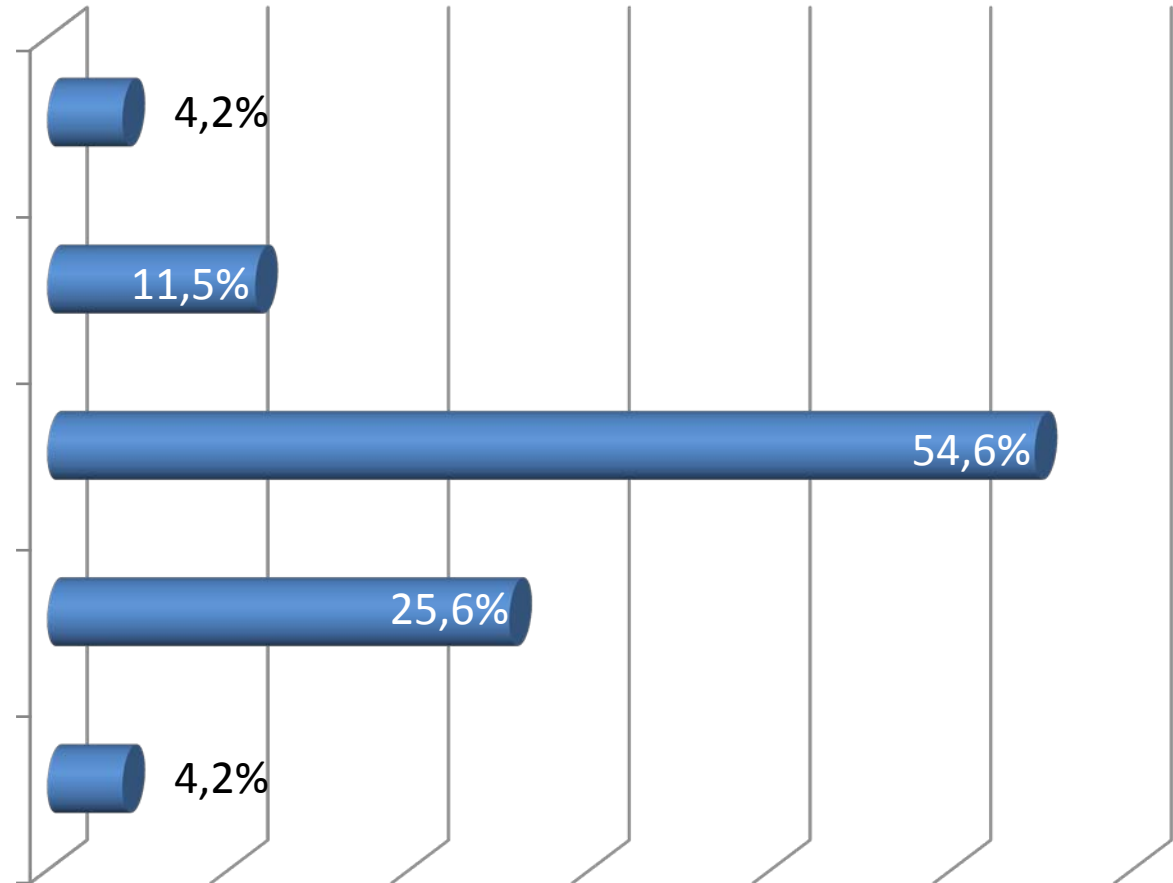




Mesa 1



5. ¿Están los médicos suficientemente preparados y son competentes como para saber detectar este problema antes de que se produzcan sus graves consecuencias?



Totalmente de acuerdo

De acuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

NS/NC

Mesa 2:

Conflictos de Interés en la Profesión Médica





III Convención de la Profesión Médica

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

Mesa 2





Liderando la Profesión.

*Comprometidos
con la sociedad
y con los médicos.*

Abstract Mesa 2:

LOS CONFLICTOS DE INTERÉS EN LA PROFESIÓN MEDICA





LOS CONFLICTOS DE INTERÉS EN LA PROFESIÓN MEDICA

Rogelio Altisent

Cátedra de Profesionalismo y Ética Clínica

Universidad de Zaragoza

Nos estamos familiarizando con la valoración de los *conflictos de interés* (CI) en el ámbito de la medicina. Se ha generalizado el requisito de declarar potenciales CI para los autores de artículos en revistas científicas. A menudo se debate sobre los CI en la toma de decisiones sobre prescripción. También se han generado controversias relacionadas con los CI de quienes ocupan puestos con responsabilidad científica, asistencial o de representación profesional. Estos debates son coherentes con la preocupación de las sociedades democráticas por la justicia ética y legal. Sin embargo, también se puede abusar de la condena a priori e indiscriminada ante la presencia de un *conflicto de interés*, que es una circunstancia frecuente y no siempre evitable en la vida de las personas, de la que no se puede deducir directamente una conducta reprobable. Es, por tanto, necesario reflexionar y precisar el concepto de los CI para lograr una mejor comprensión de esta noción tan cargada de significado ético.

Al tratar sobre los CI conviene precisar muy bien de qué estamos hablando, pues con facilidad se puede confundir el significado de unos términos que no siempre se usan con propiedad, ya sea en el ámbito coloquial, como en el profesional o académico. No nos estamos refiriendo, por ejemplo, al conflicto de intereses entre varias personas o instituciones, entendido como un enfrentamiento entre diferentes sujetos físicos o morales en la consecución de un objetivo. Dos



empresas pueden tener un conflicto de intereses al optar a un contrato que ofrece una institución con unas determinadas condiciones. No obstante, la persona encargada por la institución para evaluar la idoneidad de las ofertas tendría un auténtico *conflicto de interés* –aquí es dónde se focaliza nuestro objeto de análisis– si hubiera ocupado un cargo en una de las empresas que compiten por el contrato, porque existe el riesgo de que esta circunstancia pueda influir de manera injusta en la toma de decisiones.

Se plantea si un juez puede dictar sentencia ante un asunto en el que están implicadas personas con las que mantiene vínculos de afectividad, o si un funcionario de la hacienda pública puede inspeccionar el comportamiento tributario de una persona hacia la que tiene manifiesta enemistad. En ambos casos hay un riesgo o sospecha de que se produzca un juicio injustamente sesgado por parte de quien decide, debido a la potencial influencia de un interés personal sobre su obligación de proceder con justicia. Éste es el sentido en el que decimos que se plantea un *conflicto de interés*.

También nos interesa diferenciar el *conflicto de interés* de la figura bien conocida del soborno, que va más allá cuando el responsable de la evaluación de ofertas recibiera un regalo sustancioso por parte de una de las empresas que optan al contrato para obtener la adjudicación. Otra inmoralidad análoga se produce cuando se exige un pago encubierto para tener opciones a la adjudicación, aunque, a veces, se haya presentado como un modo de completar lo que se considera una escasa retribución salarial, lo cual llega a tener una cierta aceptación social en algunos lugares.



De otra naturaleza diferente es el denominado conflicto de obligaciones o lealtades que, por ejemplo, tiene un médico por un lado ante un paciente que le solicita una baja laboral por un motivo formalmente inapropiado, aunque sea humanamente comprensible en el contexto de la relación clínica, y por otro lado ante la sociedad que le confía la gestión de una prestación social para dar protección a los enfermos que no pueden trabajar.

La noción de *conflicto de interés* es una figura moral que aparece en la toma de decisiones de quien tiene un deber u obligación (interés primario) que choca con un interés de carácter personal (interés secundario), que puede distorsionar el juicio profesional de un modo no razonable o inaceptable, haciendo temer que la justicia sea lesionada.

Sin embargo, que se presenten el conjunto de circunstancias que definen un *conflicto de interés* no significa que automáticamente se produzca un comportamiento condenable o una decisión injusta. El desafío ético está en el modo de afrontar o resolver el conflicto.

Recapitulando, conviene diferenciar el autentico conflicto de interés que se estudia como una cuestión de prevención de la integridad moral en la toma de decisiones de otras situaciones:

- el conflicto de intereses como descripción de una pugna entre los intereses de diferentes sujetos, que, en si mismo, no tiene necesariamente una valoración moral
- el soborno, que suponen directamente un comportamiento contrario a la justicia, lesionando tanto a la ética como la ley



- el conflicto entre dos lealtades u obligaciones que una persona comparte, lo cual se presenta en la practica como un dilema moral ante una toma de decisión.

Otra situación que genera confusión conceptual con los CI es un comportamiento profesional que ha resultado equivocado debido a la distorsión generada por una excesiva implicación emocional con las personas cuyo problema se aborda. Un buen ejemplo de ello es la falta de distancia terapéutica que se produce cuando un médico asiste a una persona cercana por lazos familiares o de amistad, lo cual se recomienda evitar por el riesgo de error que se asocia a la falta de objetividad en la valoración profesional. Si bien la anatomía de esta situación se asemeja a un conflicto de interés –advirtase que no estamos hablando de un trato de favor a un familiar lo cual sí podría ser un genuino conflicto de interés-, no lo consideramos como tal porque el error en la decisión se produce por una distorsión cognitiva causada por el excesivo componente afectivo, no siendo de naturaleza ética ni afectando a la justicia, que es lo característico de los CI. Una argumentación parecida ha llevado a que algunos códigos deontológicos prohíban explícitamente que los profesionales de la medicina –particularmente en el campo de la psiquiatría- tenga relación sexual con sus pacientes.

A pesar de la intensa promoción de la autonomía de los pacientes que ha tenido lugar en Occidente, los pacientes generalmente se acercan al profesional de la medicina en una situación de necesidad y debilidad, confiando en su integridad y competencia. Esta asimetría exige analizar los CI con más cuidado y exigencia que en otros ámbitos, donde los afectados tienen mayor capacidad de defensa ante los



perjuicios de decisiones injustas que se pueden derivan de los CI, como ocurre en un escenario comercial.

En el caso de la investigación sanitaria los sesgos en la presentación de resultados atribuibles a CI pueden producir daños que se tarda muchos años en restituir. De igual modo, cuando se imparte docencia o se realizan recomendaciones científicas con sesgos ocasionados por CI, las consecuencias sobre los discentes y su práctica clínica son de efecto retardado, perdurando años o incluso generaciones.

Por otro lado, hay que tomar una mayor conciencia del efecto que los CI que se plantean en el ámbito sanitario tienen en la opinión pública sobre la integridad moral de los profesionales de la medicina. En otras palabras, se alimenta la sospecha, en la sociedad y entre los pacientes, de que la opacidad en la aceptación de regalos, invitaciones y privilegios de valor significativo, pueden influir en la toma de decisiones que les afecta directamente en aspectos tan sensibles de la vida.

CONFLICTOS DE INTERESES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Javier de Teresa
Colegio Médico de Granada



ES UNA FIGURA MORAL QUE APARECE EN LA TOMA DE DECISIONES CUANDO **EL JUICIO PROFESIONAL**, EN RELACIÓN CON SU **INTERÉS PRIMORDIAL**, COMO PUEDE SER EL BIENESTAR DEL PACIENTE PARA EL CLÍNICO O LA VALIDEZ DE LA INVESTIGACIÓN PARA EL INVESTIGADOR, **SE VE INFLUENCIADO INDEBIDAMENTE, POR OTRO INTERÉS SIEMPRE PERSONAL**, COMO PUEDE SER UN PROVECHO ECONÓMICO, AFAN DE NOTORIEDAD, PRESTIGIO PERSONAL, RECONOCIMIENTO O PROMOCIÓN PROFESIONAL.

CONDICIONANDO LA CAPACIDAD DE JUICIO PRESUNTAMENTE INDEPENDIENTE DEL PROFESIONAL



OMC

**III Convención de la
Profesión Médica**

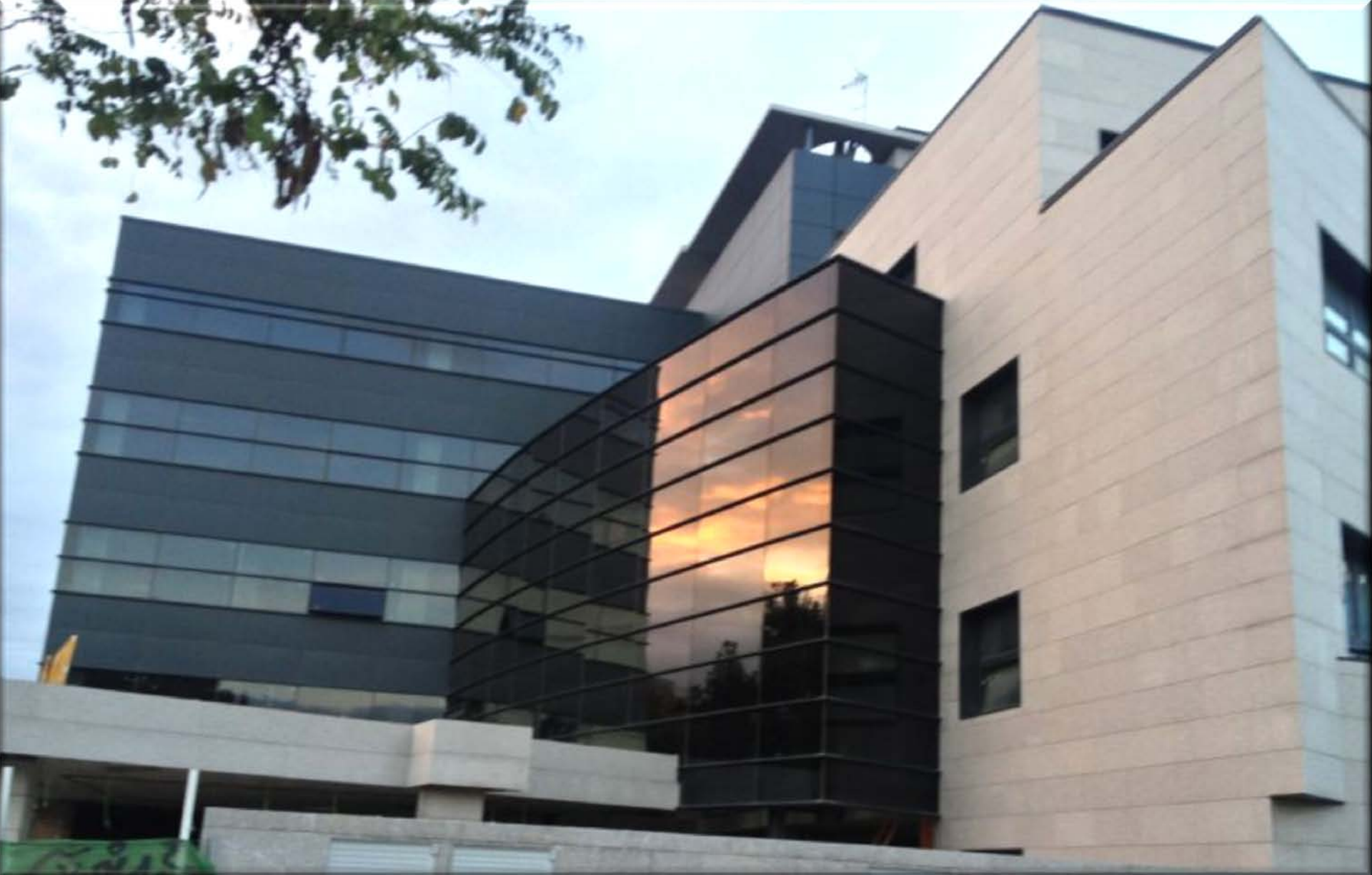
Liberando la Profesión.
Comprometidos con
la sociedad y
los médicos.

Madrid, 16 y 17 de noviembre de 2012
Hotel Mesa Castilla
Calle de Mesa, 12
28014 Madrid
Teléfono: 91 563 20 70

Secretaría Técnica
MCC Congress

Albano, Alcazar, 13. 1º d.
28014 Madrid
Tel: 91-563 20 70 Fax: 91-563 20 72
www.mccongress.com





**ANTEPONER UNA AUTOREGULACIÓN MORAL
DE LOS PROFESIONALES**



ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE GRANADA

PROFESIONALISMO MÉDICO EN EL NUEVO MILENIO: CARTA DEL MÉDICO

Preámbulo

El profesionalismo es la base del contrato de la medicina con la sociedad.

Ello demanda colocar los intereses del paciente por encima de los del médico, establecer y mantener estándares de competencia e integridad y dar experta asesoría en materia de salud a la sociedad. Los principios y responsabilidades del profesionalismo médico deben ser claramente comprendidos tanto por la profesión como por la sociedad. La confianza del público en los médicos es esencial en este contrato y depende de la integridad de tanto de individuos médicos como individuos y como de la profesión.

Actualmente, la profesión médica está acosada por explosión de tecnología, fuerzas de mercado cambiantes, problemas en la prestación de servicio de salud, bioterrorismo y globalización. Como resultado de esto, los médicos encuentran dificultad creciente en cumplir sus responsabilidades con los pacientes y con la sociedad. En estas circunstancias, el reafirmar principios y valores fundamentales y universales del profesionalismo médico, se vuelve en lo más importante.

La profesión médica en todas partes está embebida en diversas culturas y tradiciones nacionales, pero sus miembros tienen en común el papel del sanador, cuyas raíces se extienden a Hipócrates. En realidad, la profesión médica debe lidiar con fuerzas complicadas políticas, legales y de mercado. Hay además, grandes variaciones en la práctica médica a través de las cuales cualquiera de los principios puede ser expresado de modos sutiles y complejos. A pesar de estas diferencias, surgen temas comunes que constituyen las bases de esta Carta en la forma de tres principios fundamentales y un conjunto de responsabilidades profesionales determinadas.

Compromiso a conocimiento científico.

Mucho del contrato de la medicina con la sociedad está basado en la integridad y el uso apropiado del conocimiento científico y la tecnología. Los médicos tienen el deber de sostener los más altos estándares científicos, estar comprometidos con el conocimiento y asegurar su uso adecuado. La profesión es responsable por la integridad de este conocimiento, el cual está basado en evidencia científica y experiencia médica.

Compromiso a mantener la confianza por manejar los conflictos de interés.

Los profesionales médicos y sus organizaciones tienen muchas ocasiones de comprometer sus responsabilidades profesionales por buscar ganancia privada o ventaja personal. Tales compromisos son especialmente interacciones amenazantes personales u organizativas con industrias lucrativas, incluyendo fabricantes de equipos médicos, compañías de seguros y firmas farmacéuticas. Los médicos tienen la obligación de reconocer, revelar al público general y tratar con conflictos de interés que surgen en el curso de sus deberes y actividades profesionales. Relaciones entre la industria y líderes de opinión deberían revelarse, especialmente cuando los editores determinan el criterio para conducir y reportar ensayos clínicos, escribir editoriales o servir como editores de revistas científicas.

Compromiso a las responsabilidades profesionales.

Como miembros de una profesión, se espera que los médicos trabajen cooperativamente para maximizar la atención del paciente, sean respetuosos de los demás, y participen en el proceso de autorregulación, incluyendo la corrección y disciplina de los miembros que hayan fallado en cumplir con sus estándares profesionales. La profesión debe también definir y organizar el proceso de educación y de establecimiento de estándares de los miembros presentes y futuros. Los médicos tienen obligaciones individuales y colectivas para participar en estos procesos. Las obligaciones incluyen incorporarse en evaluaciones internas y aceptar escrutinio externo de todos los aspectos de su desempeño profesional.

Resumen

La práctica de la medicina en la era moderna está acosada con cambios sin precedentes virtualmente en todas las culturas y sociedades. Estos cambios centran en crecientes disparidades entre las necesidades legítimas de los pacientes, los recursos disponibles para cumplir con esas necesidades, la dependencia creciente de las fuerzas de mercado para transformar los sistemas de salud, y la tentación de los médicos de abandonar su compromiso tradicional a la primacía de los intereses de los pacientes. Para mantener la fidelidad del contrato social de la medicina durante este tiempo turbulento, creemos que los médicos deben reafirmar su dedicación activa a los principios del profesionalismo, lo cual implica no sólo a su compromiso personal al bienestar de sus pacientes sino también a los esfuerzos colectivos para mejorar los sistemas de salud por el bienestar de la sociedad. Esta Carta sobre el Profesionalismo Médico intenta incentivar tal dedicación y promover una agenda de acción para la profesión médica que es universal en extensión y propósito.



III Convención de la Profesión Médica

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

Madrid, 16 y 17 de noviembre de 2012
Hotel Meliá Castilla
Calle de Alcalá, 14
28014 Madrid
Teléfono: 91 563000

Secretaría Técnica



Alejo: Alcocer 13, 1º a
28010 Madrid
Tel: 91-563 33 70 Fax: 91-563 33 72
www.inccongreso.es



EXISTEN MUCHAS OCASIONES DE
COMPROMETER SUS RESPONSABILIDADES
PROFESIONALES PARA BUSCAR
GANANCIA PRIVADA O VENTAJA PERSONAL

ESPECIALMENTE CON INDUSTRIAS
LUCRATIVAS, FABRICANTES DE
EQUIPOS MÉDICOS, COMPAÑÍAS
DE SEGUROS Y FIRMAS
FARMACEÚTICAS



LOS MÉDICOS TIENEN LA OBLIGACIÓN
DE RECONOCER, REVELAR AL PÚBLICO
Y TRATAR ESTOS CONFLICTOS DE INTERÉS

LAS RELACIONES ENTRE LA INDUSTRIA
Y LOS LIDERES DE OPINIÓN
DEBERIAN REVELARSE, CUANDO
ESTOS DETERMINAN CRITERIO



**III Convención de la
Profesión Médica**

*Librando la Profesión.
Comprometidos con
la sociedad y
los médicos.*

Madrid, 16 y 17 de noviembre de 2012
Hotel Meliá Castilla
Calle de Haza, 12
28014 Madrid
Teléfono: 91 563000

Secretaría Técnica
IMC Congress

Albano, Acoson, 13. 1º a
28018 Madrid
Tel: 91-053 33 70 Fax: 91-353 33 72
www.imccongress.com



DECLARACIÓN DE LA COMISIÓN CENTRAL DE DEONTOLOGÍA
Sobre la
ÉTICA DE LA RELACIÓN PROFESIONAL DEL MÉDICO
CON LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA
Y LAS EMPRESAS SANITARIAS
(Aprobada en la sesión de 30 de septiembre/ 1 de octubre de 2005)

1.- Al colegiarse, el médico asume públicamente el compromiso deontológico de prestar a sus pacientes una atención de calidad humana y científica (CEDM art. 18). Esto implica una ética de la prescripción basada en los principios de libertad, que la Comisión Central de Deontología desarrolló en su Declaración sobre la libertad de prescripción del médico (1998), aprobada por la Asamblea General y publicada en la revista OMC, nº 62 (Febrero de 1999). En ella, se establece que la libertad de prescripción está vinculada a la responsabilidad profesional, lo cual supone que la aplicación de un medio terapéutico o diagnóstico debe ir precedida de una consideración de su validez científica, su idoneidad para un paciente determinado, y su eficiencia. La Declaración hacía una mención expresa de los aspectos económicos de las decisiones médicas: "El médico no puede olvidar que el dinero con que se han de pagar sus prescripciones no es suyo, sino del paciente o de las instituciones que las toman a su cargo, y que ha de hacer de él un uso racional (...). Este deber deontológico de prescribir con racionalidad y economía obliga al médico a ser plenamente independiente de condicionamientos que limiten su libertad de hacer en cada caso lo mejor, también lo mejor económico, por su paciente y por quien asume sus gastos".

2.- Los profundos cambios experimentados por la organización sanitaria en los últimos decenios han situado la eficiencia y el factor económico en un lugar significativo de la toma de decisiones médicas, las cuales pueden verse interferidas por intereses no siempre coincidentes con los del paciente, sujeto principal de la atención sanitaria. De este modo pueden entrar en acción al menos dos agentes que se relacionan con el médico que decide la prescripción o que toma decisiones con implicaciones económicas, que en algunas circunstancias podría verse indebidamente influido por intereses procedentes de la entidad proveedora de servicios (pública o privada) y/o de la industria o empresa sanitaria.

3.- Se plantean así problemas éticos y conflictos de intereses para el médico cuyo comportamiento deberá estar movido por principios de independencia profesional, lealtad hacia el paciente y transparencia hacia la sociedad. La ejemplaridad del médico es un valor moral muy relevante para fundamentar la confianza en la relación clínica y el respeto social hacia la profesión médica.

4.- La Comisión Central de Deontología siente la necesidad de ofrecer a la colegiación algunos criterios éticos y deontológicos, que puedan contribuir, junto con otros agentes involucrados (administración sanitaria, industria farmacéutica y sanitaria, sociedades científicas, asociaciones de pacientes, entidades asistenciales) a la deliberación social en una cuestión de gran interés y con serias implicaciones para el bien común.

LA TOMA DE DECISIONES PUEDE VERSE INTERFERIDA POR INTERESES NO COINCIDENTES CON LOS DEL PACIENTE, Y QUE TIENE IMPLICACIONES ECONÓMICAS

EL COMPORTAMIENTO DEL MÉDICO DEBE ESTAR REGIDO POR LOS PRINCIPIOS DE INDEPENDENCIA PROFESIONAL, LEALTAD AL PACIENTE Y RESPONSABILIDAD SOCIAL. “EJEMPLARIDAD DEL MÉDICO”



**III Convención de la
Profesión Médica**

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

Madrid, 16 y 17 de noviembre de 2012
Hotel Meliá Castilla
Calle de Haza, 12
28014 Madrid
Teléfono: 91 563 20 70

Secretaría Técnica
INCCongreso

Albano, Acoson, 13. 1º A
28018 Madrid
Tel: 91-053 33 70 Fax: 91-353 33 72
www.inccongreso.com



ES INCOMPATIBLE CON LA DEONTOLOGÍA
MÉDICA SOLICITAR O ACEPTAR
CONTRAPRESTACIONES A CAMBIO DE
PRESCRIBIR UN MEDICAMENTO O
UTILIZAR UN PRODUCTO SANITARIO

COMO INVESTIGADOR, CONSULTOR O
DOCENTE TIENE OBLIGACIÓN DE
MANIFESTAR LOS VÍNCULOS CON
LOS PATROCINADORES
O PROMOTORES



**III Convención de la
Profesión Médica**

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

Madrid, 16 y 17 de noviembre de 2012
Hotel Mesa Castilla
Calle de Haza, 12
28013 Madrid
Teléfono: 91 563000

Secretaría Técnica
INIC Congress



Albano, Acoson 13, 1º d
28019 Madrid
Tel 91-053 33 70 Fax 91-353 33 72
www.inicongress.com



CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA MÉDICA

GUÍA DE ÉTICA MÉDICA

Julio, 2011

1

OMC

III Convención de la Profesión Médica

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

Madrid, **16 y 17** de noviembre de 2012
Hotel Meliá Castilla
 Castell de España, 16
 28014 Madrid
 Teléfono: 91 567020

Secretaría Técnica

INIC Congress

Albano, Acisclo, 13. 1º a
 28016 Madrid
 Tel: 91-053 33 70 Fax: 91-353 33 72
 www.inicongress.com

EN EL ARTÍCULO 23 (INCORPORA LA
DECLARACIÓN DE LA COMISIÓN CENTRAL)
EL MÉDICO NO PUEDE ACEPTAR UNA
REMUNERACIÓN FUNDADA EN NORMAS
DE PRODUCTIVIDAD, DE RENDIMIENTO
HORARIO O CUALQUIER OTRA DISPOSICIÓN
QUE ATENTE CONTRA LA CALIDAD
EN LA ASISTENCIA

EN ACTIVIDADES CIENTÍFICAS Y DE
FORMACIÓN DEBERA EXPLICITARSE
CON CLARIDAD
Y TRANSPARENCIA EL ALCANCE
DEL PATROCINIO



EL MÉDICO DEBE CONDICIONAR SU PARTICIPACIÓN EN UNA INVESTIGACIÓN, PATROCINADA POR UNA EMPRESA FARMACÉUTICA , A DISPONER DE PLENA LIBERTAD PARA SU PUBLICACIÓN, INDEPENDIENTEMENTE DE LOS RESULTADOS CUANDO SE HACEN RECOMENDACIONES DE UN PRODUCTO ESPECÍFICO, TANTO EN MEDIOS CIENTÍFICOS COMO EN MEDIOS DE COMUNICACIÓN GENERAL, DEBERA COMUNICAR SU DECLARACIÓN DE INTERÉS



EN EL ARTÍCULO 64 : ES CONTRARIO A LA DEONTOLOGÍA NO MENCIONAR TODAS LAS FUENTES DE FINANCIACIÓN DE UN TRABAJO QUE MOTIVA LA PUBLICACIÓN

Y HACER PUBLICIDAD ENGAÑOSA ENCUBIERTA O PROMOCIÓN DE UN PRODUCTO SIN SUFICIENTE SOPORTE CIENTÍFICO O INFORMACIÓN INSUFICIENTE



EN EL ARTÍCULO 66 : EL MÉDICO
NO PERCIBIRÁ COMISIÓN
ALGUNA POR

SUS PRESCRIPCIONES NI POR
LOS MATERIALES EMPLEADOS
EN LA
ATENCIÓN A LOS PACIENTES



**III Convención de la
Profesión Médica**

**Liberando la Profesión.
Comprometidos con
la sociedad y
los médicos.**

Madrid, 16 y 17 de noviembre de 2012
Hotel Meliá Castilla
Calle de Huelga, 12
28002 Madrid
Teléfono: 91 563000

Secretaría Técnica
IMC Congress

Albano, Acacias, 13. 1º d.
28016 Madrid
Tel: 91-053 33 70 Fax: 91-353 33 72
www.imccongress.com



DILEMA :
¿ÉTICA PROFESIONAL,
CONSERVAR EL EMPLEO,
PAGAR LA HIPOTECA,?



ES FRECUENTE QUE EXISTA DUALIDAD DE INTERESES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA QUE PUEDE CREAR UNA SITUACIÓN DE LEALTAD DIVIDIDA, QUE PUEDE COINCIDIR O NO ENTRE EL BENEFICIO DEL PACIENTE – BENEFICENCIA- Y EL DE LA INSTITUCIÓN O LA EMPRESA – BENEFICIO O PRODUCTIVIDAD INCENTIVADA-

OMC 

**III Convención de la
Profesión Médica**

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

Madrid, 16 y 17 de noviembre de 2012
Hotel Meliá Castilla
Calle de Haza, 12
28014 Madrid
Teléfono: 91 563000

Secretaría Técnica


Albano, Alcazar, 13. 1º a
28014 Madrid
Tel 91-053 33 70 Fax 91-353 33 72
www.opm.es







LOS CONFLICTOS DE INTERESES EN LA PROFESIÓN MEDICA

Miquel Vilardell Tarrés - Màrius Morlans Molina
Col·legi Oficial de Metges de Barcelona

III Convención de la Profesión
Médica

Madrid 15 y 16 de noviembre de 2012

Definición

Existe un *conflicto de intereses* cuando en la toma de decisiones el deber u obligación principal del profesional se confronta con cualquier otro interés personal pudiendo resultar en una decisión que no sea acorde con la obligación principal.

La profesión médica

- El caso más frecuente en la profesión médica se da cuando la opinión del profesional sobre la atención directa a un paciente puede estar influida indebidamente por un segundo interés.
- Este interés es debido a las responsabilidades adquiridas con otras actividades relacionadas y compatibles con el ejercicio profesional como son la docencia, la investigación y la gestión.

¿Es inmoral?

- En principio, el conflicto de intereses en si no es malo.
- *A priori* no tiene porqué ser inmoral.
- La clave está en la forma de encararlo y resolverlo.

Criterios

Sin detrimento de la complejidad que pueden plantear algunos conflictos de intereses, hay criterios que pueden ayudar a abordarlos y resolverlos correctamente:

1. Priorizar los intereses del paciente cuando la asistencia esté implicada.
2. Prudencia que permite preverlos y pensar en como resolverlos.
3. Transparencia que consiste en explicitarlos.



Ámbitos profesionales

- Enseñanza
- Investigación
- Dirección y gestión

Enseñanza (1)

- El conflicto estriba en que hay que hacer compatible el bienestar del paciente con las necesidades formativas de los estudiantes.
- Predomina el bienestar del paciente debiendo proteger a los más vulnerables y afectados.
- El profesor de prácticas debe solicitar la aquiescencia de los pacientes.

Enseñanza (2)

- Debe respetar la decisión del paciente cuando se opone a colaborar.
- Ello no ha de suponer un trato discriminatorio en la asistencia.
- El profesor debe presentar los estudiantes al paciente.
- Debe velar para que la práctica se lleve a cabo con respeto a la intimidad y el confort del paciente.

Enseñanza (3)

- En el caso de los MIR deberíamos reflexionar sobre si se ha de informar que quién llevará a cabo la intervención es un médico en formación.
- La condición de médicos les permite llevar a cabo las intervenciones para las que están capacitados según sus tutores.
- Los responsables del resultado son los tutores.

Investigación (1)

- En el caso del médico investigador siempre debe anteponer el interés del paciente.
- Ello le obliga a revelar cualquier información relacionada con él, sobretodo las reacciones adversas.
- Hay que respetar la confidencialidad de los pacientes y no proporcionar más datos de los estrictamente necesarios.

Investigación (2)

- No facilitar información que permita la identificación de los participantes en un ensayo a terceras personas.
- El investigador principal debe asumir la propiedad intelectual de la investigación y, por tanto, de los resultados.
- Esa es la garantía de poder actuar con transparencia y publicar los resultados adversos.

Investigación (3)

- El investigador no debería colaborar en un proyecto de investigación en que no se le reconoce la propiedad intelectual del mismo.
- La remuneración debe ser proporcional a la aportación intelectual, el esfuerzo, la dedicación y a los ingresos del trabajo asistencial.
- En la divulgación de los resultados debe hacerse constar el vínculo con la empresa promotora de la investigación.

Dirección y gestión (1)

- En el caso de los profesionales de la medicina implicados en tareas de dirección su responsabilidad principal recae en la gestión de recursos y no en la atención al paciente individual.
- Su objetivo es proporcionar asistencia adecuada a la población atendida por el centro que dirige.

Dirección y gestión (2)

- Puede darse una posible discrepancia entre los criterios de gestión eficiente y las expectativas de los ciudadanos.
- La gestión eficiente puede oponerse, a veces, a la gestión complaciente con las autoridades sanitarias.
- La gestión estricta de los recursos puede contrariar las demandas de los servicios no previstas en el presupuesto.

Dirección y gestión (3)

- Las decisiones justas en beneficio de la población atendida pueden colisionar con posibles reivindicaciones laborales.
- La promoción profesional de los más competentes puede confrontarse con la de los más complacientes.

Conclusiones

- Los colegios profesionales deberíamos elaborar recomendaciones que orienten a nuestros colegiados en la resolución de los conflictos de intereses.
- Es aconsejable que los centros dispongan de su propia normativa.
- En los casos dudosos aconsejamos consultar a las comisiones de deontología y a los comités de ética asistencial.

Referencias

- *Declaración de la AMM sobre conflictos de intereses.* 60^a Asamblea General, Nueva Delhi, 2009
- *De la experimentación médica sobre la persona.* Código de Deontología, CCMC, 2005
- *La ética en las instituciones sanitarias: entre la lógica asistencial y la lógica gerencial.*
Barcelona, Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols i Lucas n° 28, 2012

Preguntas Mesa 2:

Conflictos de Interés en la Profesión Médica





1.- Los posibles conflictos de interés relacionados con la investigación ¿piensa usted que se están , afrontando adecuadamente desde la profesión , médica?

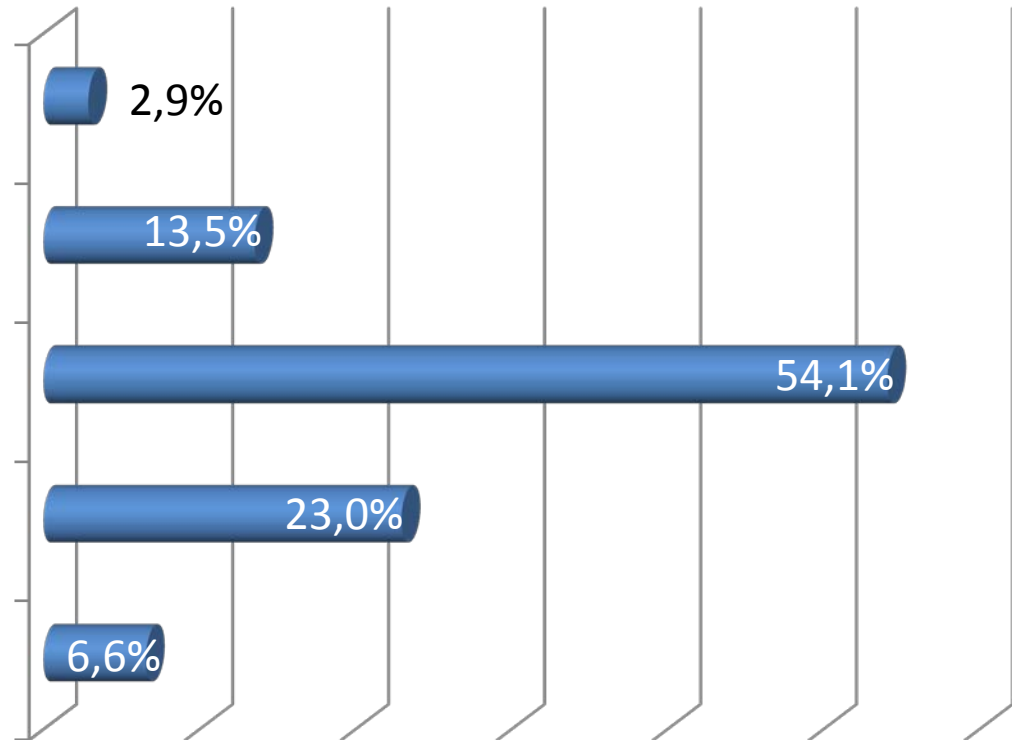
Totalmente de acuerdo

De acuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

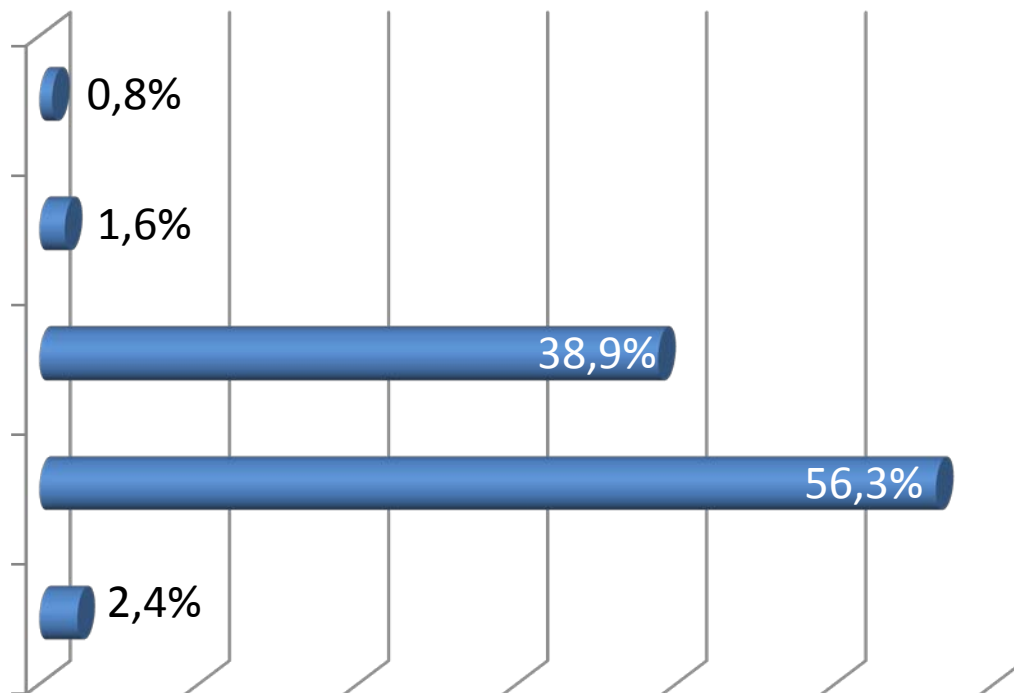
No sabe / No contesta





2.- Los posibles conflictos de interés de los médicos que ejercen en la Gestión Sanitaria ¿considera usted que se están afrontado adecuadamente desde la profesión médica?

Totalmente de acuerdo
De acuerdo
En desacuerdo
Totalmente en desacuerdo
No sabe / No contesta





**3.- Los posibles conflictos de interes con la industria farmacéutica
¿piensa usted que se están afrontando adecuadamente desde la
profesión médica?**

Totalmente de acuerdo

0,8%

De acuerdo

8,2%

En desacuerdo

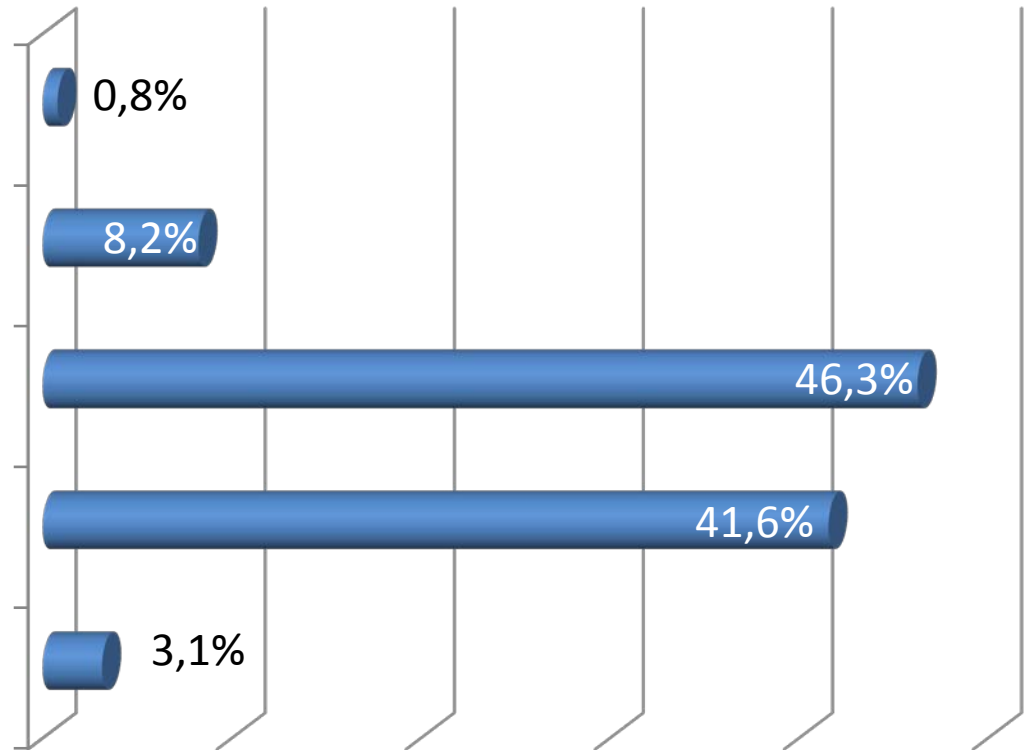
46,3%

Totalmente en desacuerdo

41,6%

No sabe / No contesta

3,1%





4.- ¿Piensa usted que los Colegios de Médicos deberían elaborar recomendaciones que orienten a los colegiados en la resolución de los conflictos de intereses?

Totalmente de acuerdo

72,6%

De acuerdo

23,2%

En desacuerdo

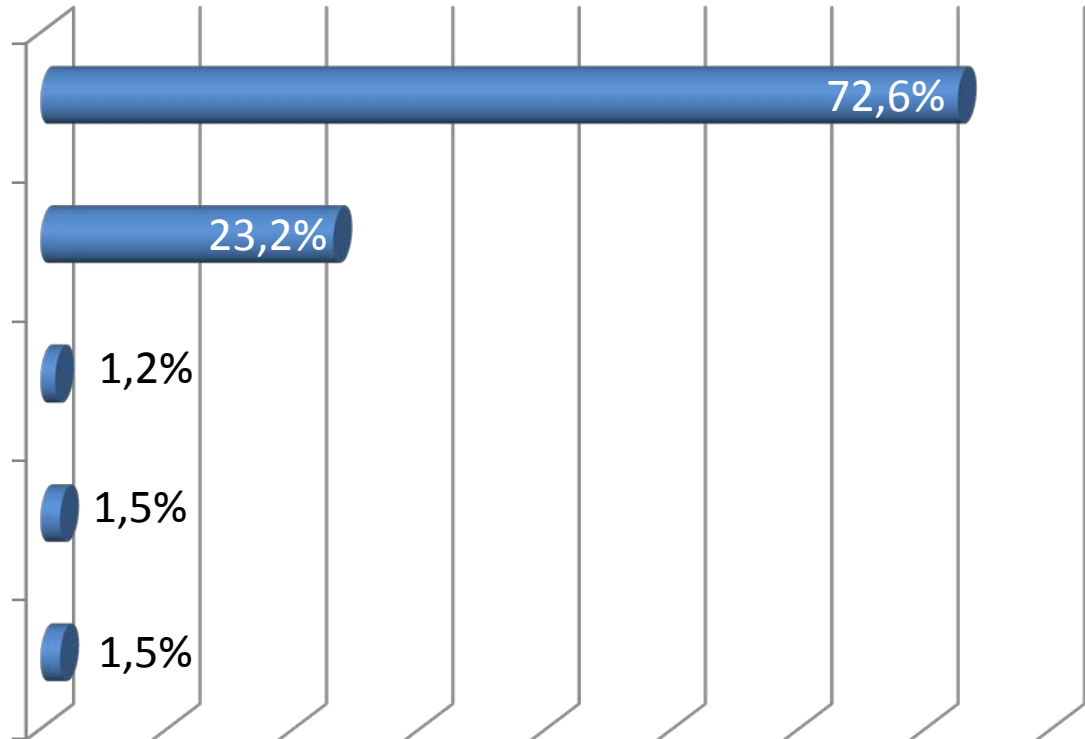
1,2%

Totalmente en desacuerdo

1,5%

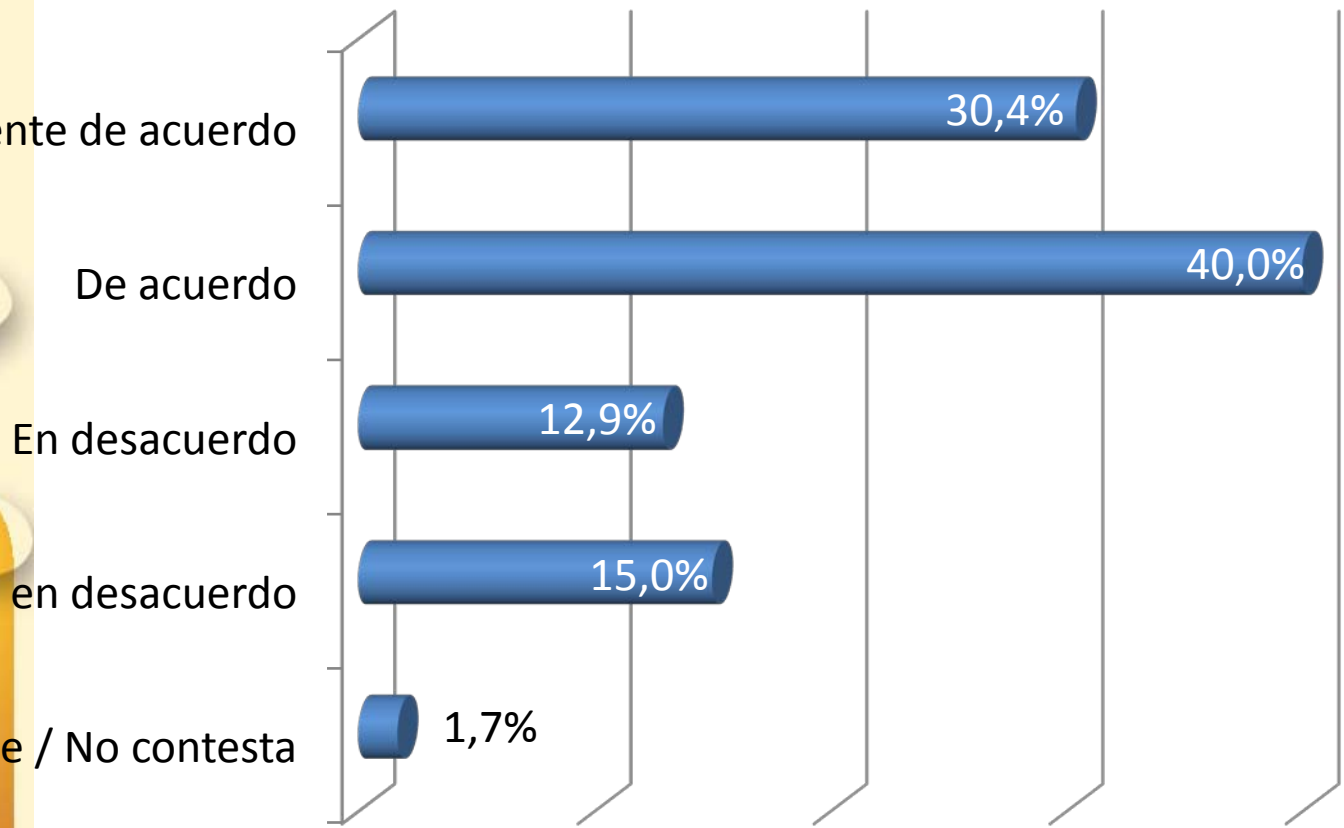
No sabe / No contesta

1,5%





5.- ¿Piensa usted que sería aconsejable que los centros asistenciales dispusieran de sus propias normativas sobre conflictos de intereses?



Mesa 3:

Objeción de conciencia: el deber de informar





III Convención de la Profesión Médica

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

Mesa 3





OBJECCIÓN DE CONCIENCIA: DEBER DE INFORMAR. REFLEXION PRELIMINAR.

Las cuestiones relativas a la objeción de conciencia nunca serán pacíficas, porque perteneciendo al ámbito lato de la libertad o al mas concreto del de la conciencia, quedan reservados a la esfera más íntima del yo, es decir de cada individuo. Pero ello no quiere decir que en sociedad, cualquier persona pueda utilizar este derecho para desafiar al Estado y a la sociedad construyéndose una legalidad a su medida y a su antojo. Ni los representantes más genuinos de la defensa de una libertad a ultranza. como Locke o Rawl, pudieron soñar con tal utopía

Tengo escrito que basándome en la esencia misma de la definición de objeción, que nuestra Constitución colegial recoge en el. **Artículo 32**

1.- Se entiende por objeción de conciencia la negativa del médico a someterse, por convicciones éticas, morales o religiosas, a una conducta que se le exige, ya sea jurídicamente, por mandato de la autoridad o por una resolución administrativa, de tal forma que realizarla violenta seriamente su conciencia., no puede haber una regulación legal de la objeción de conciencia, ni tampoco de hechos objetables, por lo que cabría que cada uno pudiese objetar a aquello que repugna a su conciencia. En la práctica así debería ser, pero el objetor tendría que estar dispuesto a afrontar las consecuencias de sus actos y no esperar el aplauso y el beneplácito del resto de la sociedad que no piensa así. Lo que si se puede es establecer a priori los requisitos mínimos exigibles a una acto para que una mayoría significativa de ciudadanos conviniésemos en asumir como objetables- Actos que por su trascendencia existencial acaban siendo reconocidos por las leyes como actos objetables legales y declarados exentos de cumplimiento. Tal como ha ocurrido en España con el Servicio Militar y el Aborto.



Esas condiciones ya las estableció el Tribunal Constitucional Alemán en la sentencia 20/12/1960) (1) del siguiente modo:

.-Que siendo de carácter moral, afecten a cuestiones esenciales

Para el individuo relacionadas con su concepción existencial de la vida, la libertad y los principios, vividos con tal intensidad que su incumplimiento supondría una grave lesión de su conciencia y de su identidad personal .A esto yo añadiría que afecten a nuestro yo de tal modo que de actuar en contra de esas convicciones nos acarrearía una situación de indignidad y por tanto de rechazo a nosotros mismos.

El punto de reflexión que yo propongo es la consideración de lo que significa para la persona el concepto de conciencia moral y la relevancia que tiene para cada uno de sus actos y para su devenir histórico. No se me ocurre un texto mejor para expresar el carácter ontológico que ha de tener el objeto objetable que el que derivaría de una conciencia Moral conformada en los términos de la Constitución *gaudiun et spes*

La Constitución apostólica *Gaudium et Spes* proclama la ***Dignidad de la conciencia moral***

1 .Toda decisión seria de carácter moral, es decir, orientada en las categorías del bien y del mal, que el individuo experimenta internamente en una determinada situación como vinculante e incondicionalmente obligatoria, de tal forma que no podría actuar contra ella sin violentar seriamente su conciencia



*“16. En lo más profundo de su conciencia descubre el hombre la existencia de una ley que él no se dicta a sí mismo, pero a la cual debe obedecer, y cuya voz resuena, cuando es necesario, en los oídos de su corazón, advirtiéndole que debe amar y practicar el bien y que debe evitar el mal: haz esto, evita aquello. Porque el hombre tiene una ley escrita por Dios en su corazón, en cuya obediencia consiste la dignidad humana y por la cual será juzgado personalmente. **La conciencia es el núcleo más secreto y el sagrario del hombre, en el que éste se siente a solas con Dios, cuya voz resuena en el recinto más íntimo de aquélla.***

La conciencia es una guía personal, y la uso porque tengo que usarme a mí mismo. Soy tan incapaz de pensar con una mente que no sea la mía como de respirar con los pulmones de otro. La conciencia está más cerca de mí que cualquier otro medio de conocimiento.

Otros filósofos, como González Vicen, nos dicen: *que supone el enfrentamiento del yo consigo mismo en busca de su autenticidad. La conciencia nos obliga porque es la única instancia de nuestra identidad individual: ley encontrada por el hombre mismo, que no puede infringir so pena de perder su propio ser”.*

La objeción de conciencia no la concibo como análoga a libertad de pensamiento en términos volterianos, yo soy libre de pensar, pero debo respetar el pensamiento del otro, aunque ambos sean expresión del mismo principio, luego transformado en derecho Constitucional: la libertad ideológica. Cuando se trata de una objeción de conciencia propia, es decir, la no legalizada, siempre se va a producir la conculcación del derecho de otro, va más allá de una simple discrepancia. Yo puedo pensar que es absurdo que los testigos de Jehová pongan en riesgo su vida por no recibir una



trasfusión de sangre, pero si me quedo ahí no causo daño a nadie, pero si soy médico y objeto no operar sin poner sangre, porque me parece absurda esa creencia, sí que causo un daño. Por eso digo que aunque intrínsecamente la objeción de conciencia es un problema de libertad de conciencia y por tanto debe enmarcarse en el campo ético, se hace realidad cuando nos enfrenta a un deber jurídico, sin el cual no se puede hablar, en puridad, de objeción de conciencia. Por tanto en la práctica se trata de un problema jurídico.

La ley 2/2010 (salud sexual y reproductiva y de interrupción voluntaria del embarazo) nos ha planteado la cuestión objeto de esta reflexión, de si cualquier hecho es objetable, con suma crudeza.

La ley en su Art 19-2 sólo contempla que los *profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo tendrán el derecho de ejercer la objeción de conciencia sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de la objeción de conciencia*

Para el legislador sólo los profesionales sanitarios directamente implicados en la realización del aborto estarían exentos del cumplimiento de este deber por razones de conciencia. La administración se ha apresurado a interpretar que los sanitarios directamente implicados en la interrupción del aborto son los que lo realizan o sean cooperadores necesarios. Entre ellos estaría el obstetra y el anestesista. Los problemas han venido de algunos médicos de asistencia primaria y centros de salud que se niegan a informar a la mujer de los derechos que la ley le concede de ser informadas.



La comisión Central de Deontología se ha expresado claramente a través del Código de Deontología sobre esta materia. Como era de esperar el artículo del código que lo regula el 55, en el que se recoge el deber de informar del médico, **2.- El médico, que legítimamente opte por la objeción de conciencia, a la que tiene derecho, no queda eximido de informar a la mujer sobre los derechos que el Estado le otorga en esta materia ni de resolver, por sí mismo o mediante la ayuda de otro médico, los problemas médicos que el aborto o sus consecuencias pudiesen plantear.**

ha recibido críticas desfavorables, ciertamente, pero creo que han sido más las favorables. Con motivo del XVIII Congreso Nacional de Medicina General y de Familia, se planteo este tema y las tres Sociedades Científicas que representan a los médicos de familia estuvieron de acuerdo en que el deber de informar no admite la objeción de conciencia. Del mismo modo las primeras sentencias de Juzgados de lo Contencioso van en la misma dirección. Me parece sumamente ilustrativa la sentencia del Tribunal Supremo a propósito de los recursos planteados contra la Ley de Educación para la Ciudadanía (EpCTribunal Supremo. Sala de lo Contencioso - Administrativo. : 11/02/200)

“Es importante aclarar que esta Sala no excluye de raíz que, en circunstancias verdaderamente excepcionales, no pueda entenderse que de la Constitución surge tácitamente un derecho a quedar eximido del cumplimiento de algún deber jurídico válido. Pero esas circunstancias verdaderamente excepcionales no han quedado acreditadas en el presente caso: aquí no cabe advertir un conflicto semejante al que se produce en los casos en que la Constitución -o el Tribunal Constitucional al interpretarla-



*han reconocido el derecho a objetar. En efecto, tanto cuando se trata del **servicio militar obligatorio, como de la intervención en el aborto** en los supuestos despenalizados, se percibe con absoluta nitidez la contraposición radical entre la conciencia de quienes pretenden ser eximidos de su cumplimiento y unos deberes jurídicos bien precisos*

En el pretendido derecho de los médicos de familia a no informar, yo no veo esa contraposición radical, entre otras cosas, porque el informante no conoce con claridad cuales serán las consecuencias de la información que va a suministrar a la embarazada. Aquí se suele partir de una premisa falsa y es que la información propiciará necesariamente la realización de un aborto, cuando podría ocurrir lo contrario. El médico no debe rehuir el informar y debe hacerlo lealmente, según la doctrina científica imperante en ese momento, desprovisto de cualquier ideología. Debe, también rehusar el transformarse en un mero vehículo administrativo degradando el acto médico

La objeción de conciencia debe ser la razón última esgrimida por el médico para negarse a realizar un acto médico. Antes de llegar a ella deben agotarse todas las posibilidades; no debe hacerse un uso abusivo, porque ello iría en descrédito de una institución tan sagrada como debería ser el respeto que todos debemos a nuestras conciencias. Recientemente unos médicos han pretendido acogerse a la objeción de conciencia para negarse a cumplir el Real Decreto por el cual el gobierno ha dispuesto ciertas limitaciones en las prestaciones sanitarias. Aquí realmente se trataría de una desobediencia civil mas que de una objeción, porque en realidad se desobedece una ley, que se cree injusta, pero la solución que se da es realizar un acto caritativo, pero con el dinero de otro. El servidor



público tiene un deber ético y legal de administrar los recursos que se le dan de tal modo que produzcan los mejores beneficios para todos, pero será desleal con su patrón y por tanto con relevancia penal, si lo hiciera de modo fraudulento o con desobediencia. La objeción sería no ejercer en un sistema en el que se pone en peligro al paciente, colaborando en ello como cooperador necesario. El objetor en este caso sufriría las consecuencias de su postura. Es semejante al médico que se presta a prescribir en una receta de pensionista las medicinas del hijo so pretexto, que estando en paro, no puede pagar la parte alícuota que le correspondería. La objeción no puede dar amparo a este tipo de prácticas, que en definitiva son claros casos de desobediencia civil.

Concluyo esta reflexión con las palabras prestadas del insigne maestro Gonzalo Herranz.

“En mi opinión, la objeción de conciencia puede ser objeto de mucha falsificación. Algunos la instrumentalizan para "librarse" de incomodidades. En España, cuando se inició el movimiento a favor de la objeción al servicio militar, muy pronto a los genuinos objetores se les sumaron los insumisos, que rechazaban cumplir el servicio social sustitutorio. Las formas falsas de objeción de conciencia han propiciado que se desarrollara una difusa desconfianza social hacia ella, de modo que, en vez de ser vista por todos como un apreciado progreso social de tolerancia y respeto de las libertades individuales, y de tener como fin exclusivo la defensa sincera de la propia identidad moral, la objeción de conciencia se puede convertir en materia para el "contrabando laboral": algunos objetan en conciencia, no para salvar su alma, sino para mortificar al jefe o al sistema, o para aligerar la carga o el horario de trabajo. La tolerancia de esas conductas falseadas supondría la muerte lenta, pero segura, de la genuina objeción de conciencia”. (Gonzalo Herranz, Comunicación personal, 2010)



Traicionaría mi propia convicción si no terminara diciendo que al final uno se enfrenta con su propia conciencia y que el único que nos puede juzgar es nuestra ley interior, por la cual si uno cree que debe objetar deberá hacerlo, cuales quiera que sean las consecuencias que se deriven de ello. El objetar es el acto de mayor dignidad ética que puede hacer el ser humano. La historia y el mundo están llenos de este tipo de mártires que dieron su vida en defensa de sus creencias, no hay ningún héroe que merezca mas respeto que esos

III Convención de la Profesión Médica

OBJECCIÓN DE CONCIENCIA: EL DEBER DE INFORMAR

Madrid, 16 y 17 de Noviembre de 2012

OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

Negativa de una persona a realizar ciertos actos, o a tomar parte en determinadas actividades que le ordena la ley o la autoridad competente, basándose en razones de convicción moral.

Ordenanzas que contemplan la objeción de conciencia

- **Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948).**
- **La Constitución Española en su artículo 16,1.**
- **La STC 161/1987.**
- **Ley orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.**
- **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.**
- **Nuestro código de deontología médica.**

Código de Deontología Médica: artículo 55

- **1.-** El médico está al servicio de preservar la vida a él confiada, en cualquiera de sus estadios. El que una mujer decida interrumpir voluntariamente su embarazo, **no exime al médico del deber de informarle** sobre las prestaciones sociales a las que tendría derecho, caso de proseguir el embarazo, y sobre los riesgos somáticos y psíquicos que razonablemente se puedan derivar de su decisión.
- **2.-** El médico, que legítimamente opte por la objeción de conciencia, a la que tiene derecho, **no queda eximido de informar a la mujer** sobre los derechos que el Estado le otorga en esta materia ni de resolver, por sí mismo o mediante la ayuda de otro médico, los problemas médicos que el aborto o sus consecuencias pudiesen plantear.
- **3.-** El médico debe proporcionar a la mujer gestante **información adecuada, fidedigna y completa** sobre la evolución del embarazo y el desarrollo fetal. No es conforme a la ética médica negar, ocultar o manipular información para influir en la decisión de la madre sobre la continuidad de su embarazo.

PRIMERA PREGUNTA

- **¿Ante una mujer que viene a nuestra consulta planteándose abortar podemos decirle *“No se lo puedo hacer porque soy objetor de conciencia”* sin más?**



LA RESPUESTA ES: NO

Empezar a hablar con la paciente es la mejor opción.

SEGUNDA PREGUNTA

¿Entonces, la objeción de conciencia del médico de familia abarca o no abarca la obligación de informar a la paciente?

Es decir

¿Me puedo acoger a la objeción de conciencia para decidir no informar?

SEGUNDA PREGUNTA

RESPUESTA: NO ABARCA.

PREVALECE SIEMPRE EL DEBER DE INFORMAR.

- Pedimos una aclaración legislativa para que las distintas sentencias que van apareciendo no sean contradictorias.
- La mayoría de profesionales del derecho interpretan que el médico de primaria no está “directamente implicado en la realización de la interrupción voluntaria del embarazo”, por lo que no le acoge la objeción de conciencia en cuanto a la dispensación de información que la ley le adjudica.
- **Artículo 55.2.-** El médico, que legítimamente opte por la objeción de conciencia, a la que tiene derecho, **no queda eximido de informar a la mujer** sobre los derechos que el Estado le otorga en esta materia.

TERCERA PREGUNTA

Si estoy obligado por ley y deontología a **informar de los servicios que el Estado otorga a la mujer que quiera abortar**, siendo que yo siento repugnancia moral hacia tal servicio **¿Puedo compatibilizar de algún modo mi obligación legal con mi postura moral?**

TERCERA PREGUNTA

LA RESPUESTA ES: SI

TERCERA PREGUNTA

- “El que una mujer decida interrumpir voluntariamente su embarazo, **no exime al médico del deber de informarle** sobre las prestaciones sociales a las que tendría derecho, caso de proseguir el embarazo, y sobre los riesgos somáticos y psíquicos que razonablemente se puedan derivar de su decisión”. El médico que se sienta objetor al aborto tiene en este punto su enganche deontológico.
- **Ley 2/2010:** “La mujer adoptará su decisión tras haber sido informada de todas las prestaciones, ayudas y derechos a los que puede acceder si desea continuar con el embarazo, de las consecuencias médicas, psicológicas y sociales derivadas de la prosecución del embarazo o de la interrupción del mismo.”

CUARTA PREGUNTA

Si se presenta una complicación derivada del aborto, o antes de abortar hay un problema médico que afecte a la paciente **¿Estoy obligado a atender esos problemas?**

RESPUESTA: SI

Pautas de actuación para el médico de Atención Primaria

1ª-Que tiene el deber de informarla.

Conoce su entorno personal y socio-familiar.

La paciente lo tiene como referente sanitario.

Con la información objetiva y cualificada tenemos ocasión de ayudar a la paciente en el sentido que nos dicta nuestra conciencia.

Pautas de actuación para el médico de Atención Primaria

2ª- Que el deber del médico de informar a la paciente abarca como mínimo los siguientes aspectos:

- Sobre las prestaciones sociales.**
- Sobre los riesgos somáticos y psíquicos.**
- Sobre aspectos relevantes acerca....
no podemos negar, ocultar o manipular información .**
- Sobre los derechos que el Estado le otorga en esta materia.**

Pautas de actuación para el médico de Atención Primaria

3ª.- Como médicos se nos exige dispensar tratamiento y atención médica adecuados a las mujeres que lo precisen.

Buenas tardes

Gracias por su atención



Juan José Aliende Miranda
Presidente



Objeción de conciencia. El deber de informar
III Convención de la Profesión Médica
Madrid. 16-17 de Noviembre 2012

Dr. Joan Monés Xiol
Comisión de Deontología de la OMC
Comisión de Deontología
Colegio de Médicos de Barcelona
Profesor Emérito de Medicina y Bioética
Universidad Autónoma de Barcelona
Gastroenterólogo.
Hospital de Sant Pau
(Jubilado desde Enero 2011)

Objeción de conciencia

Conciencia moral

Definición de conciencia moral.

Es la capacidad de percibir los principios por los que se distingue lo correcto de lo incorrecto. Es como una voz y/o un tribunal interior que juzga nuestras conductas y las aprueba o desaprueba.



La **conciencia moral** puede ser:

- a) **Antecedente** que juzga y analiza los actos que se trata de ejecutar.
- b) **Consiguiente** que trata los actos ejecutados. Así se habla de hacer “examen de conciencia”, “remordimientos de conciencia”.

Objeción de conciencia

Definición de objeción de conciencia

- La **Comisión Central de Deontología (CCD)** acuñó una completa definición de **objeción de conciencia**:
- *“Conflicto interior subjetivamente insoluble que sufre una persona cuando determinadas circunstancias le imponen una obligación cuyo cumplimiento riñe con los dictados de su propia conciencia o de la religión que profesa, lo que le generaría un estado de indignidad y deshonor”.*



Objeción de conciencia

Definición de objeción de conciencia médica

- Es la negativa del profesional sanitario a realizar por motivaciones éticas/religiosas, determinados actos ordenados por la Ley y/o tolerados por la autoridad competente en un momento determinado.
- La objeción de conciencia es por tanto una acción de dignidad moral y ética, siempre que las razones del médico sean sinceras, serias, razonadas y en aspectos profundos y fundamentales.



Mesa redonda sobre objeción de conciencia médica. Sede de la OMC. Madrid. Julio 2010

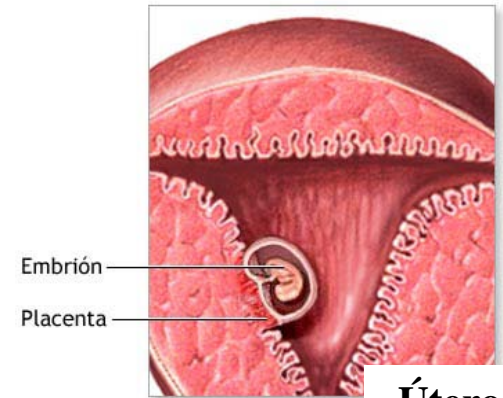
Como consecuencia, han de ser **excluidos** como a posible base para la objeción, tanto los **desacuerdos técnicos** como “**razones de conveniencia**”

Objeción de conciencia

Bases de la objeción de conciencia médica personal

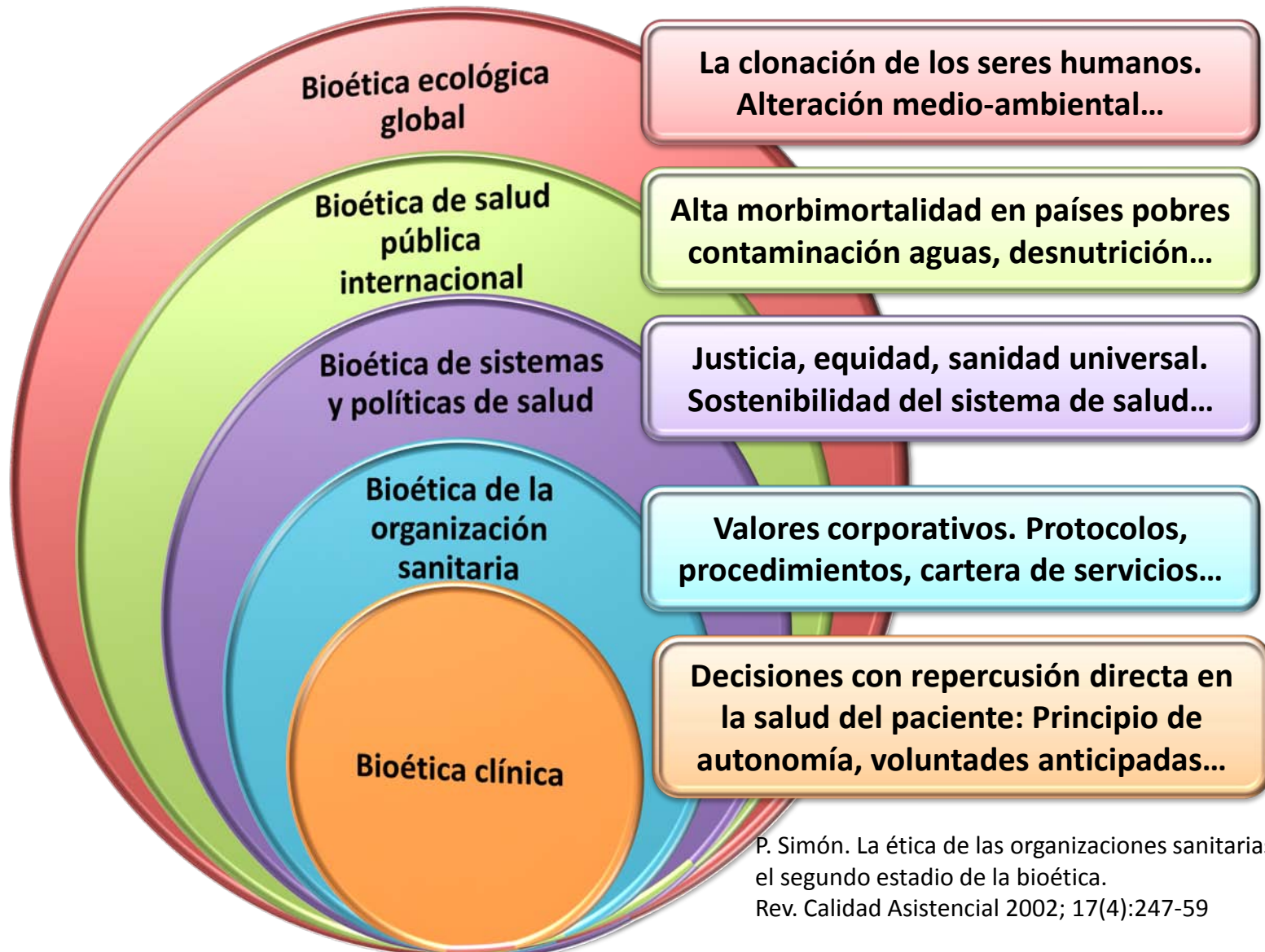
La **objeción de conciencia** se considera como legítima y necesaria cuando:

- El **desacuerdo es total y la discrepancia importante y sustancial.**
- El actuar en contra de la conciencia **traiciona los propios principios.**
- La **objeción tendrá una base tanto más sólida cuanto la participación del médico sea más directa en la acción considerada reprobable en conciencia.**
- Los **Códigos de Deontología modernos consideran a la objeción de conciencia como irrenunciable para el médico.**



Objeción de conciencia

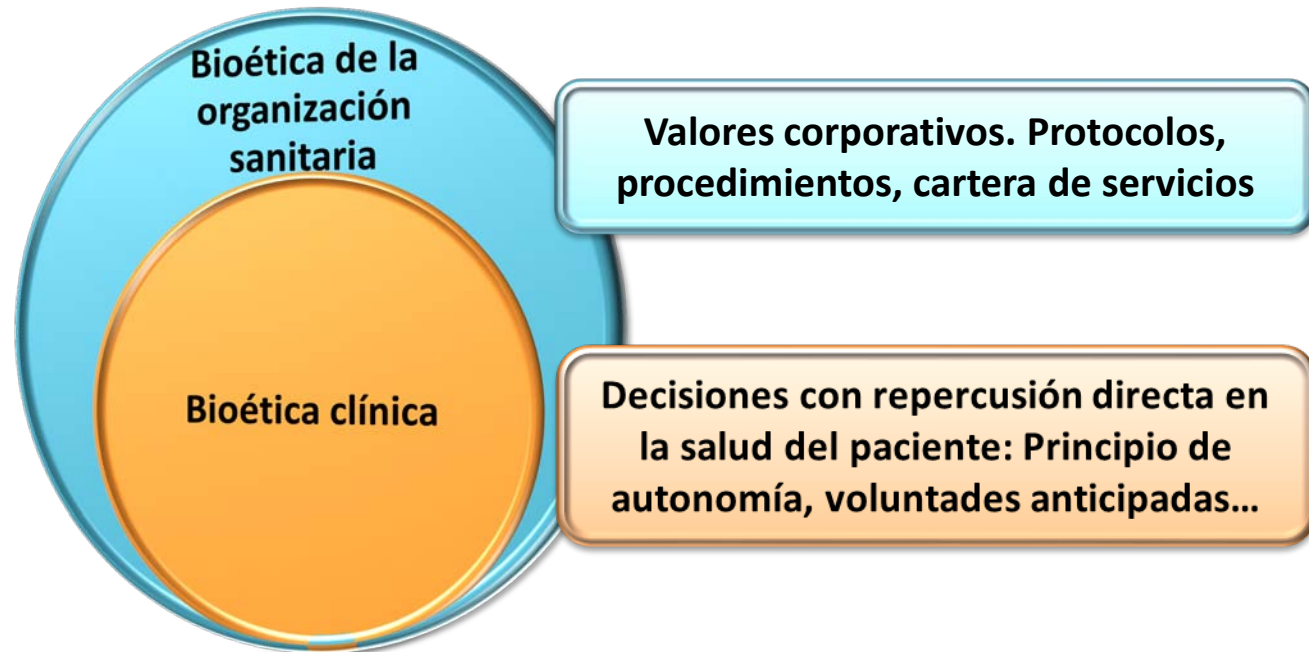
Objeción de conciencia médica. Estadíos de la Bioética



Objeción de conciencia

Objeción de conciencia médica. Estadíos de la Bioética

*Primer y segundo estadíos de la Bioética:
La Bioética clínica y de la organización sanitaria*



P. Simón. La ética de las organizaciones sanitarias: el segundo estadio de la bioética.
Rev. Calidad Asistencial 2002; 17(4):247-59

Objeción de conciencia

Objeción de conciencia médica personal Deber moral/deber jurídico

- La **Ley** prescribe, y es su obligación, **normas válidas para todos**, con independencia de las opiniones morales de cada ciudadano.
- Pero surge inevitablemente el **conflicto entre el deber moral y el deber jurídico**, que es el núcleo de **la objeción de conciencia**.
- Una sociedad democrática debe reconocer **la objeción de conciencia**. Debe admitir que algunos miembros disientan de las reglas generales legalmente establecidas.

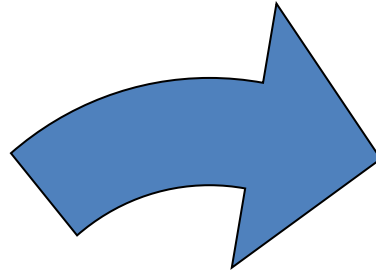


Como quiera que la moral no tiene medios de coacción y el derecho puede ser impuesto, es razonable regular la **objeción de conciencia**

Real Decreto Ley 16/2012
de reforma del sistema
sanitario público.

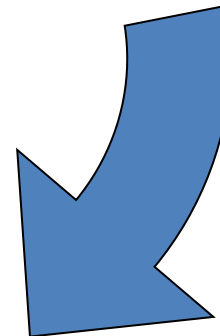
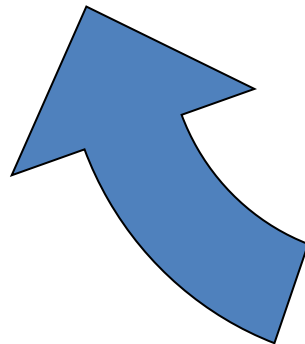
Objeción de conciencia

Objeción de conciencia médica personal Deber moral/deber jurídico



Fenómeno **MODERNO** en sociedades
plurales y diversas en valores

Evitar confusión entre **CONCIENCIA**
e **IDENTIDAD RELIGIOSA**



Diferenciación del espacio **PÚBLICO** (institucional)
y el espacio **PERSONAL** de cada individuo

Objeción de conciencia

Objeción de conciencia médica personal Deber moral/deber jurídico

Objeción/desobediencia a las normas/leyes...
Posibilidades/Actitudes

1ª actitud. El médico objetor ¿pretende cambiar la norma, como en la desobediencia civil?

O

2ª actitud. El médico objetor ¿pretende no acatar el ordenamiento jurídico, porque que va en contra de su conciencia?.

Objeción de conciencia

Objeción de conciencia médica personal Deber moral/deber jurídico

El médico pretende la 2ª actitud, pero crea conflictos

1r. Conflicto: Entre deber moral del profesional y el jurídico de las leyes

2º. Conflicto: Objeción de conciencia del profesional y derecho del usuario

Objeción de conciencia

Objeción de conciencia médica personal Deber moral/deber jurídico. RESUMEN.

- El **médico objetor no pretende cambiar la norma** sino sólo que se le exima de su cumplimiento por razones de conciencia.
- El médico objetor no lo hace por no acatar el ordenamiento jurídico (como en la desobediencia civil), sino que **el objetor sanitario ha de desobedecer determinadas leyes por ser discordantes con su conciencia.**

- El conflicto entre el **deber moral y el jurídico** conlleva además un **segundo conflicto** derivado de la **libertad de conciencia del médico** y el **derecho del usuario de recibir una prestación establecida legalmente.**

Por ello, es obligación del poder público establecer sistemas que permitan la objeción de conciencia y la percepción de la prestación sanitaria

Objeción de conciencia

Objeción de conciencia médica institucional Deber moral/deber jurídico

¿Existe la objeción de conciencia institucional?

- La objeción de conciencia es un derecho individual y no puede ser ejercida por una institución o centro sanitario.
- Los centros sanitarios (sobre todo con financiación pública) no pueden invocar un ideario propio.

Objeción de conciencia

Objeción de conciencia médica Código de Deontología Médica (CDM)

- El Código de Deontología Médica de 2011 (**CDM**), es el primero que consagra un capítulo específico, a la objeción de conciencia.
- Ello no significa que la Organización Médica Colegial (OMC) no le haya concedido, hasta ahora, la importancia que merece la **objeción de conciencia** como pilar en la práctica médica.
- El **CDM** del 1999 dedicaba a esta materia varios artículos dispersos en distintos capítulos (9.3; 26.1, 26.2, etc.) : y lo mismo ocurría en el CDM del 92.
- La Comisión Central de Deontología (CCD) y el Consejo General de Colegios de Médicos conscientes de que la regulación de esta materia era insuficiente en el **CDM** lo suplieron con **dos declaraciones (Mayo de 1997 y Septiembre de 2009)**.

Objeción de conciencia



Objeción de conciencia médica

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

DECLARACIÓN SOBRE LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA

OC (Objeción de Conciencia)

2. Aunque la OC no está regulada expresamente salvo en el caso del servicio militar (Art. 30.2 Constitución Española), sí que hay jurisprudencia relativa a su ejercicio por los médicos, fundamentalmente en el caso del aborto. Esta jurisprudencia no es unánime y en algunos aspectos es contradictoria, lo que ha causado no pocos problemas de inseguridad jurídica.

Consideraciones prácticas

1. El médico puede y debe negarse a realizar prácticas médicas que vayan contra los dictados de su conciencia. Es un deber moral y una práctica lícita desde un punto de vista social.

6. El médico objetor debe comunicar su condición a los responsables de la Institución para la que trabaje. Podrá asimismo comunicarlo a su Colegio profesional.

CDM 2011



Objeción de conciencia

Objeción de conciencia médica personal e institucional Código de Deontología Médica (CDM)

- Artículo 32.1 del CDM. *“Se entiende por **objeción de conciencia la negativa del médico a someterse, por convicciones éticas, morales o religiosas, a una conducta que se le exige, ya sea jurídicamente, por mandato de la autoridad o por una resolución administrativa, de tal forma que realizarla violenta seriamente su conciencia**”.*
- Artículo 32.2 del CDM. *“**El reconocimiento de la objeción de conciencia del médico es un presupuesto imprescindible para garantizar la libertad e independencia de su ejercicio profesional. No es admisible una objeción de conciencia colectiva o institucional**”.*
- Artículo 34.3 del CDM. *“**Aunque se abstenga de practicar el acto objetado, el médico objetor está obligado, en caso de urgencia, a atender a esa persona, aunque dicha atención estuviera relacionada con la acción objetada**”.*

Objeción de conciencia

Objeción de conciencia médica personal e institucional Código de Deontología Médica (CDM)

Algunas voces críticas en ciertos aspectos
sobre objeción de conciencia en el **CDM**

Consejo de Europa

Área de Medicina de Profesionales por la Ética

- Las instituciones sanitarias no pueden ejercer la objeción de conciencia. Este aspecto del **CDM** vulnera las resoluciones del Consejo de Europa y obliga a establecimientos sanitarios con ideario y valores propios a realizar intervenciones contrarias a la ética médica.
- Se fuerza al médico objetor a actuar en contra de su conciencia en casos de urgencia que no se definen; por tanto, se obliga al médico a realizar prácticas inaceptables a su conciencia.



Objeción de conciencia

Objeción de conciencia médica personal e institucional

Informe McCafferty (2010). El aborto como un derecho universal y como un “tratamiento de salud” con participación obligatoria de hospitales y médicos

- Indicaba la **obligación de médicos, personal sanitario e instituciones asistenciales a practicar abortos**, al restringir e incluso suprimir (en caso de instituciones sanitarias) el derecho a objetar para la realización o colaboración en abortos provocados.
- El informe convertía el aborto en un «derecho», y consideraba que **la objeción de conciencia de los médicos obstaculizaba «los derechos sexuales y reproductivos»** de las mujeres.
- El Informe preveía **mecanismos de control** de los médicos y personal sanitario que se negara a practicar o colaborar en abortos provocados.



Christine McCafferty



Luca Volante

Objeción de conciencia

Objeción de conciencia médica personal e institucional

Parliamentary Assembly. Council of Europe. Resolution 1763 (2010).

The right to **conscientious objection** in lawful medical care.

Aprobada por 56 votos a favor, 51 en contra y 4 abstenciones.

➤ *“No person, hospital or institution shall be coerced, held liable or discriminated against in any manner because of a refusal to perform, accommodate, assist or submit to an abortion, the performance of a human miscarriage, or euthanasia or any act which could cause the death of a human fetus or embryo, for any reason”.*

1. *“Ninguna persona, hospital o institución, puede ser sometido a presiones, considerado responsable o sufrir discriminación alguna por su rechazo a realizar, acoger, ayudar o someterse a un aborto, la realización de un aborto involuntario o la eutanasia o ningún acto que pudiera causar la muerte de un feto humano o embrión por cualquier razón” .*

2. La resolución enfatiza la necesidad de afirmar que *“el derecho a la objeción de conciencia junto a la responsabilidad de los estados de asegurar que los pacientes tienen acceso adecuado a la atención sanitaria prevista por la ley”.*

Objeción de conciencia

Objeción de conciencia médica personal e institucional

Ley 2/2010 (salud sexual y reproductiva y de interrupción voluntaria del embarazo).

La ley 2/2010, artículo 19-2 contempla que:

- “Los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo tendrán el derecho de ejercer **la objeción de conciencia** sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de la objeción de conciencia”.
- “En todo caso **los profesionales sanitarios dispensarán tratamiento y atención médica adecuados a las mujeres que lo precisen antes y después de haberse sometido a una interrupción del embarazo**”.



TODOS
LOS QUE ESTAN
A FAVOR DEL ABORTO
NACIERON.

Objeción de conciencia

Objeción de conciencia médica personal Ley 2/2010 y Código de Deontología Médica (CDM)

- Artículo 55.1 del **CDM**. *“El médico está al servicio de preservar la vida a él confiada, en cualquiera de sus estadios. El que una mujer decida interrumpir voluntariamente su embarazo, no exime al médico del deber de informarle sobre las prestaciones sociales a las que tendría derecho, caso de proseguir el embarazo, y sobre los riesgos somáticos y psíquicos que razonablemente se puedan derivar de su decisión”.*
- Artículo 55.2 del **CDM**. *“El médico, que legítimamente opte por la objeción de conciencia, a la que tiene derecho, no queda eximido de informar a la mujer sobre los derechos que el Estado le otorga en esta materia ni de resolver, por sí mismo o mediante la ayuda de otro médico, los problemas médicos que el aborto o sus consecuencias pudiesen plantear”.*

Objeción de conciencia

Objeción de conciencia médica personal Ley y Código de Deontología Médica (CDM)

- El médico debe “*diagnosticar, informar y aconsejar*”, teniendo presente lo que indica el artículo 9.1 del **CDM** “*el médico respetará las convicciones de sus pacientes y se abstendrá de imponer las propias*”.
- Es **obligación del médico objetor, el respeto a la decisión de la gestante pero tiene el derecho a que no le impongan hacer algo en contra de su conciencia.**
- La **objeción de conciencia solo se puede admitir en las acciones directas para el aborto**, no debería trasladarse a actuaciones previas indirectas.
- El tribunal Superior de Justicia de Madrid sala contencioso administrativa en reciente sentencia dice que la objeción no es un derecho absoluto y respalda a poder decidir de la mujer y es **conforme a Derecho el artículo 55, en sus apartados 1 y 2, que eran las normas del CDM que se habían impugnado.**

Objeción de conciencia

Objeción de conciencia médica personal

Real Decreto Ley 16/2012 reforma del sistema sanitario público y CDM

La objeción de conciencia:
Legalizada y no legalizada.

- Cuando el Estado en una Ley reconoce el derecho a la objeción, (por ej. el médico en la Ley del aborto) no hay conflicto: es la **objeción legalizada o impropia.**
- Si el Estado no reconoce este derecho y el sujeto se niega a cumplir la ley es la **auténtica objeción, la no legalizada o propia.**



Prof. E. Villanueva
Medicina Legal

Objeción de conciencia

Objeción de conciencia médica personal

Real Decreto Ley 16/2012 reforma del sistema sanitario público y CDM

- ❖ Un considerable número de médicos pretenden acogerse a la objeción de conciencia para negarse a cumplir el **Real Decreto Ley 16/2012**.
- ❖ El **Real Decreto Ley 16/2012 de 20 de Abril** establece medidas de reforma del sistema sanitario público, entre otras la reintroducción del concepto de **asegurado y beneficiario que limita el acceso a la asistencia sanitaria pública**.

Algunos autores opinan que:

- Se trata de **desobediencia civil** mas que de **objeción propia o no legalizada**, ya que no se acata una ley, que se cree injusta y contraria al **CDM**, pero la **solución es realizar un acto caritativo, pero con financiación pública**.
- El **servidor público tiene un deber ético y legal** de administrar los recursos de tal modo que produzcan **los mejores beneficios para todos**.

Objeción de conciencia

Objeción de conciencia médica personal

Real Decreto Ley 16/2012 reforma del sistema sanitario público y CDM

Sin embargo:

- La exclusión de colectivos que no cotizan (inmigrantes “sin papeles” o jóvenes en paro), es contrario al **CDM**.
- Solo deja una puerta de entrada al sistema sanitario a través de los **servicios de urgencia**.
- Pero, esta atención “especial urgente” supone una contradicción con el **objetivo de ahorro, porque se produce un mayor gasto, como se ha evidenciado en USA, ya que al recibir atención tardía aparecen mas complicaciones y más graves.**
- Además la atención a estos pacientes **distorsiona el funcionamiento de las urgencias pudiendo llegar a ser, por colapso, bolsas de ineficiencia.**

Objeción de conciencia

Objeción de conciencia médica personal

Real Decreto Ley 16/2012 reforma del sistema sanitario público y CDM

Por todo ello:

DECLARACIÓN DE LA OMC SOBRE ATENCIÓN SANITARIA A INMIGRANTES EN SITUACIÓN IRREGULAR (1 de Septiembre 2012).

- Es *“equivocado retirar la asistencia sanitaria a inmigrantes en situación irregular”*, que son el resultado de una errática política de inmigración.
- Desde una perspectiva humanitaria, *“el Gobierno de España debe ofrecer soluciones que eviten a los sanitarios españoles un dilema entre la norma legal y la Deontología, sin que ello signifique desconocer los efectos económicos que habrán de encontrar solución”*.
- Las *“medidas anunciadas de facturación a países de origen, cuando sea posible podría ser una medida de alivio económico”*.

Objeción de conciencia

Objeción de conciencia médica personal

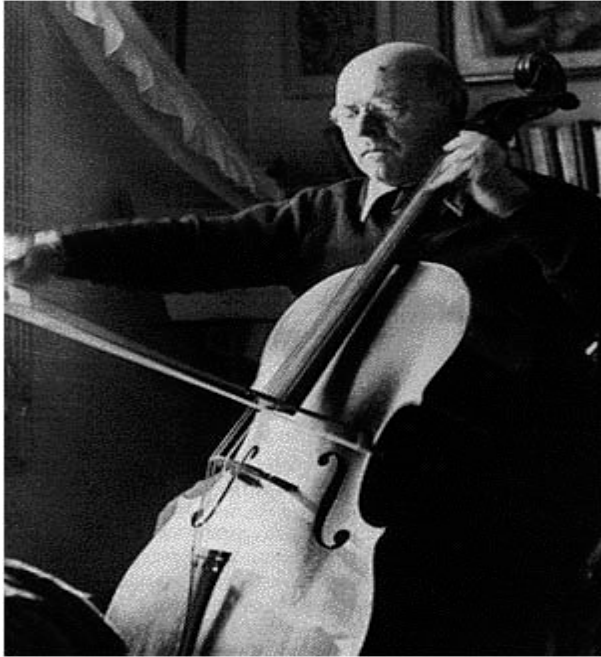


Conclusiones

➤ La **objeción de conciencia** es un **derecho del médico** que como tal puede y debe ejercerlo y exigirlo, pero sin vulnerar los derechos de los pacientes.

➤ Las **administraciones sanitarias** deben conocer en que **centros o servicios hay objeción de conciencia** por parte de los profesionales sanitarios y ante cuál/es temas en concreto, para que, cumpliendo con su obligación y responsabilidad, **corrijan la situación con las medidas oportunas y el personal adecuado.**

Objeción de conciencia



*En la ONU, interpreté una
melodía del folklore catalán
"El cant dels ocells".
Los pájaros cuando vuelan
en el cielo van cantando:
"Peace, Peace, Peace"
Pau Casals*

**Muchas gracias por
vuestra amable y
comprensiva atención**

Un abrazo

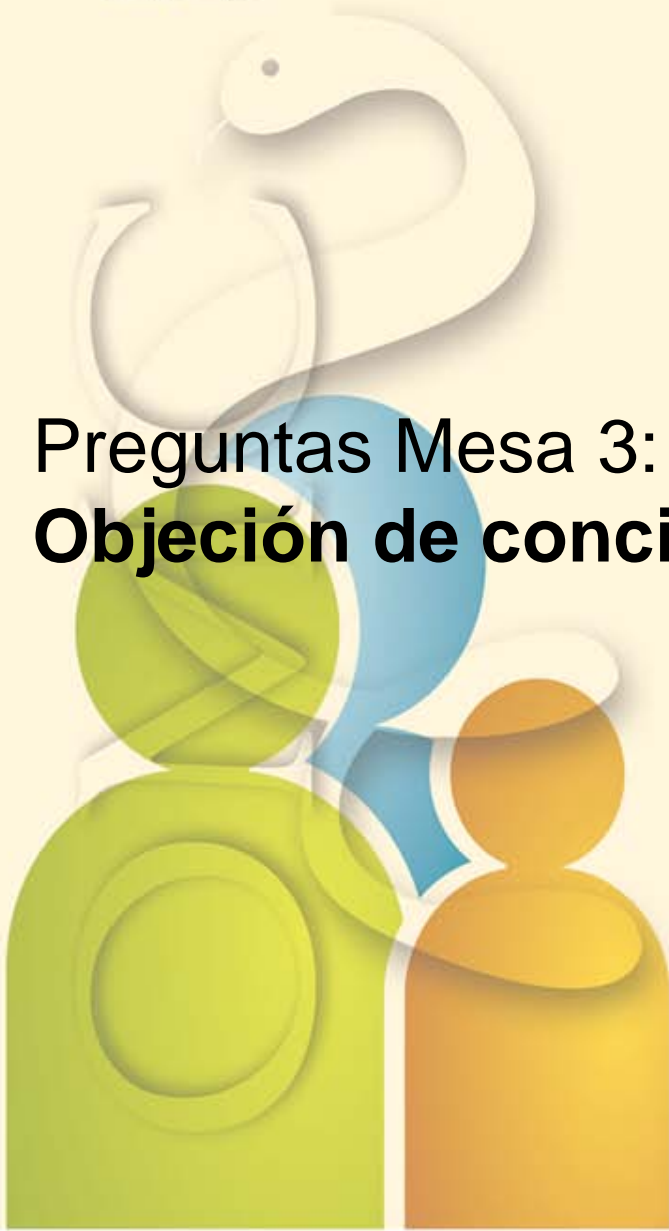
Joan Monés



Ramón Casas

Preguntas Mesa 3:

Objeción de conciencia: el deber de informar





1.- ¿Considera Vd. la objeción de conciencia como un derecho básico y universal del médico que con fundamento y rigor opte por ella?

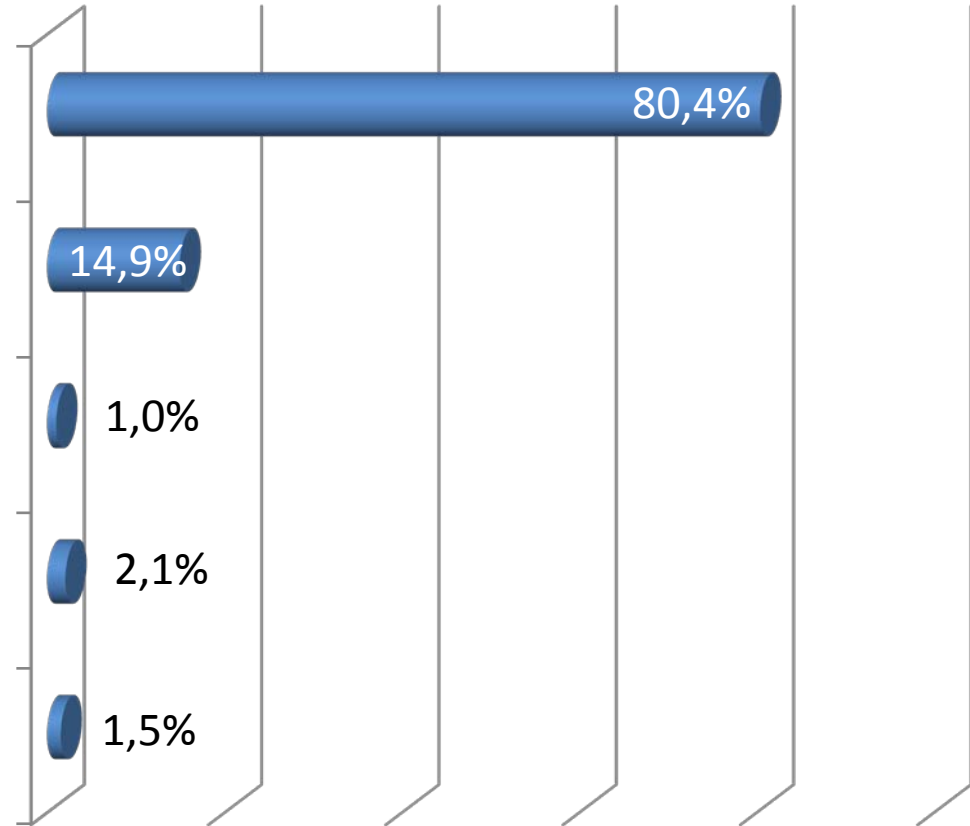
Totalmente de acuerdo

De acuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

No sabe / No contesta





2.- ¿Considera Vd. que debería promulgarse una norma legal reguladora del derecho a la Objeción de conciencia a nivel estatal?

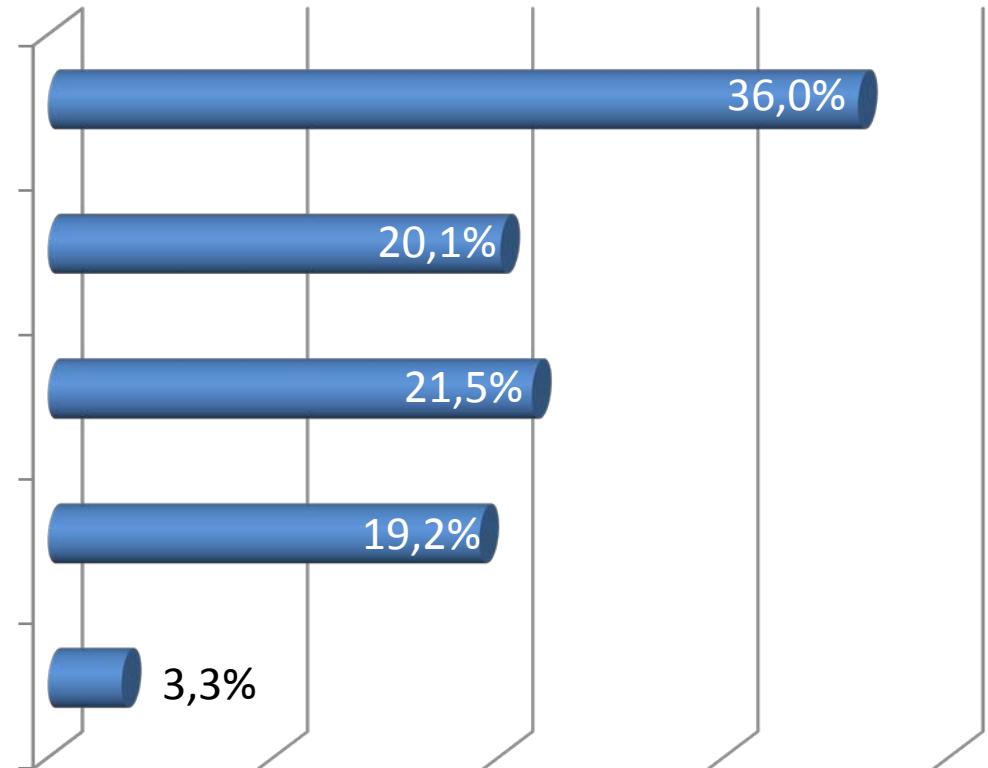
Totalmente de acuerdo

De acuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

No sabe / No contesta





3.- ¿Piensa usted que aplicar la "objeción de conciencia" ante el Decreto Ley 16/2012, que limita la atención a ciertos colectivos, es una actitud correcta que deben avalar los Colegios de Médicos?

Totalmente de acuerdo

23,0%

De acuerdo

14,8%

En desacuerdo

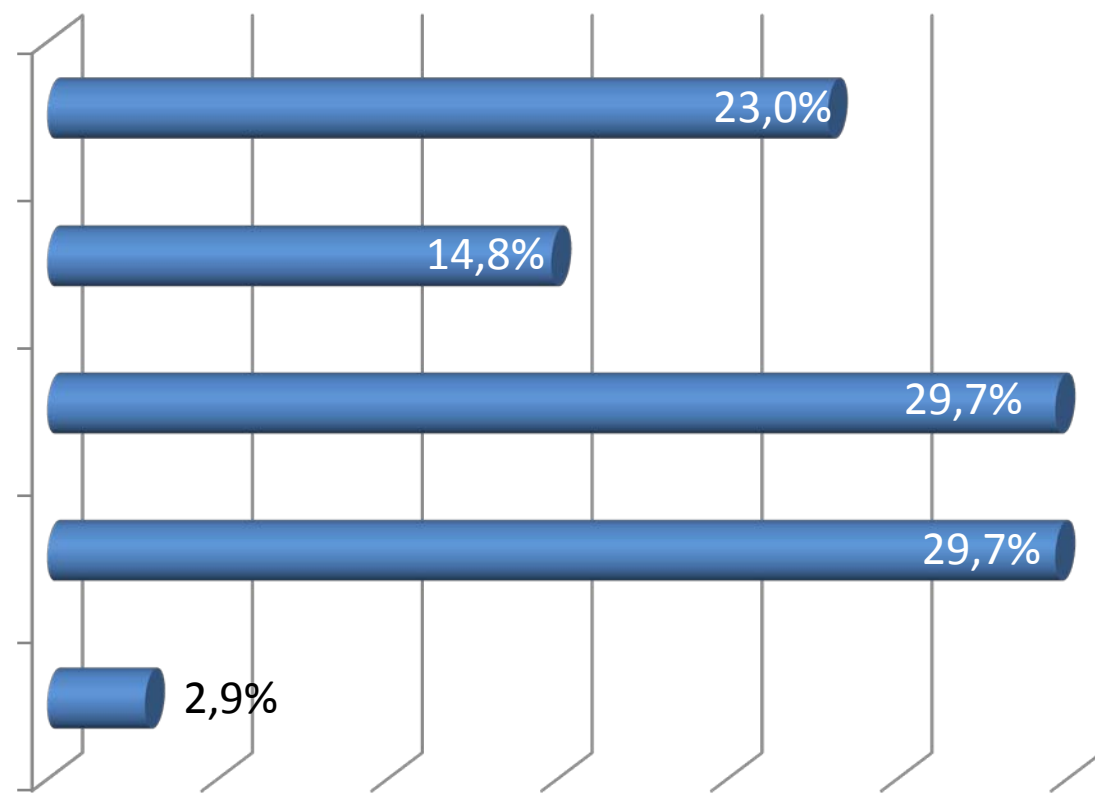
29,7%

Totalmente en desacuerdo

29,7%

No sabe / No contesta

2,9%





4.- ¿ Considera necesaria en la actualidad la implementación de Registros de Objeto?

Totalmente de acuerdo

18,1%

De acuerdo

20,9%

En desacuerdo

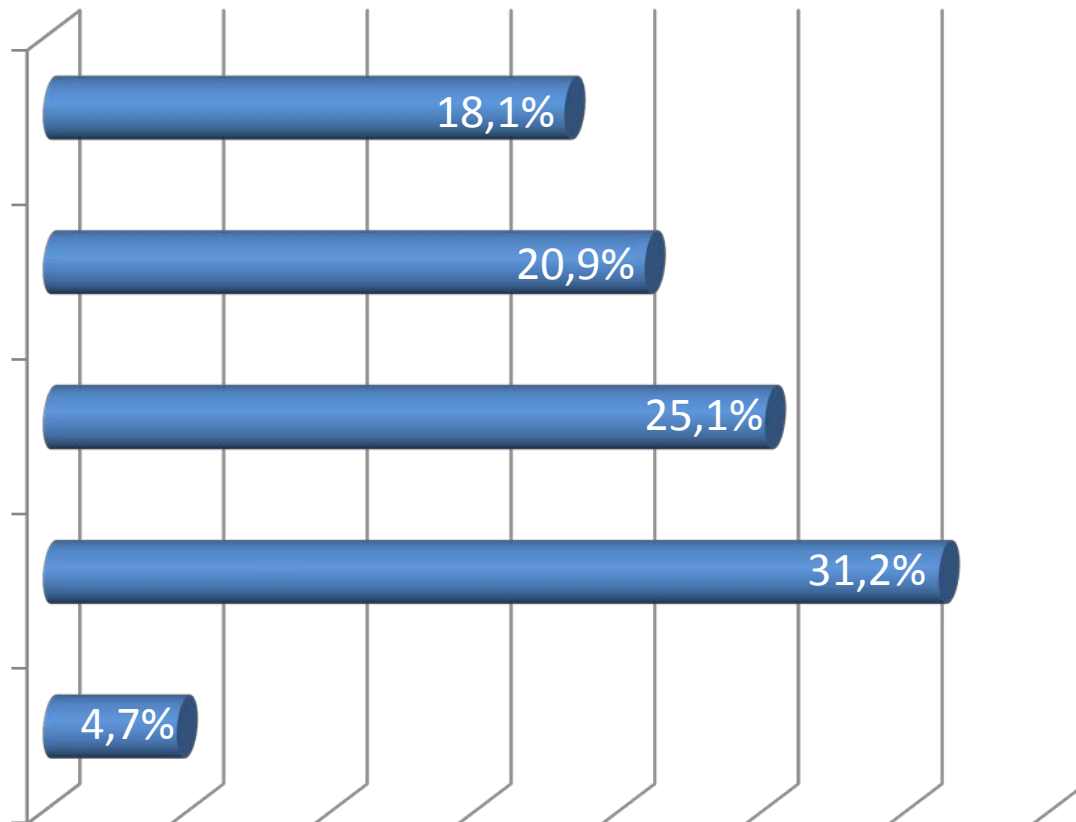
25,1%

Totalmente en desacuerdo

31,2%

No sabe / No contesta

4,7%





5.- ¿Considera que el nuevo Código de ética y Deontología Médica de la OMC ha supuesto un cambio positivo a la hora de abordar la objeción de conciencia?

Totalmente de acuerdo

35,8%

De acuerdo

39,0%

En desacuerdo

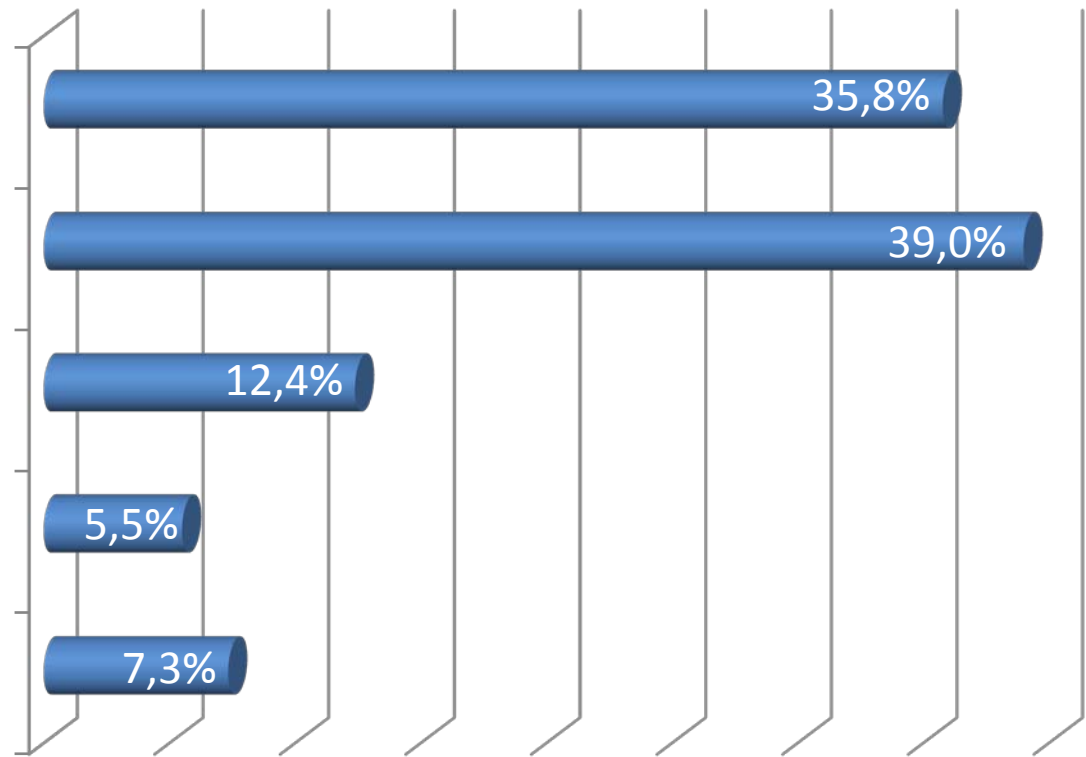
12,4%

Totalmente en desacuerdo


5,5%

No sabe / No contesta

7,3%



Modulo II



Mesa 5

Mesa 6

Mesa 7

Mesa 8



III Convención de la Profesión Médica

Liderando la Profesión.

*Comprometidos
con la sociedad
y con los médicos.*

Mesa 5:

SITUACIÓN ACTUAL DEL NUEVO SISTEMA SANITARIO





III Convención de la Profesión Médica

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





III CONVENCION DE LA PROFESION MÉDICA ESPAÑOLA 2012

Sábado, 17 de noviembre

5ª MESA

09.30-10.30 h

SITUACIÓN ACTUAL DEL SISTEMA SANITARIO

Reflexión preliminar: Dr. José Ramón Repullo

- 1- Una situación grave.
- 2- Prisas y recortes en los recursos que no conducen a reformas estructurales.
- 3- La insoportable levedad institucional del SNS: necesitamos una Ley
- 4- El sistema de financiación autonómica debe reformarse para consolidar y homogeneizar la financiación sanitaria.
- 5- Construir el marco de gobierno de un sistema descentralizado y complejo.

1- Una situación grave.

El panorama general:

La crisis económica internacional ha tenido un efecto gravísimo en España, llevando a una recesión, un crecimiento del déficit fiscal, un incremento del endeudamiento público, y una creciente dificultad para financiar la deuda, con tipos de interés muy superiores a los europeos en general y a los alemanes que son la referencia de la zona euro.

A diferencia de la situación crítica que en 1977 llevó a la firma de los “pactos de la Moncloa”, en esta ocasión se carece de los instrumentos de política monetaria (fijada a nivel de la eurozona), de un consenso técnico sobre el tratamiento a aplicar, y de una autonomía y capacidad política e institucional para ponerlo en marcha.

En efecto, para salir de la crisis mientras algunos expertos prescriben aplicar frío (austeridad y recortes para reducir el déficit fiscal primario y dedicar el dinero a pagar la deuda), otros recomiendan calor (ahorros combinados con inversiones que reactiven el mercado de trabajo). Alemania hasta ahora impone la primera receta, lo que a corto plazo le favorece; pero el efecto recesivo de las políticas de reducción del gasto público en la economía española hace que el círculo vicioso de menor actividad económica, mayor desempleo y menores ingresos fiscales empeoren la situación macroeconómica y obligue a nuevos ajustes en el gasto.



La debilidad política e institucional se refiere a tres aspectos:

- primero los problemas de mal gobierno que ha afectado a todos los niveles de las administraciones, y que ha llevado en plena expansión de la economía a una burbuja de oportunismo político, falta de previsión y buen gobierno, y casos demasiado generalizados de corrupción y aprovechamiento particular de los bienes colectivos;
- segundo, la propia estructura del Estado de las autonomías; desde 2002 son la administración encargada de la práctica totalidad de los servicios de bienestar (salvo la Seguridad Social); pero las reglas de funcionamiento, decisión y financiación nunca estuvieron bien diseñadas; la burbuja de la construcción aportó a municipios y autonomías ingresos extraordinarios que consolidaron gastos corrientes inasumibles; todos lo sabían, pero nadie quería pincharla; más aún, acaba dominando una miopía voluntaria, que ignora la temporalidad de la riqueza, y abona la tendencia de las Comunidades Autónomas a convertirse en mini-estados, con duplicidades, gastos suntuarios e ineficiencias de difícil justificación.
- y, en tercer lugar, desde la eclosión de lo peor de la crisis en 2010, se ha producido una pérdida de autonomía en políticas monetarias, fiscales y económicas frente a la Unión Europea el FMI y el BCE; la intervención de facto que sufre la economía española lleva a procesos de gobierno fuertemente influenciados por centros de decisión internacionales, con escasa capacidad de elaboración o discusión en el parlamento español.

Precisamente esta debilidad política e institucional, junto con tintes rocosos de la cultura política española, lleva a una dificultad para llegar a consensos y pactos políticos, como los que en los años 70 facilitaron la respuesta a la crisis económica. Y sin embargo, la sociedad hoy demanda este tipo de acuerdos de amplia base y largo alcance. De ahí la frustración creciente de la población, y el deterioro del aprecio de la opinión pública a los políticos.

El impacto sanitario de las políticas de reducción del gasto público

La mayor debilidad del Sistema Nacional de Salud frente a la crisis, proviene de su propia debilidad institucional y financiera, concretada en los problemas sistemáticos de suficiencia presupuestaria: en la historia de la sanidad pública española, cabría hablar de una infra-presupuestación estructural, por la cual en muchas anualidades se partía de dotaciones económicas a la baja respecto a las proyecciones de gasto. Esto ha llevado a devaluar los presupuestos como instrumentos de gestión, y a requerir cada cuatro o cinco años operaciones de saneamiento para pagar las deudas acumuladas. A esto se ha añadido el efecto de la crisis sobre los Ingresos Tributarios del Estado, la tardanza en comenzar las operaciones de ajuste, y la severidad impracticable de los recortes lineales que se han planteado desde el año 2011.



La sanidad se basa en activos altamente específicos (profesionales, tecnologías, centros...) que no se benefician de crecimientos rápidos: la expansión acelerada del 2002 al 2009 mostró que una cosa era construir centros y otra dotarlos de especialistas cualificados. Pero, también, que no cabe hacer reducciones por encima del 3-4% anual sin que ello suponga una destrucción de dichos activos y la erosión de la funcionalidad de los centros y servicios sanitarios.

Además de las conocidas reducciones en los presupuestos sanitarios y en los salarios del sector, lo que realmente preocupa es el nivel del ajuste que las autoridades económicas españolas parecen querer comprometer para el futuro: el nivel de ajuste sugerido por el gobierno español en la actualización del Programa de Estabilidad 2012-2015 enviado en mayo de 2012 a Bruselas (que el gasto sanitario público pase del 6,5 al 5,1% del PIB) rebasa cualquier línea roja que quepa imaginar: debemos dejar claramente establecido que la medicina pública española no puede mantenerse con mínimos de efectividad y calidad en este nivel de gasto, que nos situaría en los últimos puestos de la UE. Debemos mencionar que la media de la OCDE era de 6,9% en 2009 (Health at a Glance, OECD, 2011).

2- Prisas y recortes en los recursos que no conducen a reformas estructurales.

Cuando domina la compulsión en el ahorro del gasto público, falta profesionalidad gestora, es débil el tejido institucional, y domina la cultura política del despotismo tecno-económico ilustrado, se tiende a recortar por el lado de los factores de producción: se reducen inputs de forma inespecífica y con ello se produce un daño en la articulación del proceso productivo. En palabras del informe de SESPAS:

“La insuficiencia fiscal impone restricciones financieras a la sanidad que, si bien pueden equilibrar rápidamente el presupuesto y disminuir el déficit a corto plazo, son discutibles desde una visión más amplia de bienestar y desarrollo económico y social; particularmente cuando se materializan como recortes inespecíficos, al restringir los factores de producción sin anclaje estructural (contratos eventuales, gastos de formación, inversiones, reposición de equipos, etc.) y al reducir gastos variables vía limitación de la oferta instalada (plantas, quirófanos, horarios de apertura de centros, puntos de atención urgente, etc.). Además dificultan el desarrollo de la eficiencia asignativa, de la gestión clínica y la necesaria implicación de los médicos y otros profesionales en la racionalización sanitaria”.

http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/SESPAS_ANTE_LA_CRISIS.pdf

La contención del gasto sanitario público puede y debe hacerse desde la inteligencia profesional y gestora. Los cambios estructurales orientados a la gestión del conocimiento y a la desinversión en lo que no añade valor, son estrategias de relevancia fundamental para la racionalización de la asistencia. Los recortes en personal, prestaciones y en cobertura a inmigrantes plantean enormes dilemas éticos a la profesión médica, que no puede aceptar sin



más un cambio en la misión y vocación universalista del Sistema Nacional de la Salud. Hay alternativas para la suficiencia y la sostenibilidad que pueden articularse si se limita la compulsión y se establece un marco temporal razonable, y unos instrumentos de diálogo político, institucional, profesional, sindical y social que permitan a todas las partes implicadas expresar sus ideas y formalizar sus compromisos.

3- La insoportable levedad institucional del SNS: necesitamos una Ley

Hay problemas pendientes como son el cierre del modelo de universalización y definición positiva de “ciudadanía sanitaria”; en efecto: no hay una definición en positivo del SNS ni de su gobierno colegiado; ni tampoco del concepto de cobertura universal y ciudadanía sanitaria. Parece contradictorio que un sistema financiado por impuestos pueda negar la extensión de cobertura a personas con recursos que sin embargo no acreditan cotización a la Seguridad Social. Por otra parte, los extranjeros sin recursos y que viven en España sin registro ni autorización, no pueden estar a extramuros de la asistencia integral y programada del SNS, tanto por razones bioéticas, como de efectividad clínica y preventiva. Los cambios planteados en el Real Decreto Ley 16/2012 no van por el camino correcto, pues en vez de profundizar en el concepto de ciudadanía sanitaria del SNS, retroceden a una definición Bismarckiana de aseguramiento vinculado a cotización o prestaciones de la Seguridad Social, y vuelven a otorgar al Instituto Nacional de la Seguridad Social un papel determinante en la definición y clasificación de asegurados y beneficiarios.

En palabras de un informe de posicionamiento de la Asociación de Economía de la Salud:

“En suma, el RDL 16/2012 cambia la naturaleza del derecho a la prestación sanitaria pública, recuperando la distinción entre titulares y beneficiarios del aseguramiento, para lo cual soslaya que la asistencia sanitaria pública está definida desde hace casi dos décadas como una “prestación de naturaleza no contributiva expresamente excluida de la financiación de la Seguridad Social”. La universalidad se trunca al desligarse de cualquier condición de ciudadanía. Una medida tan sustancial debería beneficiarse de un debate civil y parlamentario profundo y sosegado que haga aflorar tanto ventajas como riesgos”.

<http://www.aes.es/actualidad.php>

Parece claro que una línea de reforma estructural debería revisar el marco legal e institucional del SNS, y reparar los principales fallos de gobierno y gestión.



4- El sistema de financiación autonómica debe reformarse para consolidar y homogeneizar la financiación sanitaria.

Ninguno de los dos modelos autonómicos de financiación han conseguido aportar un marco apropiado de suficiencia y sostenibilidad a la sanidad.

La Ley 21/2001, que establece la financiación autonómica en el nuevo escenario de transferencia total del INSALUD, pone punto final a la financiación finalista de la sanidad, y otorga amplias competencias a las CCAA por el lado de los gastos (que no de los ingresos). Esta Ley mostró enseguida su incapacidad para cambiar la cultura económica de las instituciones y promovió un oportunismo político y un descontrol del gasto que se manifestó de forma desigual pero generalizada en todas las CCAA. Sólo tres años después se tuvo que promover un nuevo rescate en la financiación autonómica dirigido a la “deuda sanitaria”, a través de la Conferencia de Presidentes de 2005. Otro problema de la Ley era su escasa o nula sensibilidad a los cambios demográficos, lo que objetivamente perjudicó a las CCAA donde se produjo y afloró un importante número de inmigrantes.

La ley 22/2009 intenta aportar más instrumentos para que las CCAA tengan mayor capacidad regulatoria por el lado de los ingresos (y no sólo de los gastos). Aunque mejora algunos aspectos del cálculo y la actualización, lo cierto es que nace en un momento donde los ingresos tributarios del Estado están en caída libre, y ninguna de sus normas pueden mostrar la funcionalidad pretendida.

El principal debate surge de las dos opciones: financiación generalista incondicionada o finalista específica y marcada para la sanidad. Parte de este debate es claramente político, y depende de cómo se quiera articular el marco federal o confederal de solidaridad entre los ciudadanos españoles. Pero parece claro que mantener como patrimonio común de la ciudadanía española el Sistema Nacional de Salud (al igual que la Seguridad Social), ofrece claras ventajas de economías de escala y gama, de eficiencia, de equidad y de calidad; y que hay fórmulas que permiten hacer compatible una cohesión amplia con una gestión local.

Esta línea avalaría modelos de fijación de una financiación finalista, ajustada por necesidad, y recalculada periódicamente para actualizar los cambios demográficos. Y como los gastos históricos no pueden cambiarse de un día a otro, el sistema de financiación debería tener sistemas de modulación para que los incrementos y las disminuciones fueran paulatinas y gestionables (convergencia económica blanda hacia el per cápita del SNS)



5- Construir el marco de gobierno de un sistema descentralizado y complejo.

En la gran mayoría de países desarrollados desde hace una década se está trabajando en un cambio estructural de la medicina y los sistemas sanitarios, a partir de elementos bien conocidos como la medicina basada en la evidencia, la gestión del conocimiento, la gestión clínica, la departamentalización de hospitales, el trabajo por procesos integrados, las estrategias de cronicidad, la coordinación socio-sanitaria, etc.

También ha habido un cambio en el paradigma de gestión: de modelos que transitaron entre la jerarquía de base administrativa y el gerencialismo de corte industrial, se ha pasado a reconocer que la sanidad es una organización de servicios de tipo profesional, y que su buena gestión exige rediseñar el contrato social con los profesionales y promover la delegación responsable, la rendición de cuentas, la reducción de conflictos de interés, y la cultura cooperativa y de excelencia. La micro-gestión es la clave.

A pesar de los avances puntuales que se han producido en España, no cabe decir que el SNS haya tenido una estrategia decidida en ésta línea. Conciliar la macrogestión con la cultura profesional característica del sector es la clave: ni la suspicacia burocrática frente a los profesionales, ni la emulación de mercado que busca comercializar todas las interacciones, son respuestas correctas para una relación que debe estar asentada en la confianza, la ética, y la rendición integrada de resultados en términos de ganancia de salud, seguridad, calidad y satisfacción de los pacientes. Encontrar estos modelos de profesionalismo activo es esencial para garantizar la sostenibilidad de los sistemas públicos de salud y también para superar la crisis de la medicina y el queme de los médicos.

Promover en paralelo y para las funciones técnicas de colaboración de los Servicios Regionales de Salud de las CCAA, una estructura agencial con bajo nivel de politización, alto nivel de transparencia, que combine centralidad estratégica y técnica, con estructuración en base a redes territoriales y que tenga una clara vocación de articular los instrumentos de gestión de recursos, de personas, de conocimiento y de información, que constituyen la plataforma de acción compartida del SNS.

Esta iniciativa entraría dentro de un amplio elenco de acciones para el Buen Gobierno; aunque en este informe nos limitamos a los aspectos “macro” del SNS, es conveniente indicar que en el ámbito “meso” hay un reto planteado de gran importancia: avanzar en la creación de órganos colegiados de gobierno y en la profesionalización de la gestión: el *“Decálogo para el Buen Gobierno de los centros sanitarios y la profesionalización de la dirección”*, documento de 2005 que promovió la OMC junto con SEESPAS y SEDISA, sigue siendo plenamente vigente, y, salvo algunas iniciativas aún no consolidadas (País Vasco), continúan siendo propuestas escasamente atendidas por los responsables políticos e institucionales.

https://www.cgcom.es/sites/default/files/05_03_16_buen_gobierno_0.pdf



PREGUNTAS PARA LA REFLEXIÓN Y EL DEBATE:

Plantear el grado de acuerdo con estas afirmaciones

- 1- **La gravedad de la situación exige acuerdos políticos de amplia base y largo alcance** para acometer reformas estructurales necesarias y siempre postergadas. La contención de costes a través de la imposición de recortes en los recursos no permiten componer ni consensuar una agenda de reformas para el SNS.
- 2- **La medicina pública española de calidad es impracticable en el entorno del 5,1% el PIB** que indica el escenario económico 2015 que establece el Plan de Estabilidad. Para mantener la cobertura y calidad de servicios no podemos alejarnos por mucho tiempo del 6,5% del PIB ni de los 1200 € per cápita.
- 3- Una primera reforma estructural consiste en dotar al SNS de un **marco legal claro y actualizado** que defina en positivo la ciudadanía sanitaria, el SNS y sus órganos de gobierno y gestión.
- 4- Una segunda reforma estructural consiste en modificar el **sistema de financiación autonómico**, de manera que los fondos sanitarios sean finalistas y estén fijados con una fórmula general. El per-cápita del SNS estaría ajustado a factores de necesidad sanitaria, y se recalcularía periódicamente para incorporar cambios poblacionales y facilitar la convergencia progresiva entre CCAA.
- 5- Una tercera reforma estructural consistiría en dotar al SNS de **agencias técnicas** que facilitarían la cooperación entre Servicios Regionales de Salud y que hicieran posible la evaluación de efectividad, calidad, seguridad y eficiencia de prestaciones y servicios para su incorporación, mejora o desinversión.

SITUACIÓN ACTUAL DEL SISTEMA SANITARIO

**Perspectiva desde los
Recursos Humanos**

17 de Noviembre de 2012

ANÁLISIS BÁSICO (1)

- **Apreciamos sólo pura búsqueda de beneficio económico, sin otros fines vislumbrados.**
- **Aplicación asimétrica, improvisada y desorganizada. Perturbación asistencial.**

ANÁLISIS BÁSICO (2)

- No hay uniformidad en la afectación de los profesionales: menor potencial de respuesta colectiva.
- Escepticismo primero, luego desorientación y ahora desmoralización: conciencia de la carencia en nuestros gestores de capacidad de liderazgo.

CONCLUSIONES INICIALES (1)

- No existe plan para garantizar la supervivencia de nuestra actual Sanidad, Pública, Universal y Gratuita.
- La actual gestión conducirá a la progresiva devastación de nuestro SSP por incapacidad, inutilidad e incompetencia.

CONCLUSIONES INICIALES (2)

- Propósito de desmantelar nuestro SSP e instaurar un modelo similar a los del entorno europeo.
- Progresivamente la búsqueda de la excelencia se ve sobrepasada por la de la supervivencia: del sistema y de las personas.

OPCIONES DE FUTURO INCIERTO (1)

- Dilemas éticos, en progresivo incremento, que van a necesitar soporte desde nuestras Ética y Deontología.
- ¿A quien estamos ayudando? ¿Desea nuestra sociedad el mantenimiento del modelo actual?

OPCIONES DE FUTURO INCIERTO (2)

- Necesidad de redefinición de roles: gestores, financiadores, profesionales y beneficiarios, que deben volver a ser pacientes.
- Por encima de todo, seguiremos siendo responsables de la defensa de los intereses de nuestros pacientes, definidos por sus necesidades.

El presente del Sistema Nacional de Salud

Por Luciano Vidán Martínez, presidente del Colegio Oficial de Médicos de A Coruña

La Ley General de Sanidad fue muy adecuada para su tiempo, recogía elementos de otras normas similares de nuestro entorno y, sobre todo, introdujo el concepto de unidad, con la definición del Sistema Nacional de Salud. Supuso un avance sustancial para, posteriormente, dar el paso hacia la universalización, que fue un proceso con varias etapas.

España tiene más de 350.000 disposiciones generales, entre leyes, decretos y reglamentos. Cambiamos las leyes a un ritmo frenético. Sin embargo, la Ley General de Sanidad resiste 25 años después. Lo que no se ha producido con otras disposiciones de igual trascendencia como, por ejemplo, las que regulan el sistema educativo español. Es, pues, una buena ley.

Lo peor de esta ley y de la de Cohesión es que no se han cumplido. Le recomendaría a cualquier persona interesada que las leyera con detenimiento y tomara nota de las competencias del Estado.

A la vista de lo que sucede en el sistema sanitario, lo que más deberíamos lamentar es que no se haya respetado el carácter básico de estas normas. El Estado tiene reservadas unas competencias de coordinación y dirección del SNS que no ha desarrollado plenamente. El Gobierno no ha tenido voluntad de hacerse valer frente a las comunidades autónomas, y eso ha conducido a buena parte de los problemas que ahora sufrimos.

El Sistema Nacional de Salud es una denominación genérica, pero desde el primer momento estaba destinado a la descentralización. Y, por lo tanto, fue un intento de darle unidad a los recursos sanitarios, para luego realizar una transferencia a las autonomías. Sinceramente, la cesión de competencias fue más rápida de lo que se creía. En aquel momento, se pensaba que las comunidades enumeradas en el artículo 141 de la Constitución tardarían más en asumirlas. Hubiera sido preferible un proceso más gradual, que diese tiempo a una mejor adaptación.

En parte debido a esa rapidez, las Autonomías han cometido un error al querer asentar su personalidad diferenciándose de las de al lado. Se han desmarcado de lo que hacía el Estado. No tiene sentido que apenas hayan firmado acuerdos de mayor cooperación entre ellas, por ejemplo, para un I+D conjunto, para ofrecer servicios compartidos en zonas fronterizas, para aplicar sistemas retributivos parecidos o para formar conjuntamente a los profesionales.

Tampoco parece lógico implantar servicios sin unas mínimas normas de planificación o de criterios, y sin el aval de las sociedades científicas. No es admisible adoptar decisiones con criterios de clientelismo político y de fascinación por la tecnología. Acercar los servicios al ciudadano no favorece, necesariamente, la accesibilidad, ni mucho menos la calidad ni la seguridad del paciente.

Las Comunidades Autónomas no han entendido del todo el carácter cooperativo del SNS.

El Ministerio de Sanidad debería haber ejercido más su papel, y haberse empeñado en asumir sus competencias de coordinación. Como las estadísticas sanitarias, por ejemplo. Ahora no sabemos lo que está pasando en el SNS porque no hay nadie que tenga todos los datos. La informática es otro asunto parecido. El Gobierno debería haber establecido que los distintos sistemas digitales fueran compatibles desde el principio, pero no ha sido así. Lo mismo sucede con la tarjeta sanitaria y la historia clínica, que debieran ser únicas para toda España, y con la receta electrónica, que tendría que ser intercambiable e interoperable en todo el país. Creo no confundirme al decir que tenemos 17 servicios de salud y no uno.

Hay un problema con las Autonomías, y es que el Estado tiene pocos mecanismos verdaderamente coactivos. Ya sé que el sistema está pensado en términos de colaboración, pero sería necesario imponerse a veces.

Como todos conocemos, el déficit presupuestario es un mal endémico del Estado Autonómico. Y ese déficit procede, en gran medida, de la ficción con que se elaboran las cuentas. En el caso sanitario, se llega al esperpento de incluir en los presupuestos iniciales de cada ejercicio, unas partidas que ni tan siquiera cubren los gastos reales del año anterior. Y, además, no son finalistas.

El SNS está perdiendo cohesión. A pesar de que las leyes de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y de Ordenación de las Profesiones Sanitarias fueron aprobadas en 2003, existen calendarios vacunales distintos y Comunidades Autónomas que han decidido, por su cuenta, dar medicamentos gratis a los niños y a los pensionistas. No me parece mal, pero de hacerse, se debería seguir el mismo criterio en toda España.

Sigue sin existir una verdadera agencia de calidad. Una agencia del Sistema Nacional de Salud que funcione, desde la independencia, como un organismo de evaluación semejante al *Nice* inglés.

Las Comunidades Autónomas se han confundido con el Parlamento, en lo que se refiere a la oposición al ejecutivo central. Cuando en la Moncloa se tomaba una decisión relacionada con la Sanidad, los gobiernos autonómicos de distinto color político se negaban a aplicarla, aunque fuera razonable. Esto, desde luego, no es lo que está previsto en la Constitución.

Los defectos de nuestro sistema de salud eran, en gran medida, invisibles cuando gastábamos con prodigalidad, mientras que ahora se hacen palmarios y dolorosamente evidentes.

Digo en gran medida porque si bien la opinión pública no era consciente de aquellos problemas, antes al contrario, estaba convencida de que el sistema era de los mejores del mundo, un conjunto nutrido de expertos, con un conocimiento profundo de los entresijos de nuestro modelo sanitario y de su historia de reformas frustradas, ya venían avisando de la necesidad de producir algún cambio. Desde el Informe Abril, se oían voces que clamaban por ensayar reformas estructurales en época de vacas gordas; pero parece que una ley no escrita nos lleva a no hacer mudanza en tiempos de abundancia.

Cambiar ahora, con más coste y dificultad, es urgente y necesario, para mantener la solvencia del modelo y para evitar riesgos en el cumplimiento de sus objetivos fundamentales. Estos objetivos son dos: mantener la salud de la población y ofrecer una asistencia de la máxima calidad, cuando fuera necesario, para cualquier residente, sin importar su nivel de renta.

El Sistema Sanitario es un elemento dinamizador de la economía del país. Hasta ahora, el SNS estuvo cerrado sobre sí mismo, no se planteaba su papel dentro del conjunto de la economía española. Por ejemplo, no había pensado en su capacidad como un elemento dinamizador de la industria y de la tecnología, que produce e investiga en España, a pesar de que es un gran consumidor de sus productos.

Hemos creado soluciones estupendas, que se están exportando a otros países, pero que no se aplican en todas las Comunidades Autónomas. Hemos pecado de falta de visión, porque no hemos sido capaces de lograr un acercamiento entre las empresas nacionales para constituir una gran multinacional española. Hemos estimulado poco la actividad industrial, olvidando que fabricar e investigar en España es vital para nuestra economía. El ministerio y los gobiernos autonómicos siempre han tenido poco interés en aprovechar la potencia del SNS como motor industrial. Se han preocupado solo de conseguir los medicamentos a bajo precio.

No debemos olvidar que el sector de la Salud es estratégico. Y lo es por la competencia y especialización de sus profesionales, por su rápida incorporación y adaptación a los nuevos equipamientos y tecnologías, porque ayuda a la creación, desarrollo y consolidación del tejido empresarial, porque fija la población en su entorno, y por su incidencia en la plantificación urbanística y en la ordenación del territorio.

Ahora estamos en un escenario mucho menos amable que hace unos años. Y sin embargo, como tantas veces sucede al enfrentarse a una crisis, nos hallamos ante una oportunidad. En este caso, la de modificar estructuras obsoletas y hacer un nuevo reparto de competencias y responsabilidades. Y quizá ello nos permita salir de esta gran depresión en mejor situación que cuando entramos en ella.

En las últimas legislaturas se propuso como solución a los problemas, el Pacto por la Sanidad entre los partidos políticos. A pesar de los gobiernos monocolors que se sucedieron a nivel central y regional, es evidente que cohesionar el SNS es una tarea complicada cuando los acreedores se están acumulando a las puertas de los Servicios de Salud.

Ha llegado el momento de dotar de herramientas de gobierno y gestión a los grandes centros sanitarios y redes de atención primaria, que hasta ahora han tenido que moverse dentro del derecho administrativo más tradicional, como si fueran oficinas o ministerios.

Debemos vincular estos cambios a la forma de hacer. Hay que romper con la idea de los servicios e ir con decisión hacia las unidades de gestión clínica. De este modo, favoreceremos la permeabilidad de los profesionales y las profesiones, facilitaremos la gestión de procesos, pondremos al enfermo en el centro de la toma de decisiones, prestaremos especial atención al paciente crónico y potenciaremos la hospitalización a domicilio.

No puedo terminar sin referirme a la gobernanza del Sistema Sanitario. Para ello debemos hacer autocrítica. En gran medida, hemos llegado a esta situación por nuestra culpa. Aprendamos la lección y no volvamos a persistir en el error. Tenemos el deber moral de evitar que la grave situación por la que atravesamos nos cambie el Estado del bienestar por el de beneficencia.

La profesión médica debe asumir un papel protagonista, no un asesoramiento secundario, porque únicamente los facultativos pueden identificar los procesos más eficientes y descartar los ineficientes. Solo los médicos pueden evaluar la oportunidad de utilizar determinados productos o servicios –o la de no hacerlo– tanto en términos de eficacia como de eficiencia.

En definitiva, solo los profesionales de la medicina pueden asignar de manera adecuada los recursos asistenciales disponibles o plantear si es posible obtener los mismos o mejores resultados reduciendo actividad innecesaria. Para ello se requiere responsabilidad individual, transparencia social y reconocimiento del mérito.

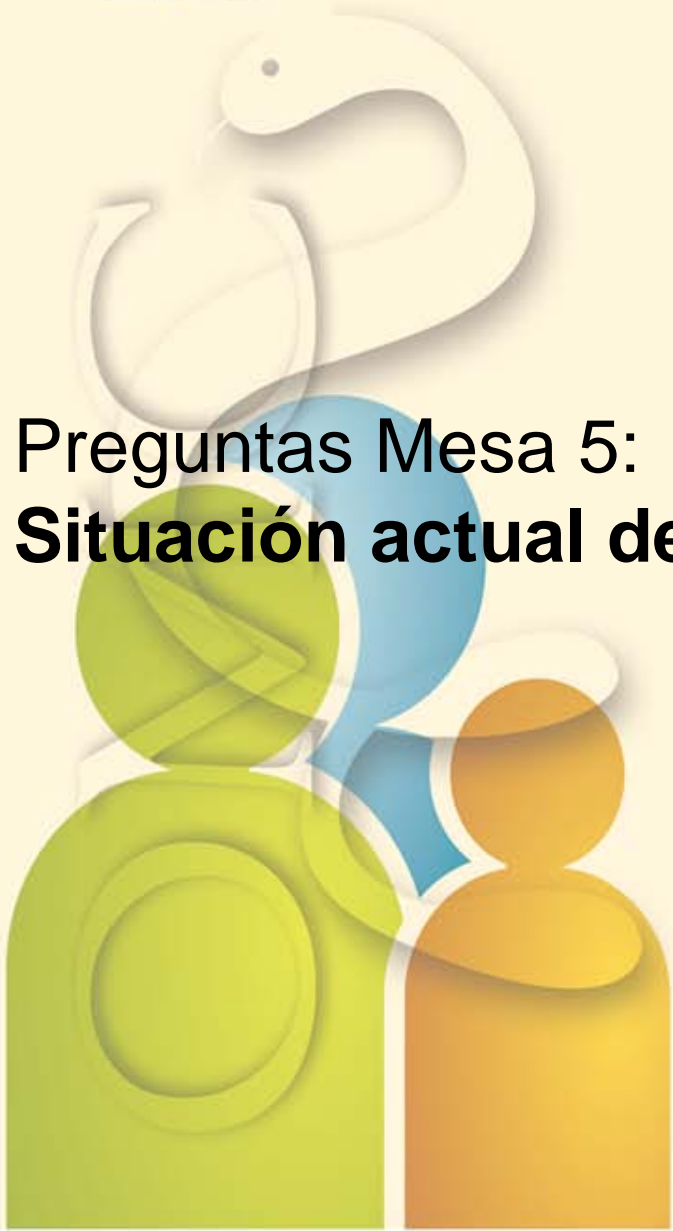
Ante una sociedad que presenta como una de sus patologías más graves la queja permanente, yo reivindico la responsabilidad individual e intransferible. Ha llegado el momento, también en nuestro sector, de preguntarnos lo que nosotros podemos hacer por el Sistema y no lo que el Sistema puede hacer por nosotros.

Ha llegado el momento de pasar de las palabras a la acción. A la Transparencia, con mayúsculas. Un factor clave para la gobernanza. Hemos de dejar de decir verdades a medias. Es el momento de las organizaciones, abiertas y responsables, coherentes en sus políticas y acciones, y orientadas hacia los resultados medibles.

Los médicos hemos vivido el compromiso hipocrático de la beneficencia y la no maleficencia. El final del siglo XX nos llevó al principio del respeto a la

autonomía del paciente. Ha llegado la hora de añadir el principio o valor de la justicia, integrando la responsabilidad del funcionamiento de los sistemas, centros y servicios sanitarios dentro del bagaje de nuestro quehacer. Asumir proactivamente el objetivo de la sostenibilidad del sistema público de salud, será una señal distintiva que deberá adornar al médico del siglo XXI, si quiere seguir cumpliendo con su vocación y misión milenaria de servicio al que padece y sufre por la enfermedad.

Os agradezco vuestra amabilidad. Muchas gracias a todo.



Preguntas Mesa 5: **Situación actual del Sistema Sanitario**



Mesa 5



1.- Ante la gravedad de la situación económico financiera y sus efectos en el ámbito sanitario ¿piensa usted que es necesario un Pacto por la Sanidad como medida imprescindible para sostener nuestro modelo sanitario?

Totalmente de acuerdo

82,5%

De acuerdo

13,2%

En desacuerdo

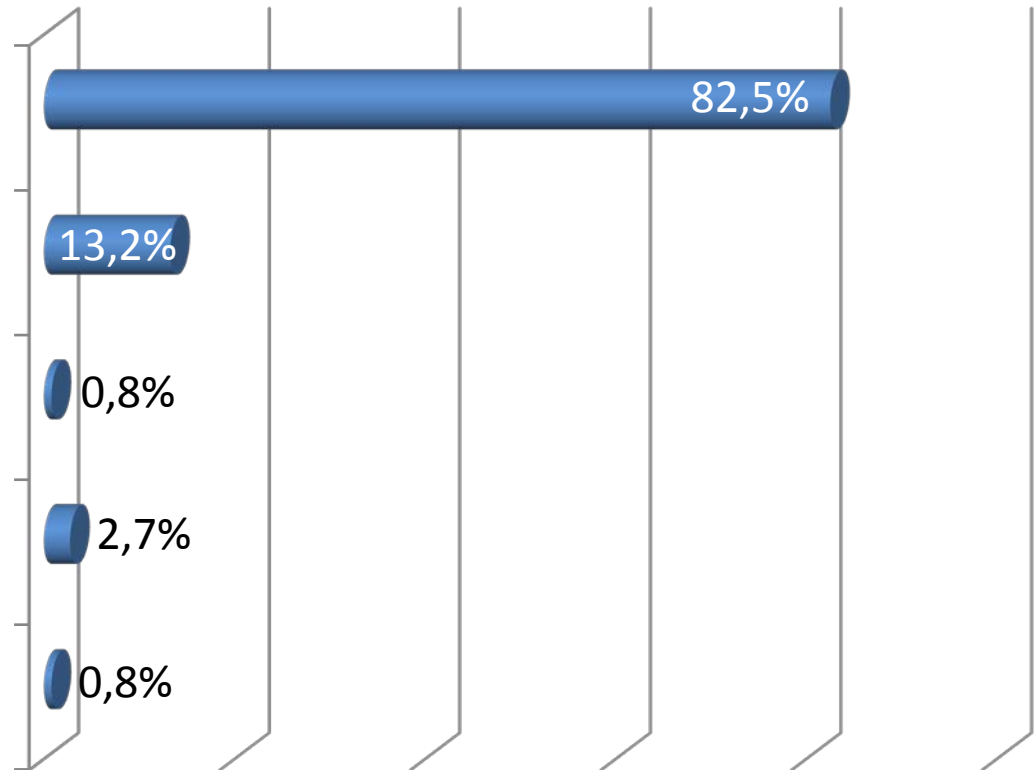
0,8%

Totalmente en desacuerdo

2,7%

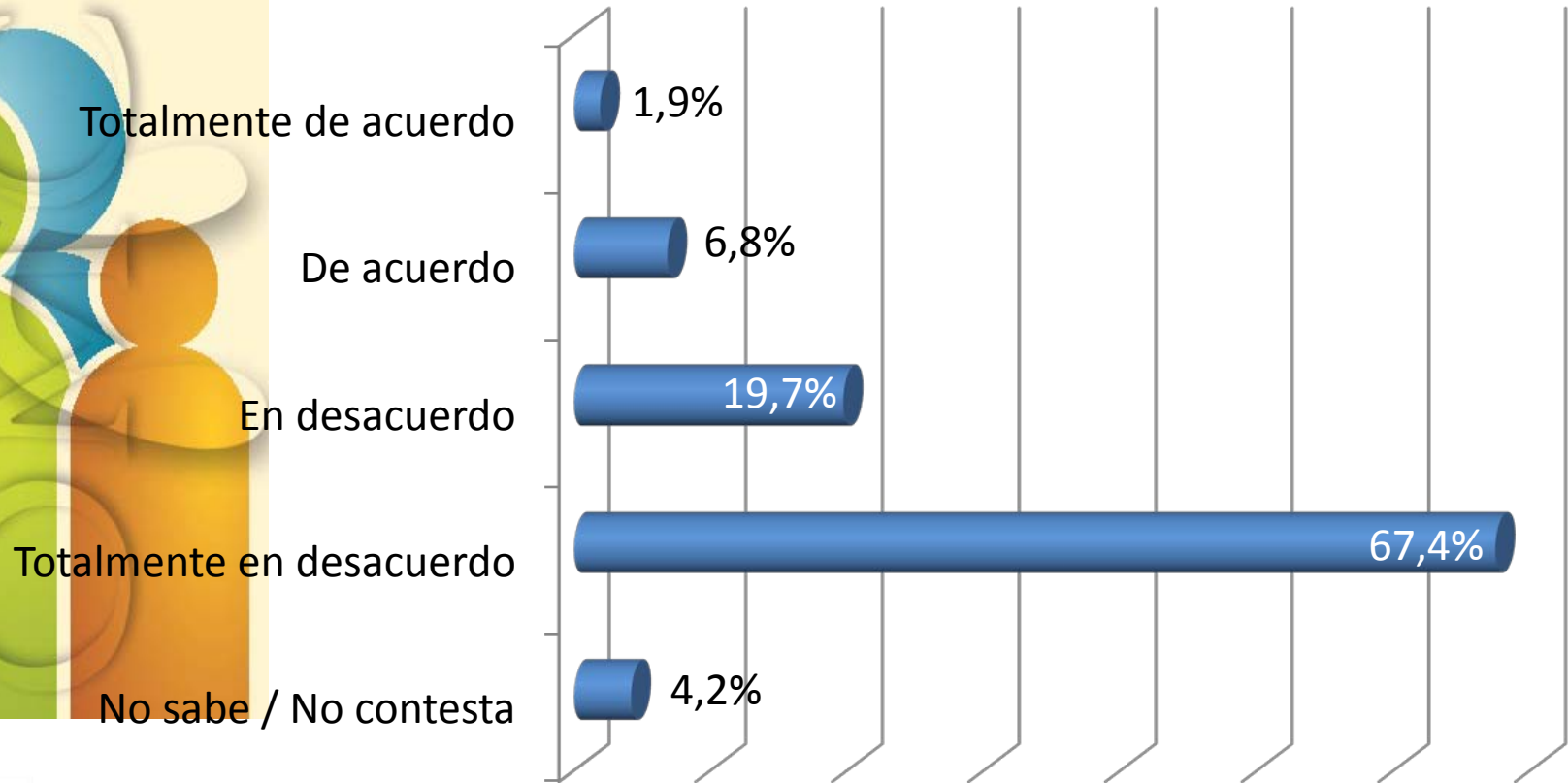
No sabe / No contesta

0,8%





2.- El escenario económico establecido en el Plan de Estabilidad, contempla un entorno del 5,1 % del PIS para N-2 Sanidad Pública en el 2015. ¿Piensa usted que con esta previsión económica es posible ofertar una medicina pública y de calidad en España?





3.- ¿ Piensa usted que es necesaria una modificación de la financiación autonómica de manera que los fondos sanitarios sean finalistas?

Totalmente de acuerdo

76,4%

De acuerdo

17,0%

En desacuerdo

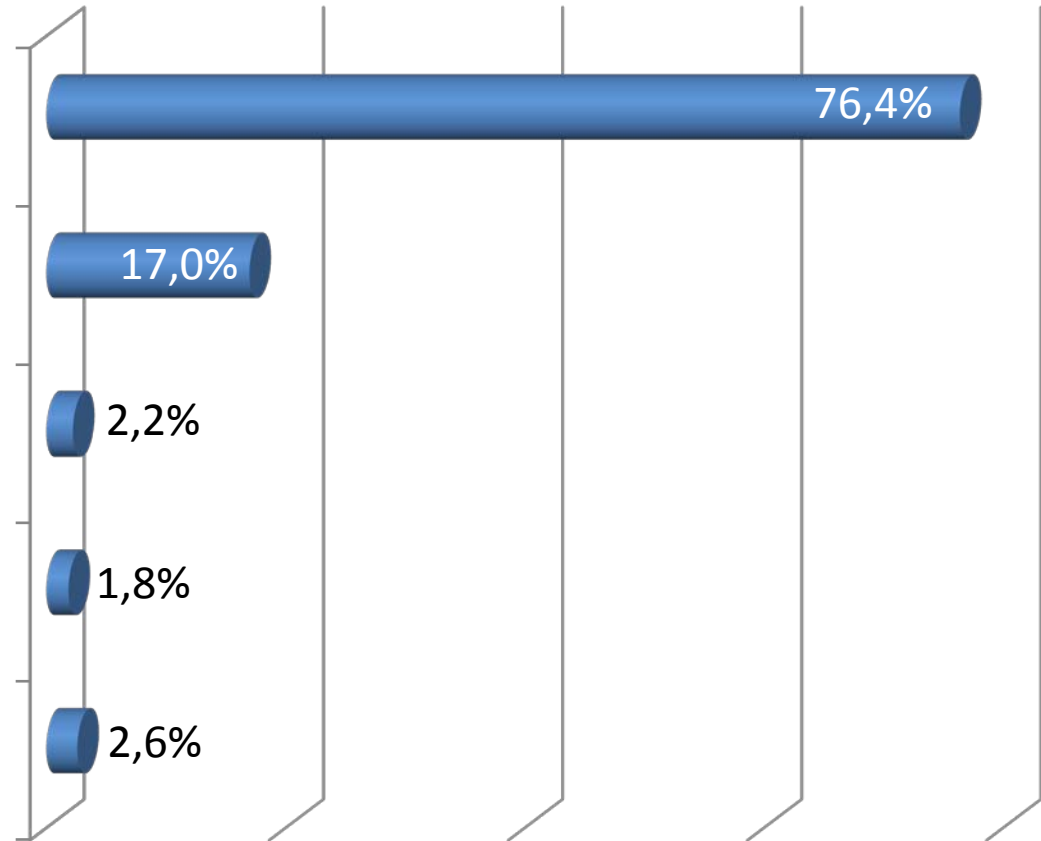
2,2%

Totalmente en desacuerdo

1,8%

No sabe / No contesta

2,6%





4.- ¿Piensa usted que es necesaria una Agencia Estatal que facilite la cooperación entre Servicios Regionales de , Salud con el fin de evaluar efectividad, calidad, seguridad y eficiencia de prestaciones y servicios?

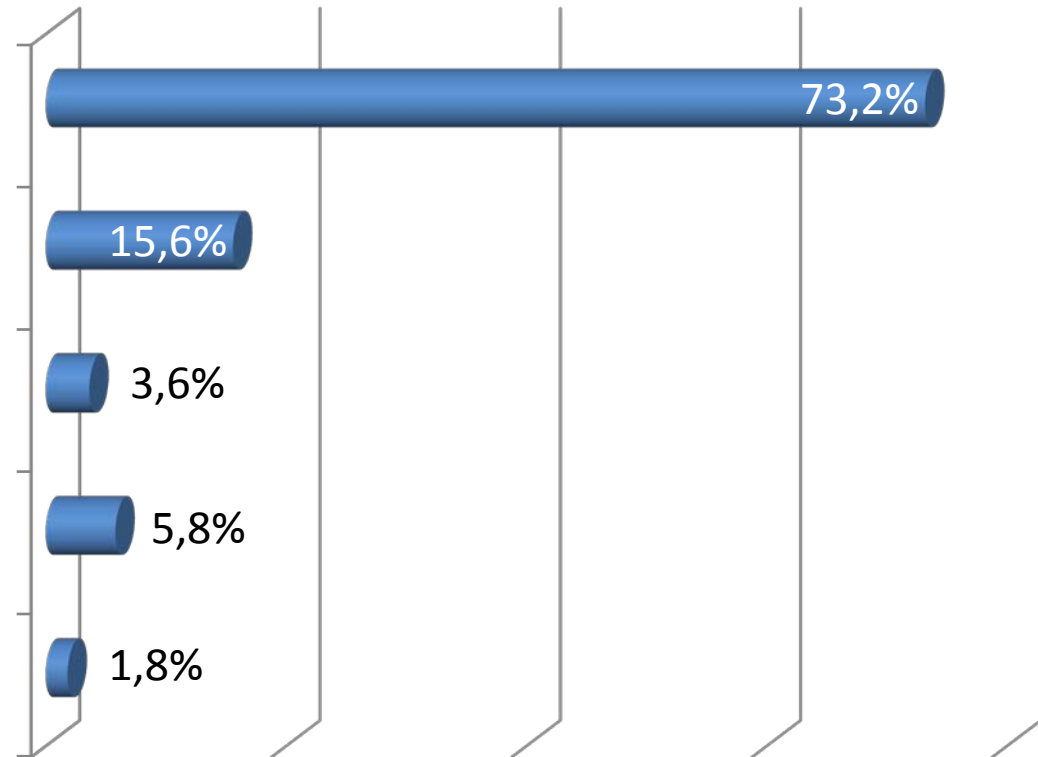
Totalmente de acuerdo

De acuerdo

En desacuerdo

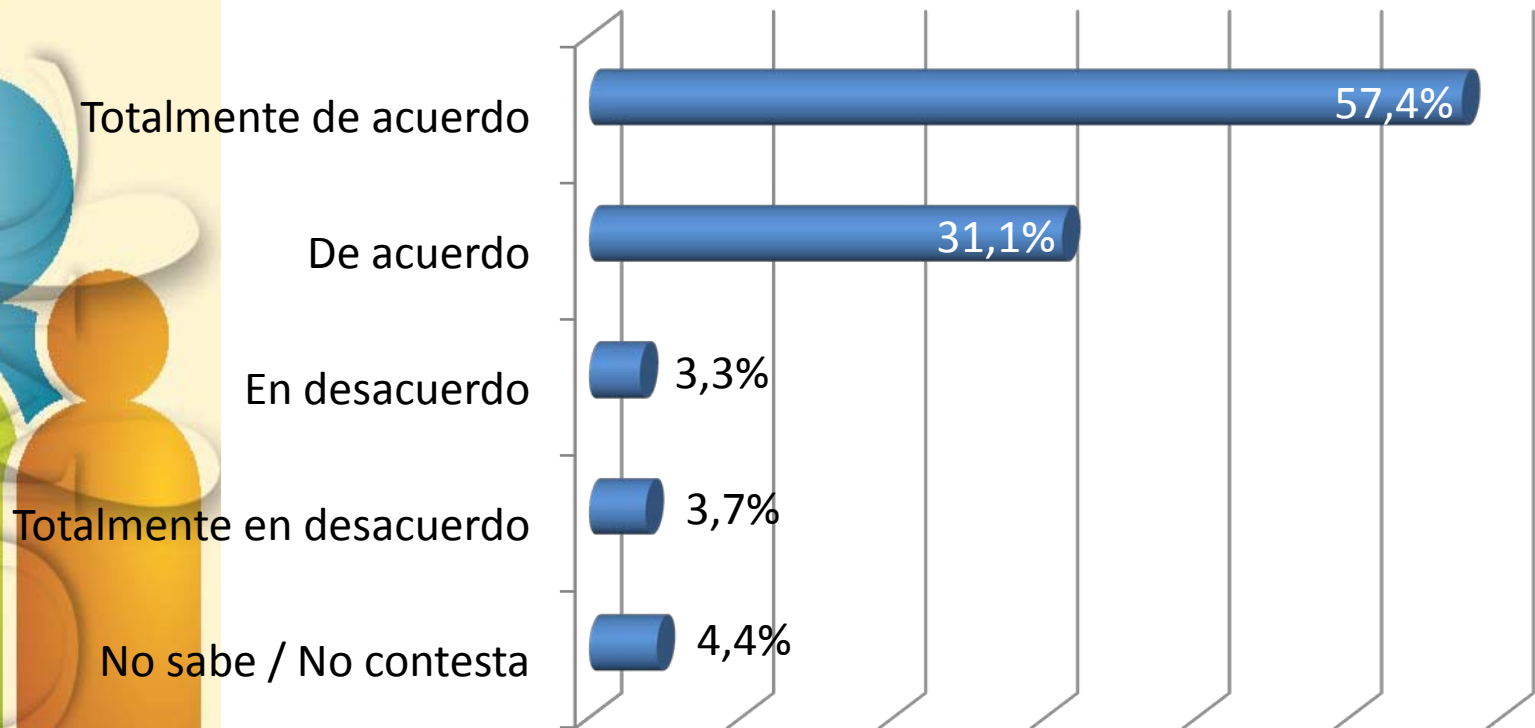
Totalmente en desacuerdo

No sabe / No contesta





5.- ¿ Piensa usted que el Gobierno nos está conduciendo hacia un cambio del Modelo Sanitario que conocemos 'y que vamos hacia una sanidad de dos "vías"?'





III Convención de la Profesión Médica



Liderando la Profesión.



*Comprometidos
con la sociedad
y con los médicos.*

Mesa 6:

NUEVOS MODELOS DE GESTIÓN SANITARIA





Mesa 6




III Convención de la Profesión Médica
 Liderando la Profesión.
Comprometidos con la sociedad y con los médicos.





ALGUNAS IDEAS PARA LA MESA SOBRE NUEVAS FORMAS DE GESTION

1. Un corto paseo por la historia

A lo largo de los años 80 y más intensamente en los primeros 90 del siglo pasado tuvieron lugar importantes debates de política sanitaria en Europa. El leitmotiv de los mismos era el crecimiento imparable del gasto sanitario y, sobre todo, la constatación de serias ineficiencias en los servicios nacionales de salud, sin dejar de reconocer la magnitud de su importancia como elemento de cohesión y progreso social. Esencialmente se constataba que los objetivos de estos sistemas (universalidad, equidad, eficiencia macro y microeconómica) eran de alguna manera contradictorios y que sólo era posible maximizar alguno de ellos postergando otros. En los estudios comparados se contraponían los sistemas integrados a los clásicos de seguridad social y se veía como en estos últimos el gasto era mayor (y por tanto la satisfacción de la gente), pero también eran más inequitativos en la medida en que no eran universales (y viceversa). En el marco de esos debates se sostenía que los sistemas nacionales de salud eran más justos, por así decirlo, y, por lo general, controlaban mejor el gasto (mayor eficiencia macroeconómica) pero tendían a ser ineficientes en el uso de los recursos y creaban insatisfacción en los ciudadanos, una consecuencia, por otro lado, del exceso de eficiencia macroeconómica. La única manera de controlar el gasto, mantener los grandes principios y dar satisfacción a los ciudadanos ofertando servicios de calidad, era incidir sobre la eficiencia. Y esto no podía hacerse sin provocar cambios en la organización de los servicios asistenciales.

Este relato tiene la que podíamos llamar “variante española”. Como la disciplina presupuestaria no nos caracterizaba (como si caracteriza, por ejemplo, a los ingleses), en España este debate animaba el ambiente en el entorno académico y en los congresos y reuniones, pero apenas tenía consecuencias prácticas, porque para aliviar las tensiones no era necesario introducir mejoras en la eficiencia sino que bastaba con desviarse en el presupuesto. Como todo el mundo sabe a estas alturas, nos hemos financiado en los últimos tiempos vía presupuesto y deuda.

En el entorno internacional se barajaron distintas fórmulas, todas ellas encaminadas a introducir elementos de gestión privada (que no a privatizar) instituciones públicas. Se acuñó el término “mercado interno” con la idea de introducir mayor competencia entre los proveedores públicos como una manera de generar estímulos (incentivos) a la eficiencia en el nivel de la micro y mesogestión. La formulación de que era necesaria la separación de los niveles de regulación (autoridad sanitaria), compra y provisión se planteó en aquella época. Al igual que ideas ampliamente difundidas como que “el dinero debía seguir al paciente”. Los países más conspicuos en la introducción de estos cambios y dónde más se teorizó primero y se experimentó después, fueron el Reino



Unido y Suecia, dos genuinos exponentes de sistemas nacionales de salud. Los ingleses, en concreto, introdujeron dos reformas significativas: la primera encaminada a dotar de capacidad de compra de asistencia especializada y rehabilitación (“commissioning”) a los grupos de Atención Primaria (GPs). La segunda, a dotar de autonomía y gestión privada a los grandes hospitales públicos generando el concepto de “trust”. Estas reformas progresaron, pero no sin la dosis correspondiente de problemas y tensiones.

En España todo este proceso fue seguido a tiempo real y con mucha atención. Sin embargo, y por las razones comentadas más arriba, las innovaciones fueron completamente marginales, aunque no por ello exentas de ruido. A algún nuevo hospital comarcal se le dio la forma jurídica de empresa pública o fundación. Se utilizó la figura del consorcio para agrupar instituciones -normalmente públicas- de las que se hacían depender ciertas estructuras asistenciales y a las que se daba capacidad jurídica independiente. Ocasionalmente se otorgó capacidad jurídica propia a grupos de atención primaria tratando de importar directamente la reforma inglesa. Para dar cobertura jurídica a estas innovaciones, pequeñas y fragmentarias, se elaboró una norma reguladora específica que también apuntaba un poco hacia el futuro aunque realmente no hubo mucha continuidad.

2. Balance

Como resulta “metafísicamente” imposible que en un sistema sanitario no existan tensiones, es difícil afirmar categóricamente que las reformas internacionales han sido exitosas allí dónde se han abierto paso. Desde luego no se puede decir que hayan fracasado. Sobre todo porque normalmente esas reformas se han acompañado de recursos financieros adicionales de manera que es difícil apreciar que parte de la mejora procede del incremento de los recursos y que parte de la nueva organización. De hecho, en las últimas elecciones generales en el Reino Unido la sanidad y su reforma seguía siendo un asunto candente y de la máxima importancia en los debates políticos y sociales.

En España apenas se ha progresado, fundamentalmente por falta de consenso. No ha habido ni grandes pactos ni pequeños acuerdos y, en ausencia de los mismos, nadie se ha atrevido a soportar los costes políticos de llevar a cabo una reforma sustancial del Sistema Nacional de Salud. La descentralización sobre las CCAA tampoco ha facilitado un planteamiento global, pero en honor a la verdad hay que decir que ha permitido algunos avances regionales con un cierto nivel de “contagio”, aunque por lo general los cambios han sido muy limitados. Algunas comunidades autónomas han tratado de innovar en gestión con la idea de dar más autonomía a los centros hospitalarios (y en Cataluña a la Atención Primaria) pero siempre de manera marginal. El ambiente



habitualmente hostil que generaban las malintencionadas acusaciones de privatización y ruptura del seguro único y público (incluso de quiebra del estado de bienestar) y que acompañaba a cualquier intento era suficientemente disuasorio. Por consiguiente, a día de hoy los resultados de las así llamadas “nuevas formas de gestión” no pasan de anecdóticos.

3. ¿Dónde han estado los problemas? ¿Qué se ha hecho mal?

Las experiencias piloto son valiosas si realmente se pilotan. Es decir, se monitorizan, analizan y evalúan. No ha sido el caso. Por otro lado, innovar en el margen ha impedido ver el verdadero impacto sobre el núcleo del sistema. La tendencia en los nuevos y pequeños hospitales ha sido la de converger con la media y el carácter de las innovaciones se ha ido progresivamente desvirtuando hasta devenir indistinguible, en la práctica, de la norma habitual. La incapacidad de los partidos políticos de llegar a pactos en este asunto ha impedido implementar verdaderas experiencias innovadoras de gran calado. Las necesarias reformas sanitarias se han visto permanentemente envueltas en una demagogia estéril.

En realidad, el sistema sanitario público español se ha blindado frente a cualquier tipo de reforma en profundidad por dos razones fundamentales. Por una parte, a los gobiernos no les hace ni pizca de gracia perder control sobre las instituciones sanitarias y ello por la posibilidad de nombrar directivos y supervisar su gestión (hasta niveles muy bajos en el organigrama) y la influencia y ventajas que ello comporta. Por otra, las reformas tienen, potencialmente, un coste político nítido en la línea de lo expresado más arriba y un beneficio político mucho más difuso a medio y largo plazo, basado en una mayor eficiencia, algo que no cotiza mucho en términos estrictamente electorales.

4. Una visión para el futuro

Si las tensiones financieras en la sanidad siempre han sido fuertes, ahora son insoportables. Parece claro que la organización tradicional de las instituciones no es eficiente. Numerosos trabajos, hechos con rigor, identifican nichos sustanciales de ineficiencia, verdaderos agujeros negros en nuestro sistema con repercusión incluso en la calidad de la asistencia. Hay un problema de desgobierno agravado por la politización, la burocratización y la falta de autonomía. No existe el necesario alineamiento de incentivos entre los agentes del sistema como para generar eficiencia y calidad. Entre otras cosas, se necesita un mayor papel para los profesionales lo que básicamente implica permitir un liderazgo efectivo y generar las estructuras que permitan albergar este liderazgo.



Quizá sea este el momento para aclarar definitivamente que las nuevas formas de gestión no implican trasladar la gestión del sistema de salud a la iniciativa privada, ni mucho menos quebrar el aseguramiento público. Con independencia de que las instituciones de propiedad privada puedan seguir jugando un papel asistencial en pacientes con cobertura pública sin que esto suponga modificar la esencia de un sistema público de salud, lo que se necesita a día de hoy es un cambio radical en el gobierno de las instituciones asistenciales públicas. Y no marginalmente sino en todas las estructuras asistenciales, grandes y pequeñas, en todos los niveles de la asistencia.

Capacidad autónoma de gestión y separación orgánica y funcional de la actividad clínica y su organización de los niveles administrativo y político. Por supuesto con responsabilidad, asunción de riesgos y rendición de cuentas donde proceda. Y en un entorno de transparencia que facilite el necesario control social. Desde luego que no es necesario recuperar el “mercado interno” ni inventarse artificialmente la competencia entre instituciones, sino que quizá es más importante diseñar estructuras cooperativas entre niveles asistenciales.

A día de hoy, las nuevas formas de gestión deben implicar más un cambio en la cultura organizativa y un avance en autonomía y liderazgo profesional que meras reformas administrativas plagadas de regulaciones y encorsetadas en nuevas fórmulas burocráticas.



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

NUEVOS MODELOS DE GESTIÓN SANITARIA

Sr. Antoni Mateu i Serra

Director de la Agencia de Salud Pública de Catalunya

III CONVENCIÓN DE LA PROFESIÓN MÉDICA
Madrid, 16-17 de Noviembre de 2012

INDICE

1

EL UNIVERSO DEL SECTOR PÚBLICO
EMPRESARIAL DE SALUT

2

“*DE LA SOLUCIÓN AL PROBLEMA?*”

El modelo sanitario catalán

El sector público asistencial de salud (EPyC)

3

LA OBVIEDAD DE LOS RESULTADOS

LA OBVIEDAD DEL CAMBIO NECESARIO

4

VALORES DEL CAMBIO, HOY

5

PASOS HECHOS, PASOS POR HACER

Sector público EMPRESARIAL vs ADMINISTRATIVO

Denominador común: las AAPP tienen el 51% o más del capital social

Sector Público de participación mayoritaria vinculado a la Generalitat de Catalunya – Sector Público vinculado al Departamento de Salud de participación mayoritaria

Sector Público	Salud	GC	% Salud/GC
AEP	1	1	100%
EAA	2	23	9%
EAC	-	3	0%
EGSS	-	1	0%
EDP	10	48	21%
SM	9	47	19%
Cons.	17	61	28%
Fund.	19	43	44%
Total:	58	227	26%

Dotaciones	Salud	GC	% Salud/GC
Altos cargos	10	207	5%
Otro personal directivo	33	115	29%
Eventual	8	201	4%
Funcionario (*)	41.099	167.965	24%
Laboral fijo	29.717	52.072	57%
Laboral temporal	5.022	9.622	52%
Total:	75.889	230.182	33%

(*) Incluye el personal estatutario del ICS

Fuente: Presupuestos de la Generalitat para el 2012

EAA = Entidad autónoma administrativa

EAC = Entidad autónoma comercial y/o financiera

EGSS = Entidad gestora de la Seguridad Social

EDP = Entidad de derecho público

AEP = Otros entes públicos (CatSalut)

SM = Sociedad mercantil

CONS = Consorcios

FUND = Fundaciones

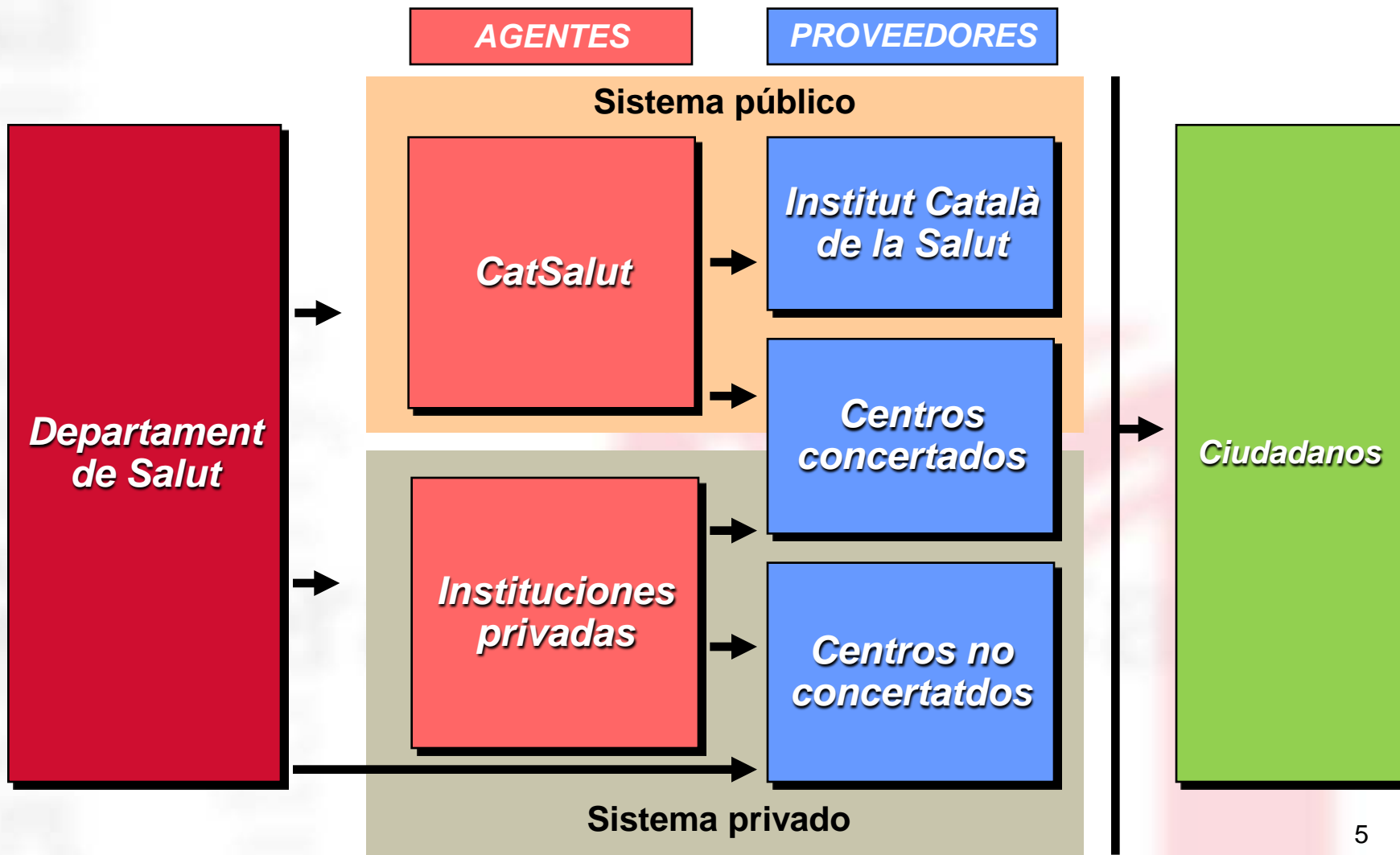
Evolución del Sector Público vinculado al departamento de Salud de participación mayoritaria

	VI legislatura				VII legislatura			VIII legislatura				IX legislatura	
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
EAA	1	1	1	1	1	1	3	3	3	4	4	4	2
EGSS	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
EDP	8	8	8	8	8	8	8	8	8	9	9	9	10
AEP	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
SM	2	2	2	2	2	2	2	3	4	4	10	11	9
Cons.							10	10	12	13	14	16	17
Fund.										10	15	20	19
	13	13	13	13	13	13	25	26	29	41	53	61	58

Fuente: Ley de presupuestos de la Generalitat de cada ejercicio

Descripción del sector público vinculado al Departamento de Salud de participación mayoritaria

Ambito de actividad	EAA	EDP	AEP	SM	Cons.	Fund.	Total
Servicios asistenciales		9		4	15	1	29
Investigación					1	16	17
Apoyo y logística	2	1	1	5	1	2	12
Total:	2	10	1	9	17	19	58



“DE LA SOLUCIÓN AL PROBLEMA?”

EL MODELO SANITARIO CATALÁN O EL SECTOR PÚBLICO ASISTENCIAL DE SALUD (EPyC)

➤ RASGOS DIFERENCIALES DEL MODELO SANITARIO CATALÁN

- **Modelo descentralizado**, de proximidad territorial
- **Modelo diferencial y pionero en la gestión de servicios públicos** – la CPP como valor de compromiso compartido para la excelencia de los servicios públicos
- **Red de proveedores profesionalizada**, públicos y privados, que prestan servicios de cobertura pública – SISCAT (Decreto 196/2010, de 14 de Diciembre)
- **Administración** que planifica, acredita, financia, contrata y evalúa y, unas **entidades proveedoras con autonomía** de gobierno y capacidad de gestión.

➤ POTENCIALIDADES DEL MODELO SANITARIO CATALÁN

- Aportación patrimonial y de gobierno, de conocimiento y de capacidades de gestión
- Flexibilidad y adaptabilidad
- Negociación laboral propia, sectorial y con posibilidad de pactos a nivel de empresa.
- Gestión económico-financera y de contratación no administrativa dirigida a la mejora de la eficiencia, y no exclusivamente al cumplimiento del presupuesto o la norma
- Capacidad de optimizar los niveles de contraer deuda, a corto y largo plazo
- Capacidad de dotar amortizaciones para las inversiones de reposición
- Diversidad que potencia la capacidad de innovación y de *benchmarking* “sistémico”

2

“DE LA SOLUCIÓN AL PROBLEMA?” (2)

➤ DE LA SOLUCIÓN INICIAL A LA REVISIÓN ACTUAL

- Preservar el Modelo Sanitario Catalán es lo que nos condujo en su momento a la creación de las EPyC
- Las EPyC han contribuido a la constitución del valor diferencial del Modelo Sanitario Catalán
- Es preciso hacer un punto de inflexión, siendo necesario evolucionar el modelo

ICS (CENTROS PROPIOS) + CENTROS CONCERTADOS (CENTROS AJENOS)

Involución:

ICS + EPyC + CENTROS CONCERTADOS (NO EPyC)

ICS (EMPRESA PÚBLICA) + EPyC + CENTROS CONCERTADOS (NO EPyC)

SISCAT

➔ Proximidad de instrumentos y capacidades de gestión

LA OBVIEDAD DE LOS RESULTADOS – LA OBVIEDAD DEL CAMBIO NECESARIO

- **Catalunya un sistema sanitario eficiente:** 12ª CA en presupuesto público por cápita y referente en excelencia y resultados de salud
- **Algunos datos**, marcados por instrumentos de gestión:
 - ✓ Incremento diferencial de retribuciones 2008-2011 facultativo tipo: 8,3 puntos superior al ICS
 - ✓ Coste facultativo ICS, 6,4% más caro que en el sector concertado
 - ✓ Mediana de productividad (UME/Facultativo) entre un 10-15% superior en el sector concertado
 - ✓ Coste/UME, un 6% superior al ICS (2.380€ concertado – 2.519€ al ICS)
- **La gestión de la crisis:** el valor de los pactos de empresa al sector concertado:
 - ✓ Han permitido preservar puestos de trabajo
 - ✓ Han permitido afectar menos la disminución de la actividad, especialmente quirúrgica
- **El valor de los instrumentos de gestión empresarial** vs los instrumentos de gestión administrativa en la gestión de servicios públicos
- El modelo sanitario catalán hace posible garantizar un sistema sanitario público eficiente y referente, que permite ofrecer a todos los ciudadanos el acceso a una Red Hospitalaria de Utilización Pública **diversa, de proximidad y de excelencia.**
- Es obligatorio **centrar el debate en los resultados**, no en dogmas ideológicos público-privado

Observatorio del Sistema de Salud – Central de Resultados

Canal Salut

Observatori del Sistema de Salut

L'Observatori

▶ Comitè director

Dades i estadístiques

▶ Població

▶ Estat de salut i estils de vida

▶ Sistema sanitari

Dades obertes

Central de Resultats

▶ Més informació sobre la Central de Resultats

▶ Comitè director

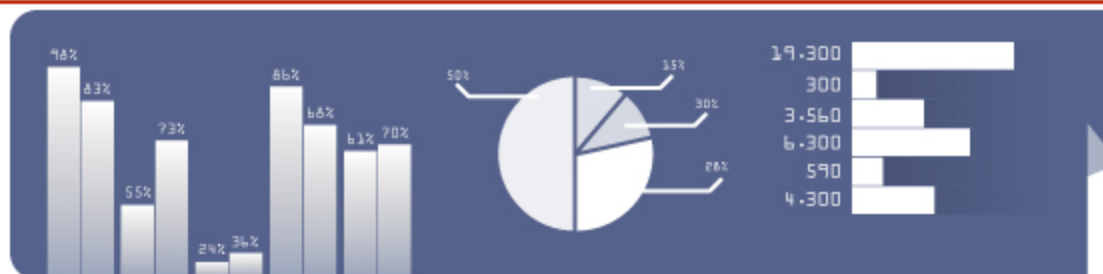
▶ Informes de la Central de Resultats

▶ Indicators d'hospitals d'aguts

Informe de Salut de Catalunya

Observatori d'Innovació en Gestió de la Sanitat a Catalunya

▶ L'Observatori



[Observatori del Sistema de Salut](#) > [Central de Resultats](#) > [Indicadors d'hospitals d'aguts](#) >

Efectivitat clínica

Prevalença global d'infecció relacionada amb el procés assistencial (ING)

(02.08.2012)

Percentatge de complicacions mèdiques i quirúrgiques

(02.08.2012)

Percentatge de cesàries

(02.08.2012)

Pacients amb cirurgia de maluc amb més de 20 dies d'estada

(02.08.2012)

Pacients amb ictus amb més de 20 dies d'estada

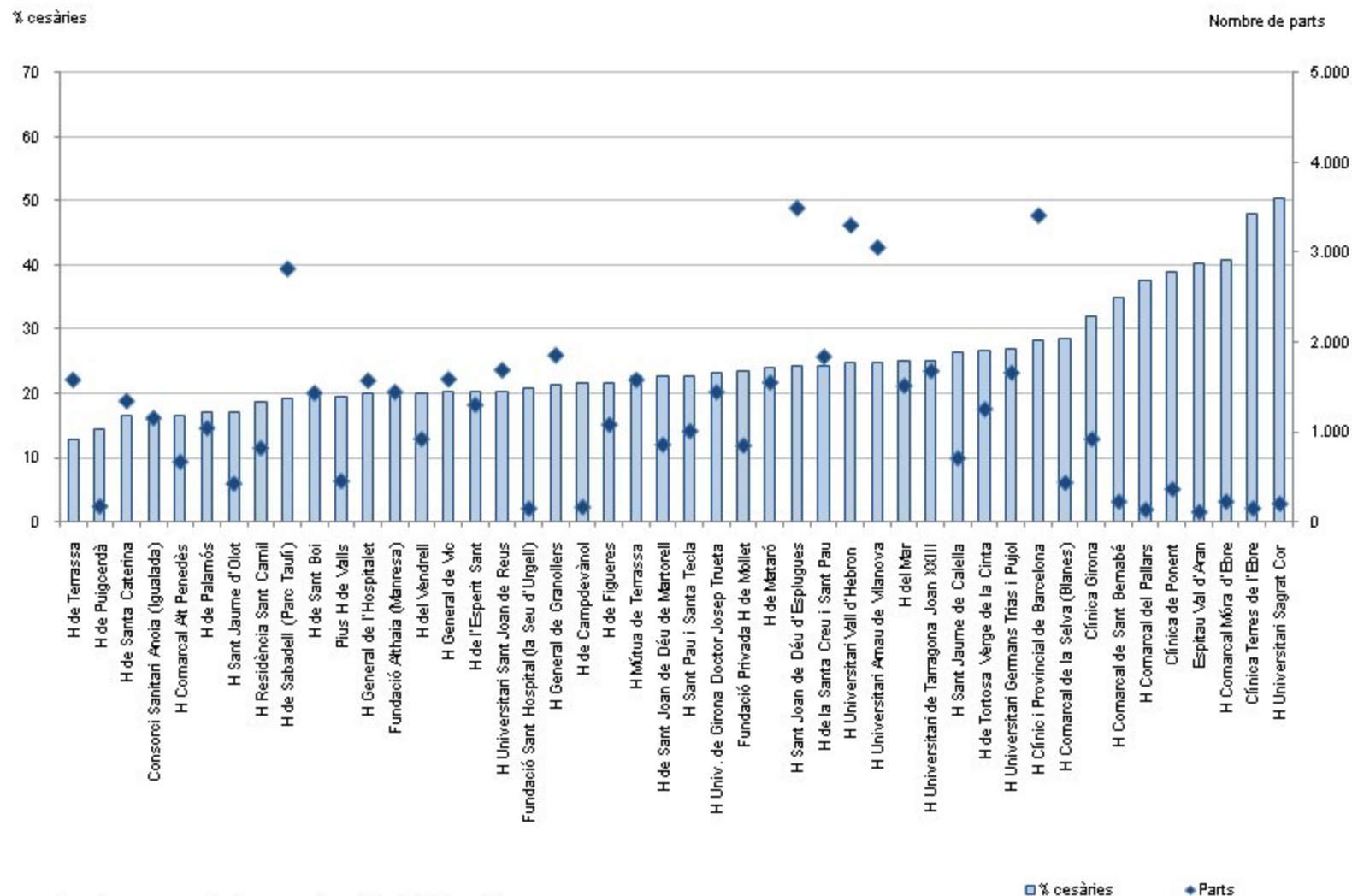
(03.08.2012)

Pacients amb cirurgia de maluc derivats a un centre sociosanitari

(03.08.2012)

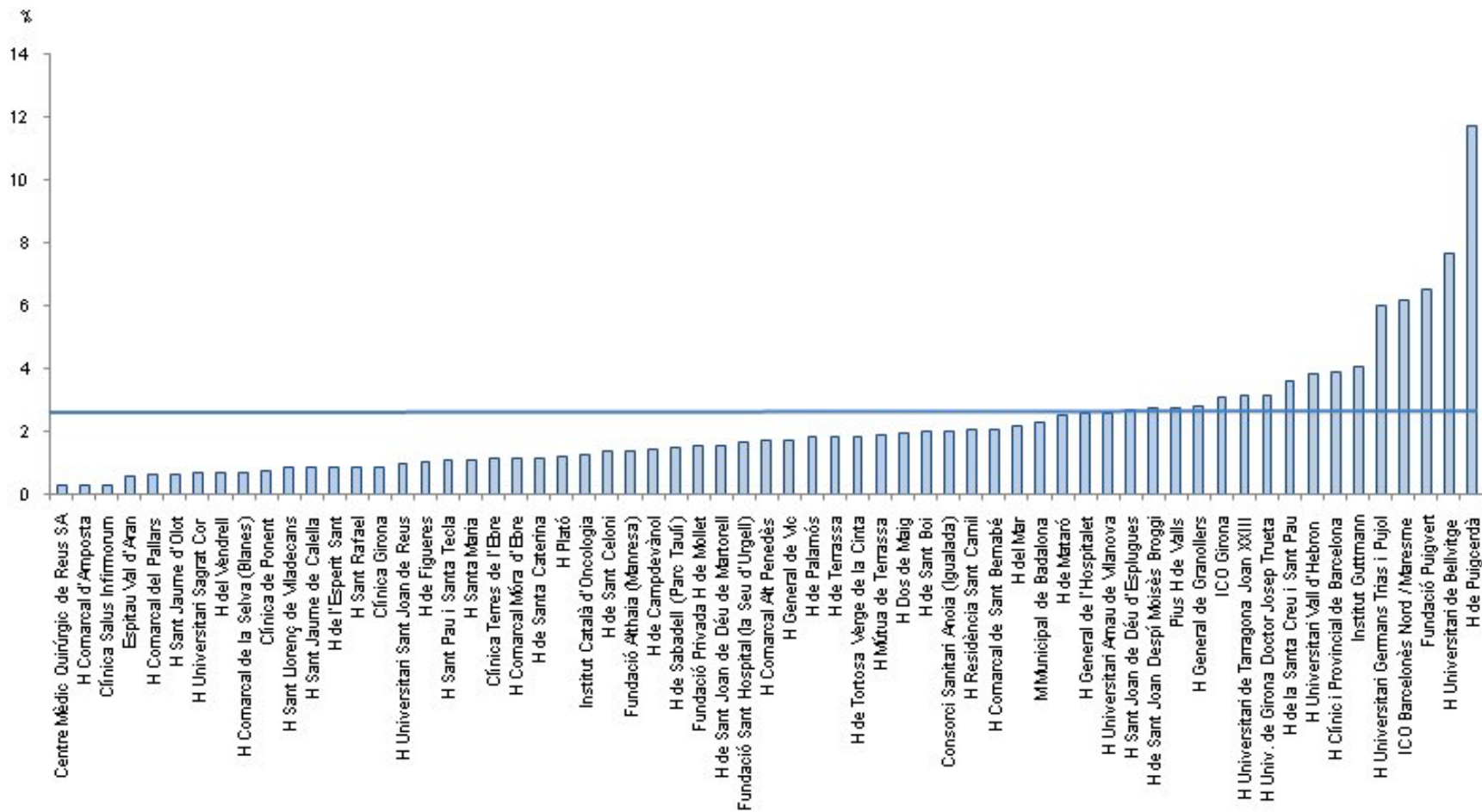
Pacients amb ictus derivats a un centre sociosanitari

Porcentaje de cesáreas por hospital



El centres que no es mostra tenen un volum inferior al coeficient de pacients

Porcentaje de complicaciones médicas y quirúrgicas



- **REALIDAD ACTUAL DEL SECTOR PÚBLICO EMPRESARIAL**
- **Criterios SEC95:** Ingresos procedentes de mercados menores al 51% y/o % mayoritario de AAPP en la titularidad y la composición de los órganos de gobierno
 - **Acuerdos de 17 de Enero de 2011 del Consejo de Política Fiscal y Financiera (medidas extraordinarias en materia de política financiera)** – reducir SP Empresarial y reforzar SP Administrativo → Acuerdos restrictivos y centralistas en políticas de control del SP estatal y autonómico
 - **Proceso de racionalización y simplificación el Sector Público de la Generalitat de Catalunya** (Acord de Govern 02/11/2011)
 - **Alternativas:** absorción por parte de la Administración; resituar la gestión fuera del ámbito del sector público; mantener en el sector público.

➤ VALORES DEL CAMBIO

- **Preservar el valor del modelo sanitario catalán**, donde la gobernanza del sistema no recae en ocupar el gobierno y la gestión de instituciones y servicios
- **Preservar la titularidad del patrimonio público y gestionarlo eficientemente**
- **Devolver la autonomía de gobierno y de capacidad de gestión a las organizaciones** con el compromiso de conseguir el equilibrio presupuestario y de control de resultados (transparencia y rendimiento de cuentas)
- Les entidades que **forman parte** de los órganos de gobierno y toman decisiones asumen la **responsabilidad de los resultados**.

- **LA RACIONALIZACIÓN Y SIMPLIFICACIÓN DEL SECTOR PÚBLICO DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA**
 - **RECUPERAR LAS CAPACIDADES DE GESTIÓN DEL SECTOR PÚBLICO ASISTENCIAL DE SALUD**
 - **TENDENCIAS DE FUTURO, A CORTO Y MEDIO PLAZO, DEL SECTOR PÚBLICO ASISTENCIAL**
-
- **LA RACIONALIZACIÓN Y SIMPLIFICACIÓN DEL SECTOR PÚBLICO DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA**
 - **Disminuir el número de entidades del Sector Público:** supresión (por eliminación o fusión) o desvinculación → Acuerdo de Gobierno del 2.8.2011:
 - ✓ Reversión del criterio de integrar al ICS empresas públicas que actualmente están adscritas al CatSalut
 - ✓ Actuaciones ejecutadas o en fase final de ejecución en salud: 9 entidades
 - ✓ **Reducción de las estructuras directivas** → supresión de la figura del consejero delegado remunerado + seguimiento de propuestas que aprueben los Consejos de Administración
 - **Reducción del número de miembros de Consejos de Administración o de Gobierno.**

- **RECUPERAR LAS CAPACIDADES DE GESTIÓN DEL SECTOR PÚBLICO ASISTENCIAL DE SALUD**
- **Excepcionalidades a la normativa transversal** del Sector Público de la GC - artículos 68-70 de la Ley 7/2011 de 27 de Julio de Medidas Fiscales y Financieras
 - **Despliegue de un modelo propio de control y de rendimiento de resultados** diferencial para aquellas entidades que no cumplan con el equilibrio económico.

ENTIDADES DEL SECTOR PÚBLICO

CONTROL PATRIMONIAL: ACTIVOS Y PASIVOS

CONTROL DE LA EFICIENCIA EN LA
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS



CONTRATO Y EVALUACIÓN
DE RESULTADOS



TRANSPARENCIA Y RENDIMIENTO DE CUENTAS

- Autonomía de gobierno y de gestión, TODA – Información para ejercer el control, TODA
- Construir y preservar relaciones basadas en la confianza mutua.

- **TENDENCIAS DE FUTURO, A CORTO Y MEDIO PLAZO, DEL SECTOR PÚBLICO ASISTENCIAL**
 - **Criterios generales** (valores del cambio) – **soluciones particulares** hacia una nueva evolución de las fórmulas de gestión.
 - **Definición de políticas** a nivel departamental y de **gestión** desde de la aseguradora (CatSalut).
 - Importancia de la **realidad territorial**, y de la **coherencia asistencial y implicación profesional**
 - Proceso de transformación efectiva del ICS como empresa pública – **integración plena del ICS en el SISCAT**
 - Construir un **modelo de gobernanza propio** del SP-Salud
 - Criterios para la designación de los representantes de la GC en Consejos de Administración o de Gobierno
 - Sistemática de relación con los presidentes y miembros que están en representación de la GC
 - Compartir políticas de actuación y promover ámbitos de sinergias en el marco del SISCAT
 - Código de buena gobernanza.....

- **Estamos convencidos de hacia dónde queremos ir y con qué finalidad y valores**

- **El cambio debe venir de la acción y explicará los resultados**

- **El cambio es exigente en el fondo y formas, requiere de la máxima responsabilidad de los órganos de gobierno, de los gestores y de los profesionales.**

No podemos resolver problemas pensando de la misma manera que cuando los creamos.

Albert Einstein

“NUEVOS MODELOS EN GESTION SANITARIA”

Francisco Soriano Cano
Director General Régimen Económico
Consellería de Sanitat



El sistema sanitario

Entre 1995 y 2011 el gasto sanitario ha sufrido un considerable incremento, llegando a triplicarse en algunas comunidades autónomas:

- **Descentralización** en 17 CCAA
 - Duplicidades
 - Falta de sinergias y cohesión
 - Pérdida de economía de escala
- El importante **incremento demográfico**.
- El **envejecimiento** de la población (aumento esperanza de vida)
- Aumento de la **Cronicidad**
- **Universalización** de la cobertura sanitaria
- Incorporación de nuevas **tecnologías (sanitarias y TIC)** con alto coste de inversión, manejo y mantenimiento.
- Introducción de nuevos **fármacos** de alto impacto económico
- Incorporación de la **Medicina Personalizada** (genómica y proteómica)
- **Hiperfrecuentación** sanitaria
- Aumento de **infraestructuras** sanitarias
- **Pérdida de conciencia del coste sanitario**



El sistema sanitario

El Sistema Sanitario público constituye la **columna vertebral del estado de bienestar** del que disfrutamos los españoles y no puede ignorar por más tiempo su situación, claramente **incompatible** con su **sostenibilidad**.

El sistema sanitario

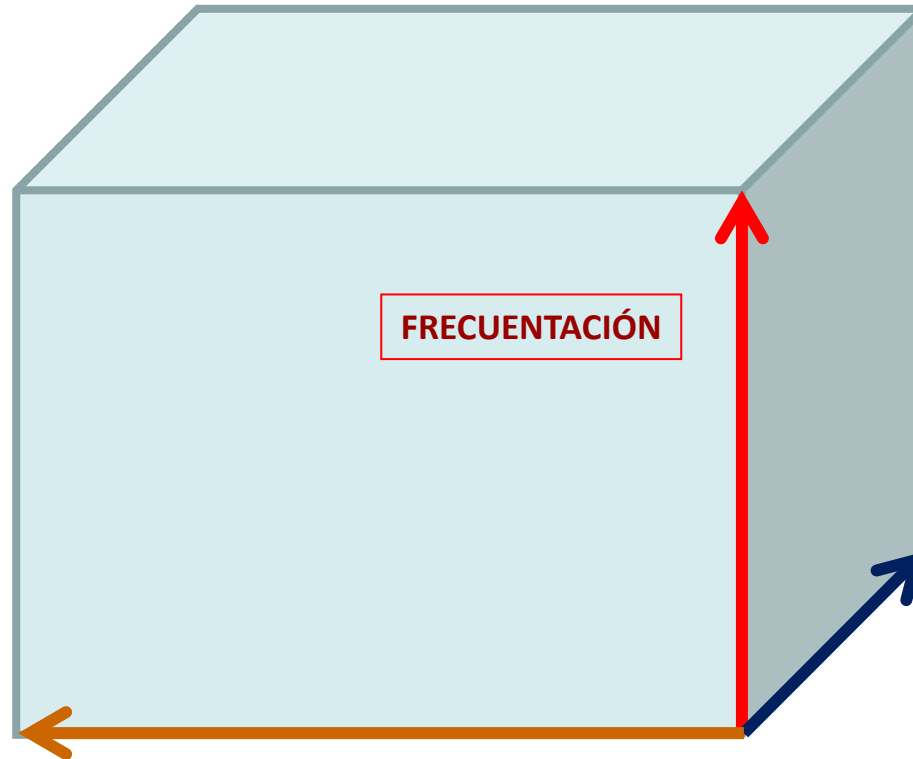
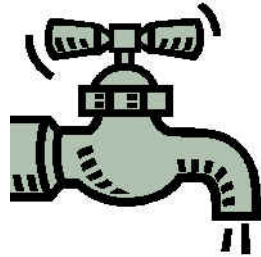
Es **responsabilidad y obligación** de los poderes públicos, gestionar de forma eficiente y coordinada el mantenimiento del SNS, garantizando el **derecho a la protección de la salud** sustentado en:

- Financiación pública (marco financiero estable)
- Universalidad
- Gratuidad de los servicios
- Garantía de Calidad



El sistema sanitario

IMPUESTOS



FRECUENTACIÓN

CARTERA DE SERVICIOS

UNIVERSALIDAD

Guillen López Casanova

Financiación cápitiva de las diferentes CCAA en el SNS

TOTAL PRESUPUESTO CAPITATIVO CCAA	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Andalucía	1.145,59	1.231,34	1.249,25	1.238,72	1.175,14	1.115,00
Aragón	1.334,81	1.390,73	1.474,49	1.495,80	1.442,27	1.372,00
Asturias	1.284,13	1.305,88	1.480,35	1.557,40	1.478,16	1.531,00
Balears	1.090,66	1.152,61	1.184,66	1.097,39	1.088,01	1.067,00
Canarias	1.298,79	1.406,64	1.449,13	1.404,26	1.242,63	1.162,00
Cantabria	1.307,97	1.345,22	1.396,21	1.391,71	1.270,47	1.230,00
Castilla y León	1.284,94	1.387,55	1.414,90	1.462,32	1.441,38	1.353,00
Castilla-La Mancha	1.272,83	1.345,98	1.429,97	1.449,56	1.386,45	
Cataluña	1.232,06	1.271,86	1.289,46	1.346,11	1.251,15	1.282,00
Comunidad Valenciana	1.080,72	1.123,33	1.150,57	1.158,86	1.113,70	1.061,00
Extremadura	1.425,86	1.548,83	1.655,22	1.595,64	1.505,87	1.335,00
Galicia	1.284,64	1.372,52	1.414,42	1.397,89	1.331,23	1.263,00
Madrid	1.135,54	1.174,03	1.178,75	1.157,36	1.158,12	1.105,00
Murcia	1.186,85	1.305,72	1.348,29	1.427,76	1.445,30	1.220,00
Navarra	1.362,64	1.438,36	1.468,83	1.582,36	1.548,11	1.425,00
País Vasco	1.392,86	1.543,52	1.662,29	1.696,64	1.640,99	1.558,00
La Rioja	1.576,58	1.444,89	1.463,77	1.329,36	1.403,85	1.298,00
TOTAL CCAA	1.215,43	1.283,34	1.320,28	1.329,47	1.273,09	1.211,00

Comunidad Valenciana

TOTAL PRESUPUESTO CAPITATIVO CCAA	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Andalucía	1.145,59	1.231,34	1.249,25	1.238,72	1.175,14	1.115,00
Aragón	1.334,81	1.390,73	1.474,49	1.495,80	1.442,27	1.372,00
Asturias	1.305,88	1.305,88	1.305,88	1.305,88	1.305,88	1.305,88
Balears	1.152,61	1.152,61	1.152,61	1.152,61	1.152,61	1.152,61
Canarias	1.406,44	1.406,44	1.406,44	1.406,44	1.406,44	1.406,44
Cantabria	1.345,22	1.345,22	1.345,22	1.345,22	1.345,22	1.345,22
Castilla-La Mancha	1.272,83	1.345,98	1.429,97	1.449,56	1.386,45	1.282,00
Cataluña	1.232,06	1.271,86	1.289,46	1.346,11	1.251,15	1.282,00
Comunidad Valenciana	1.080,72	1.123,33	1.150,57	1.158,86	1.113,70	1.061,00
Extremadura	1.284,64	1.372,52	1.414,42	1.397,89	1.331,23	1.335,00
Galicia	1.284,64	1.372,52	1.414,42	1.397,89	1.331,23	1.263,00
Madrid	1.174,03	1.174,03	1.174,03	1.174,03	1.174,03	1.174,03
Murcia	1.305,72	1.305,72	1.305,72	1.305,72	1.305,72	1.305,72
Navarra	1.438,11	1.438,11	1.438,11	1.438,11	1.438,11	1.438,11
País Vasco	1.543,52	1.543,52	1.543,52	1.543,52	1.543,52	1.543,52
Valencia	1.444,89	1.444,89	1.444,89	1.444,89	1.444,89	1.444,89
TOTAL CCAA	1.215,43	1.283,34	1.320,28	1.329,47	1.273,09	1.211,00

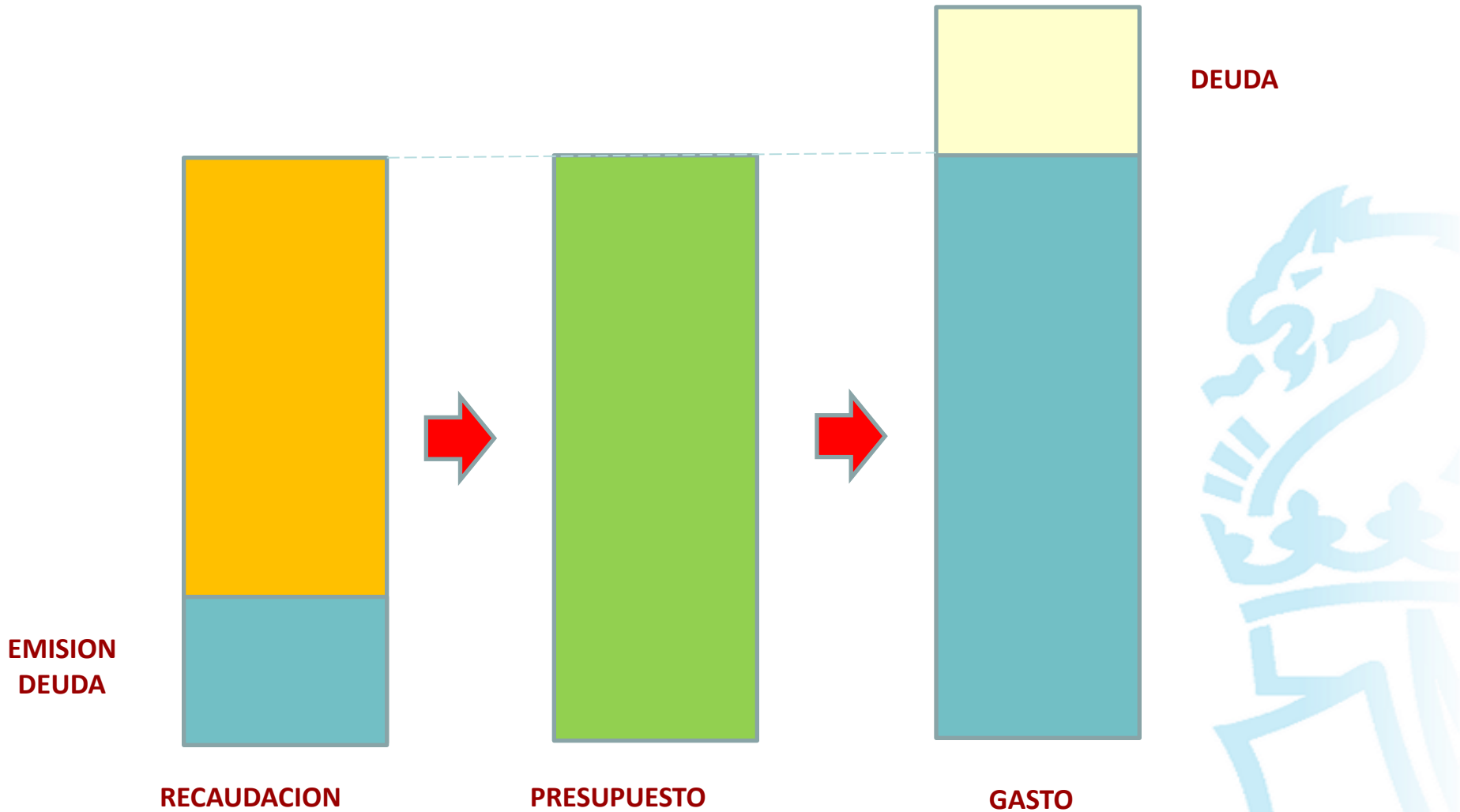
527 euros menos que la CCAA con mayor presupuesto

Incremento de presupuesto **2.636.450.000 €**

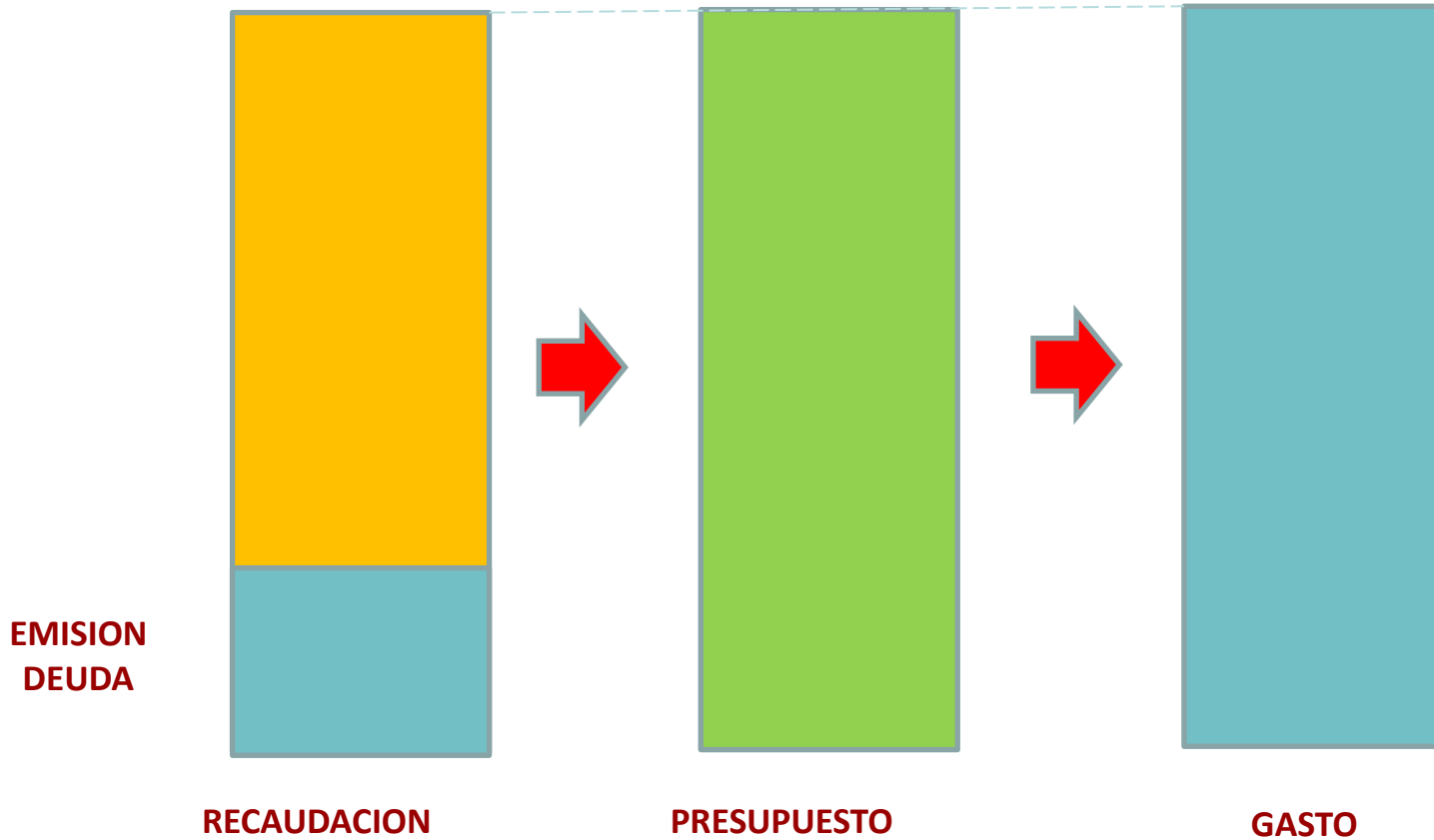
159 euros menos que la media de las CCAA

Incremento de presupuesto **796.950.000 €**

Gasto sanitario (previo)



Gasto sanitario (futuro)



EMISION
DEUDA

RECAUDACION

PRESUPUESTO

GASTO

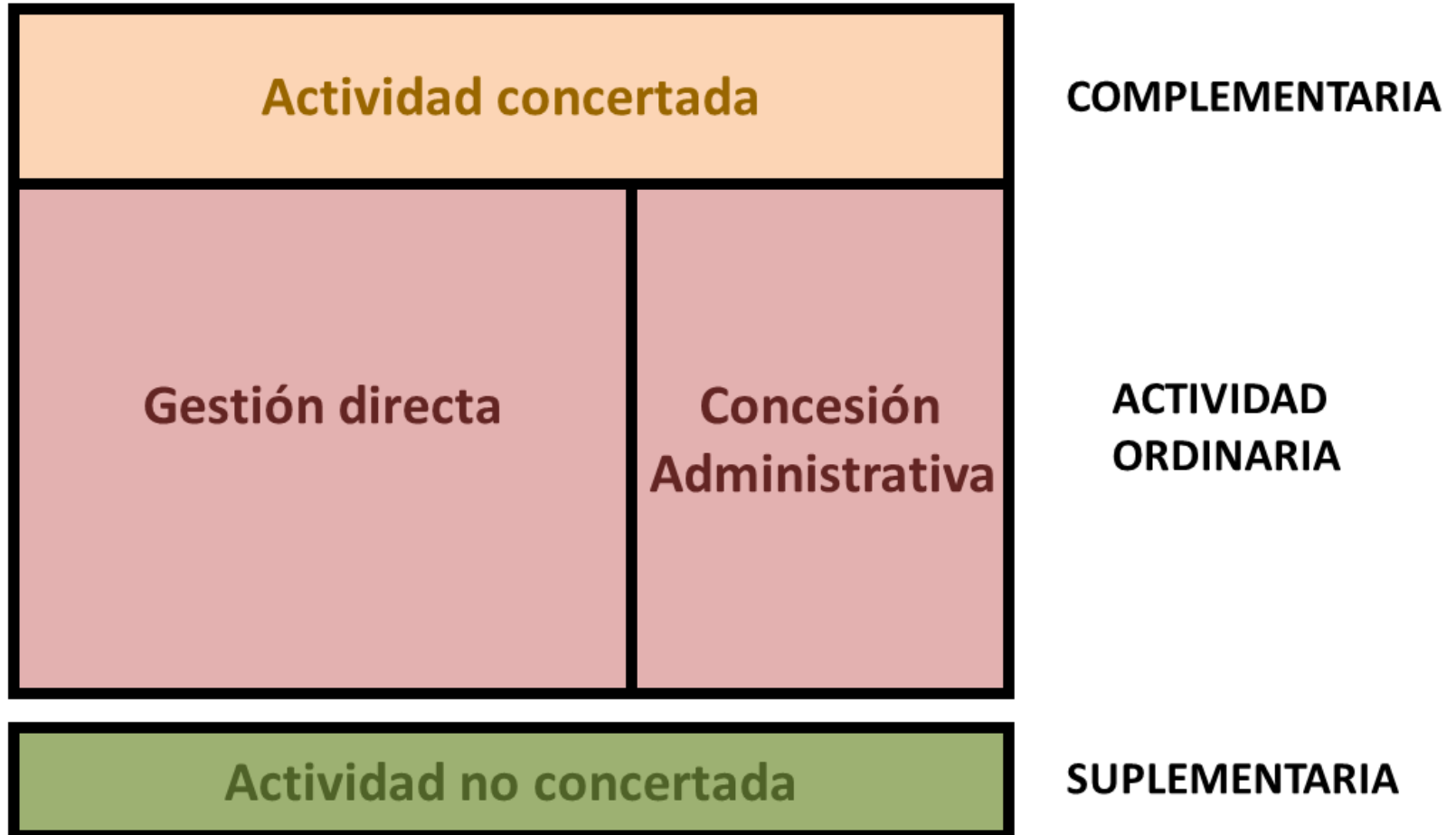
Modelo Valenciano de Gestión

- Gerencia única.
- **24 departamentos** sanitarios
- Departamentos públicos y de concesión administrativa.
- Todos con las **mismas reglas del juego**: mejorar la prestación sanitaria.
- Cada uno con su **presupuesto de cápita**.
- Cada uno con posibilidad de atraer o perder recursos (**competencia**).
- Con **objetivos comunes** a partir de objetivos propios.
- Con **capacidad de organización interna propia**



PROVISIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA EN LA COMUNITAT

FINANCIACIÓN PÚBLICA



PRESTACIONES EXTERNAS: 5 % del presupuesto sanitario de la C.V.

Organización Sanitaria tradicional



¿Proveedores / Socios?



**Gasto real
descontrolado
por encima del
presupuesto**

Modelo tradicional



Modelo actual

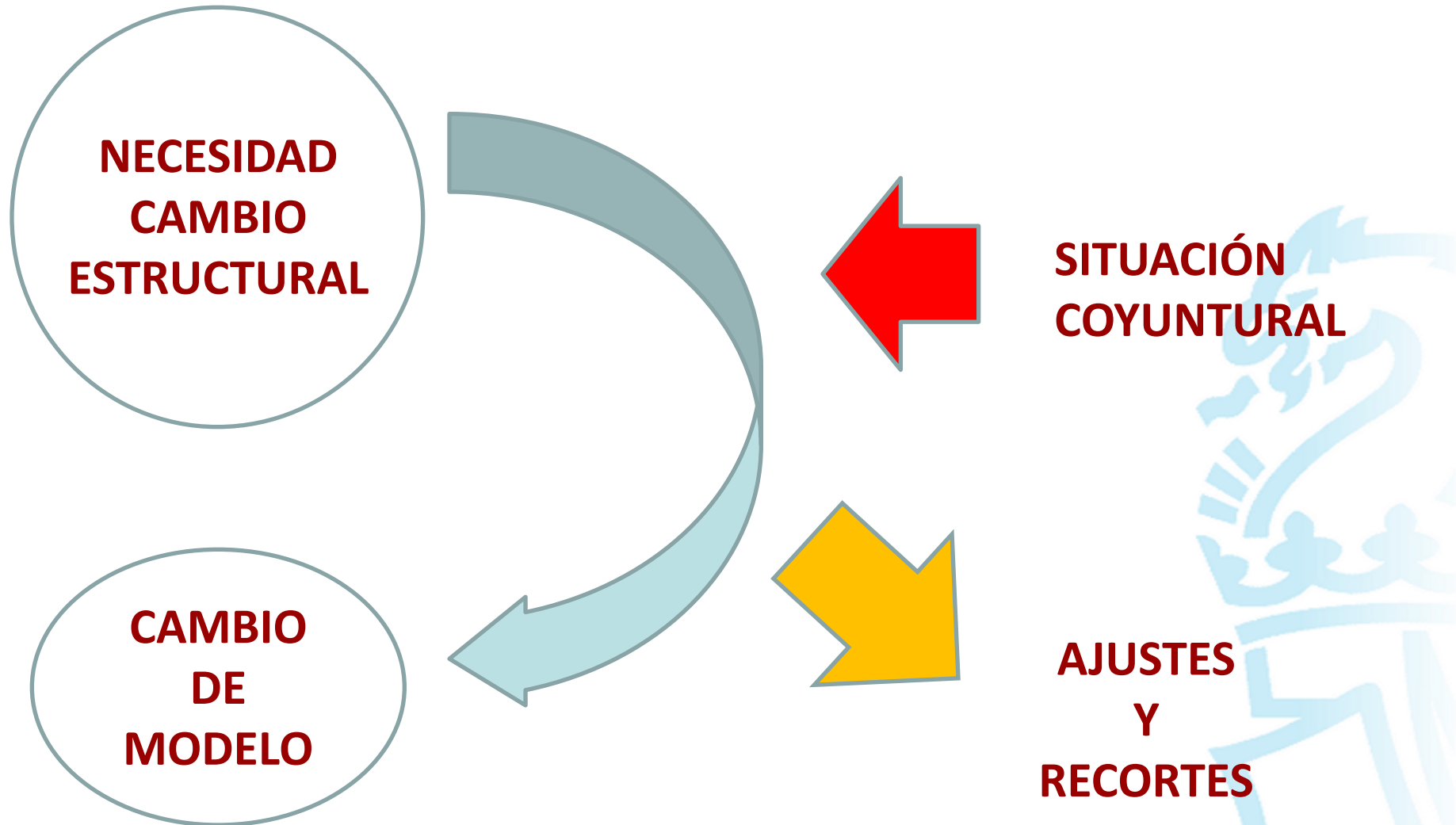


Proveedores

Organización Sanitaria

- Es el momento de pararse a reflexionar **cuáles son las necesidades reales** de la población en materia de infraestructuras, equipamiento y asistencia sanitaria atendiendo a las necesidades de los ciudadanos.
- En este sentido, **la contención de costes innecesarios o evitables** es la máxima que domina hoy en día todas las estrategias de salud

Situación sanidad española

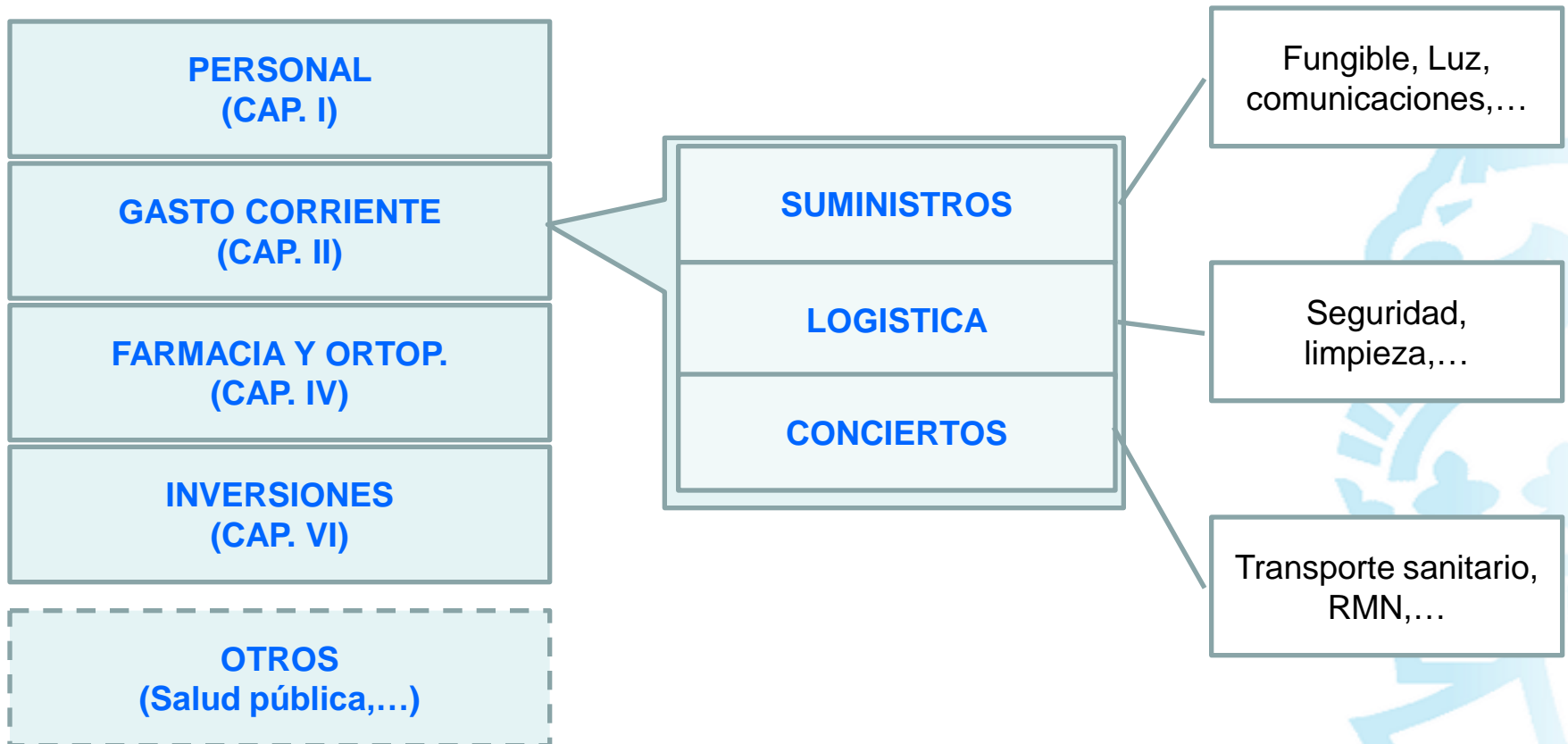


MEDIDAS DE IMPACTO DEL CONSEJL PARA LA ESTABILIDAD PRESUPUESTARIA DE LA GENERALITAT VALENCIANA

CapAvant 2012



Composición del gasto sanitario



- **Disminución de 2 D.G.**
- **Disminución de cargos de libre designación (32)**
- **Adecuación retribuciones de equipos directivos**
- **Contención del gasto en sustituciones**
- **Reordenación guardias hospitalarias**
- **Optimización de la Atención Continuada**



- **Optimización de camas hospitalarias**
- **Contención del gasto en inversiones**
- **Contención del gasto en infraestructuras**
- **Eliminación Plan de choque quirúrgico**
- **Contención de la actividad derivada a Centros Privados.**
- **Contención del gasto en prótesis**
- **Uso racional del fármaco y nuevos modelos de gestión**

- **Disminución gastos de funcionamiento: mat sanitario y no sanitario, telefonía, dietas, locomoción, prensa , publicaciones , caja fija, etc**
- **Eliminación de subvenciones**



Cap Avant (enero-septiembre 2012)

Ahorro: 358.023.000 €





LAS CONCESIONES ADMINISTRATIVAS SANITARIAS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA



Colaboración público-privada: el modelo concesional

EL TERRITORIO DE REFERENCIA



DEPARTAMENTO DE SALUD (Año 2011)	Población Capita total	Prima global	Total Asignación capitativa (capita total)
1-VINARÒS	87.256	1.253,08	109.338.699,16
2-CASTELLÓ	271.510	1.194,08	324.205.386,83
3-LA PLANA	183.967	1.227,30	225.782.442,46
4-SAGUNTO	145.187	1.260,50	183.008.668,70
5-VALENCIA CLINICO	326.780	1.167,97	381.669.692,02
6-VALENCIA ARNAU DE VILANOVA	291.820	1.192,63	348.032.787,36
7-VALENCIA LA FE	186.635	1.190,90	222.263.504,92
8-REQUENA	48.289	1.342,20	64.813.168,95
9- CONSORCIO HOSPITAL GENERAL	345.784	1.167,13	403.573.499,69
10-VALENCIA DR PESET	349.203	1.176,84	410.956.199,50
11-LA RIBERA*	255.092	619,88	158.126.428,96
12-GANDIA	176.371	1.201,86	211.973.931,66
13-DENIA*	159.862	619,88	99.095.256,56
14-XÀTIVA-ONTINYENT	195.907	1.222,20	239.437.300,82
15-ALCOI	135.507	1.252,56	169.730.769,78
16-VILA-JOIOSA	170.128	1.177,50	200.325.219,25
17-ALICANTE - SAN JUAN	203.913	1.164,85	237.527.945,01
18-ELDA	188.949	1.192,59	225.338.273,03
19-ALICANTE	254.622	1.159,34	295.192.552,58
20-ELX	154.456	1.161,55	179.407.818,86
21-ORIHUELA	160.301	1.103,71	176.926.754,57
22-TORREVIEJA*	172.647	619,88	107.020.422,36
23 – MANISES*	193.474	619,88	119.930.663,12
24 – ELX-CREVILLENT *	149.757	619,88	92.831.369,16

*Para el caso de las concesiones administrativas en el cálculo del importe de la prima se excluyen los conceptos relativos a oxigenoterapia ambulatoria, prótesis, transporte sanitario y la farmacia expedida en oficinas farmacéuticas.

Colaboración público-privada: el modelo concesional

CUADRO-RESUMEN CONCESIONES EN LA C.V.

	LA RIBERA	TORREVIEJA	DENIA	L'HORTA MANISES	ELX-CREVILLENT
Inicio de la prestación	1 abril 2003	16 octubre 2006	1 febrero 2009	7 mayo 2009	1 junio 2010
Objeto del contrato	Prestación de servicios de atención sanitaria integral (Primaria y Especializada) en el ámbito geográfico del Departamento				
Prima per cápita	Idéntica para todas las concesiones				
Coef. Transferencia servicios	80%	85%	85%	85%	84%
Plan de inversiones	68 mill. € + pago Hospital (72 mill. €)	96 mill. €	113 mill. €	137 mill. €	146 mill. €

Colaboración público-privada: el modelo concesional

5 ÁMBITOS

TERRITORIAL: geográfico del Departamento de Salud

OBJETIVO: Servicio Público -La asistencia sanitaria integral (primaria + esp. excluye: recetas de farmacia, prótesis, transporte sanitario y oxigenoterapia)

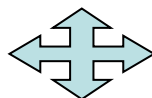
SUBJETIVO: población protegida (personas que cada día del año tengan asignado médico de A. P. dentro del ámbito de la concesión)

TEMPORAL: 15 años prorrogables hasta 20

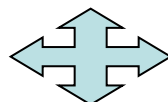
GESTIÓN: papel del "Comisionado"

EN SÍNTESIS, EL MODELO SE BASA EN:

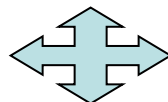
INTEGRACIÓN ASISTENCIAL (Especializada y Primaria)



FINANCIACIÓN CAPITATIVA



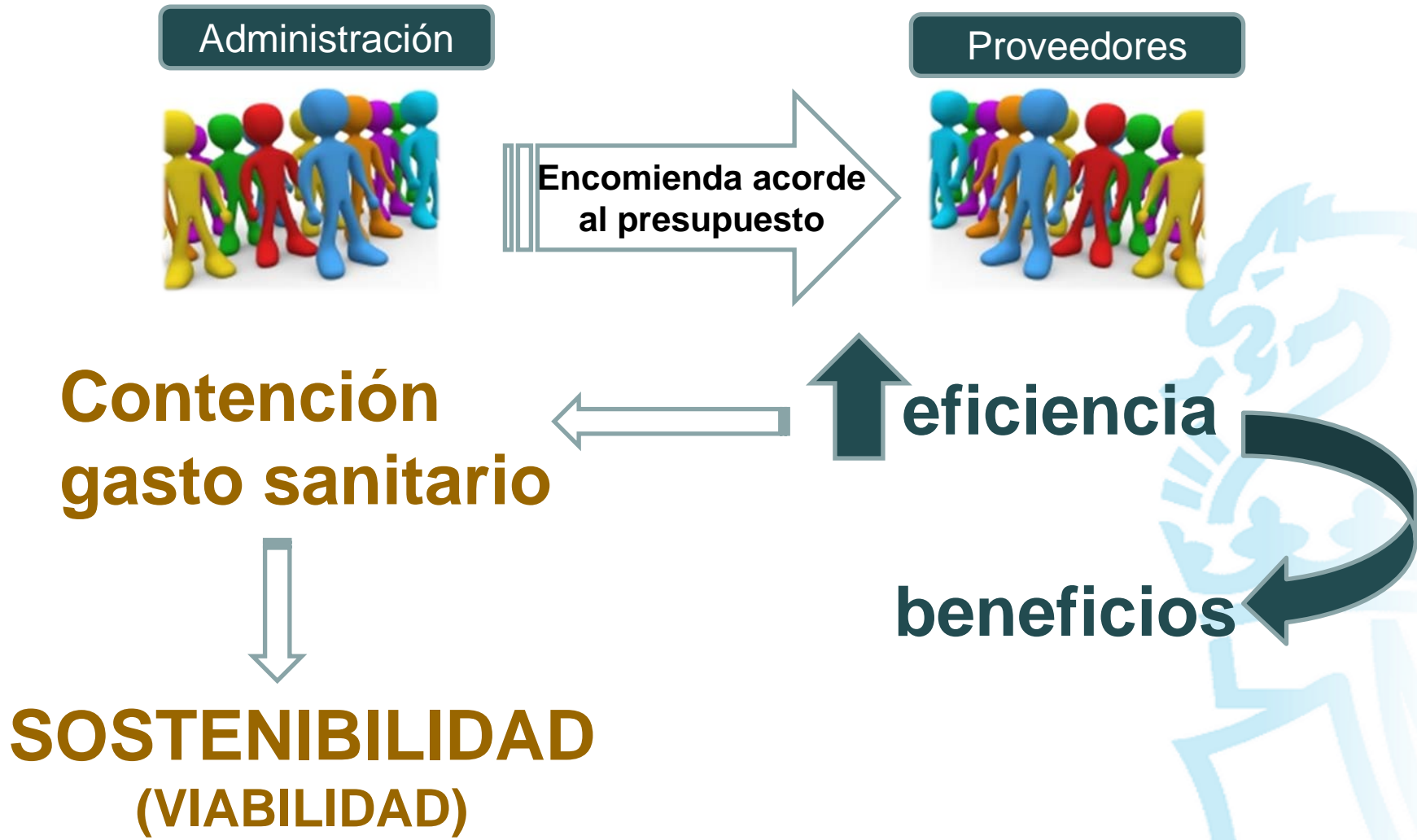
FACTURACIÓN INTERCENTROS (COMPENSACIÓN)



SISTEMAS DE INFORMACIÓN

EL DINERO SIGUE AL PACIENTE

Colaboración Público-Privada



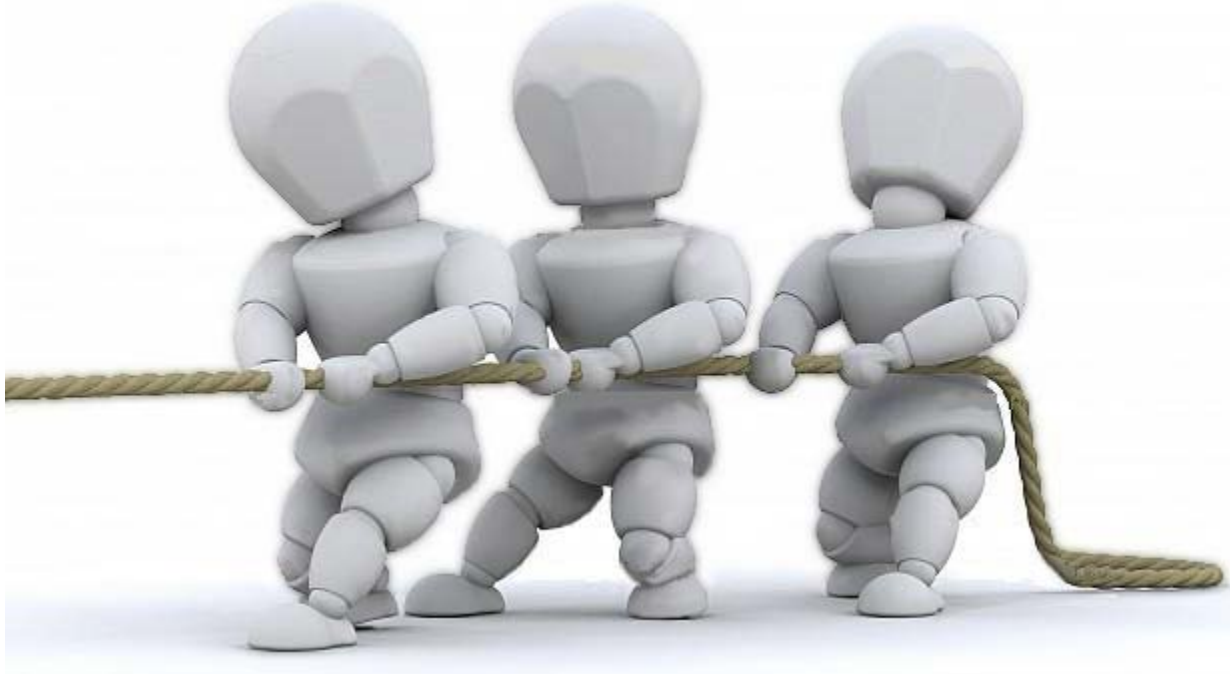
Claves del éxito

**No competir
contra el
Sistema
(fundirse en él)**

**Promover
La salud**

**Ser
eficiente**

Colaboración Público-Privada



Socios



El nuevo modelo de gestión sanitaria

(presentado en el Pleno del Consell de 28-9-2012)



Nuevo modelo: objetivos

- 1.-Mantener la **CALIDAD** del sistema sanitario
- 2.-Garantizar la **SOSTENIBILIDAD** del sistema, asentada en fundamentos económicos-presupuestarios sólidos que lo hagan duradero
- 3.-Reforzar su **COHESIÓN**, la **EQUIDAD** en el acceso a las prestaciones y la **EFICIENCIA** en el funcionamiento de los servicios

Nuevo modelo: principios básicos

- ❑ Gratuita
 - ❑ Universal
 - ❑ Equitativa
 - ❑ Bienestar de los ciudadanos
-
- ❑ Gestión ágil y eficiente
 - ❑ Cumplimiento de objetivos
 - ❑ Incentivación por evaluación del desempeño
 - ❑ Profesionalización de directivos

Nuevo modelo: características



- ✓ **Planificación por la AVS** de las estrategias en salud. Sigue vigente el **Plan de Salud** y todos los planes incluidos en él.
- ✓ Se mantienen los **Acuerdos de Gestión** entre la AVS y la totalidad de departamentos de Salud.
- ✓ La GVA mantiene la **propiedad de todos los inmuebles**.
- ✓ Los **trabajadores** siguen siendo públicos (estatutarios)
- ✓ El **control** lo mantiene la Consellería de Sanidad



- ✓ Acorde al escenario sanitario del **siglo XXI**
- ✓ Introduce elementos dinamizadores propios de **la gestión empresarial** en la actividad diaria del funcionamiento de los centros, consiguiendo una **Administración sanitaria más ágil y flexible**
- ✓ Mejora continua de la **eficiencia**. Profundiza por la **diferenciación retributiva**, objetivos por los que luchar y por los que poder incentivar a los profesionales.

Nuevo modelo: características

- ✓ Preserva la **dependencia orgánica y funcional de la AVS** de todo el personal, aunque permite la incentivación en base a su eficiencia
- ✓ Preserva todo lo relativo a la **Investigación**, así como la integridad de las fundaciones públicas hospitalarias
- ✓ No interfiere con la **actividad docente** ni con la **acreditación** de centros.

Nuevo modelo: características

- ✓ Todos los servicios **no** sanitarios se agrupan en proveedores de cada sector y en diferentes **lotes**
- ✓ Se producen **economías de escala** por agrupación de los Departamentos sanitarios en diferentes lotes.
- ✓ Los proveedores son contratados para **mejorar la eficiencia.**



Nuevo modelo: características

5 aspectos relevantes

1 Agrupación de **servicios generales**
(aprobado el inicio por el Consell el 2.11.12)

2 Establecimiento de una **central logística valenciana**

3 Estrategia de la gestión: **apoyo a la gestión y modelo de incentivos**

4 Gestión compartida en **servicios complementarios**

5 Creación de una **comisión mixta** del modelo de gestión compartida

Ámbito de aplicación

Incluye:

- A los **18 Departamentos de Salud** de gestión directa



Excluye:

- A los 5 Departamentos de Salud en modelo de concesión administrativa «modelo Alzira»
- Departamento Consorcio Hospital General Valencia (nuevo modelo de CCPP art. 11 de la LCSP)
- Al Consorcio Provincial de Castellón

1.- Agrupación de servicios generales

Objetivo:

- 1.-agrupación de la **gestión de los servicios** de todas las instalaciones sanitarias y no sanitarias (seguridad, restauración, lencería y lavandería, mantenimiento, equipamiento, residuos sanitarios)
- 2.-**Explotación** locales comerciales, máquinas expendedoras y cafeterías-bar y comedor.

1.- Agrupación de servicios generales

- Es el **primer** contrato de:
 - 1.-gestión **integral horizontal** (varios hospitales) y
 - 2.-gestión **vertical** (todos los servicios)del sector público sanitario en España



2.- Establecimiento de una central logística valenciana

- **Objetivo:** Ampliar el volumen de adquisiciones de la central de compras de la C.S. e implantar una central logística para la distribución a los puntos de consumo de todos los productos sanitarios incluidos los farmacéuticos
- **Implantación:** progresiva por fases

2.- Establecimiento de una central logística valenciana

Ventajas del proyecto

1.-Homologación definitiva de productos

2.-Minoración de stocks

3.-Precios de compra mas bajos

4.- Optimización de RRHH

5.-Optimización de recursos materiales y espacios disponibles

3.-Estrategia de la gestión: modelo de incentivos

- Naturaleza jurídica: Contrato de servicios de soporte a la gestión sanitaria
- Objetivo: Proporcionar a los equipos directivos las herramientas necesarias para mejorar la **calidad** y la **eficiencia** de la asistencia racionalizando el gasto sanitario

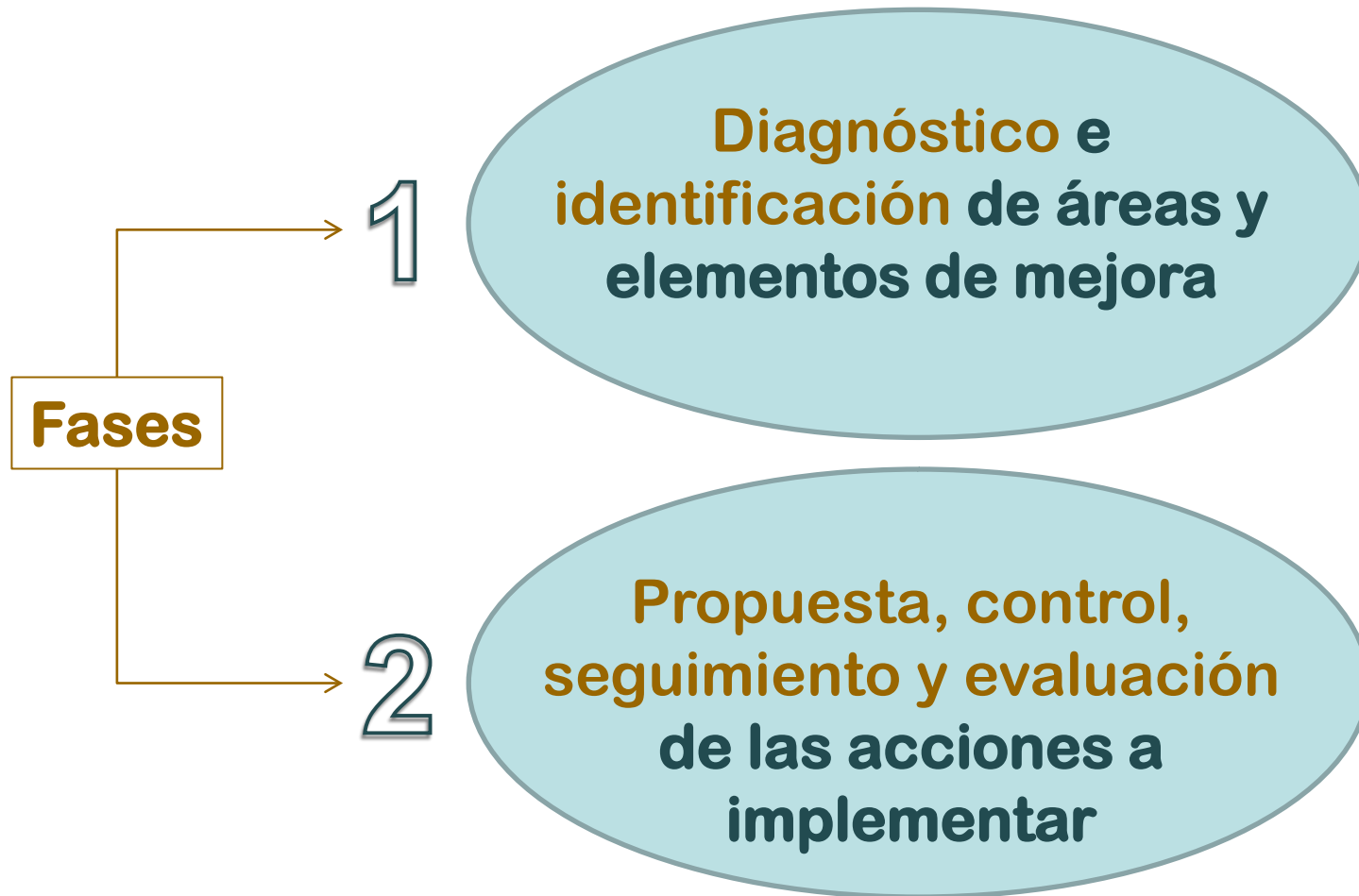
3.-Estrategia de la gestión: modelo de incentivos

Fases:

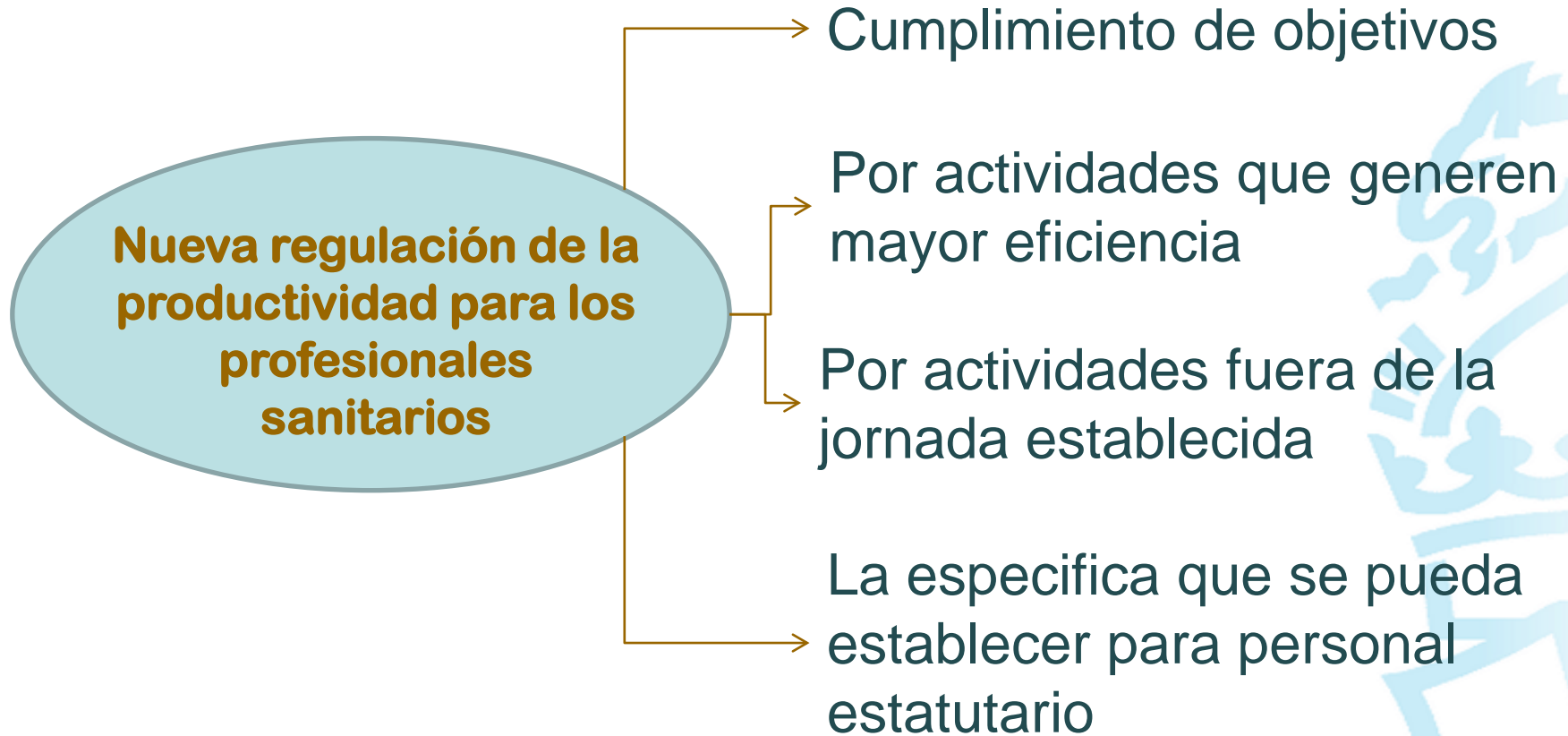
- **1.-Diagnóstico e identificación de áreas y elementos de mejora**
- **2.- Propuesta, control, seguimiento y evaluación de las acciones a implementar**



3.-Estrategia de la gestión: modelo de incentivos



3.-Estrategia de la gestión: modelo de incentivos



3.-Estrategia de la gestión: modelo de incentivos



4.- Gestión compartida en servicios complementarios

Objetivo: revisión global a la baja de contratos de gestión de servicios públicos de prestación sanitaria de carácter transversal

- 1.- Transporte sanitario
- 2.- Ventiloterapia y terapia respiratoria
- 3.- Hemodiálisis
- 4.- Resonancias magnéticas
- 5.- Imagen médica

4.- Gestión compartida en servicios complementarios

5.-Imagen médica: Se digitalizará la imagen médica, pasando de un modelo disperso (cada centro gestiona su modelo) a un modelo centralizado y homogéneo.

5.- Creación de una comisión mixta del modelo de gestión compartida

Ámbito y composición:

- 1.-Actuará en el ámbito de cada uno de los lotes
- 2.-Compuesta por la Gerencia de los Departamentos de salud, el adjudicatario de servicios generales, logística y desarrollo estratégico.

Funciones: Consultivas, de integración y asesoramiento

Ahorros previstos

178 millones de euros en el 2013

1.745 millones de euros en 10 años



Cómo nos va a influir este nuevo modelo de gestión?

Los ciudadanos

Tendrán los mismos derechos y deberes como paciente

- Seguirán sin pagar nada por su asistencia
- Seguirán teniendo los mismos profesionales sanitarios
- Seguirán teniendo sus mismos centros de salud y hospitales
- Seguirán teniendo las mismas prestaciones sanitarias

Tendrán garantizada la **calidad** y **gratuidad** de su atención sanitaria

Los profesionales

- Seguirán perteneciendo **orgánica y funcionalmente** a la AVS
- Seguirán siendo personal **estatutario o funcionario**
- No perderá ninguno de sus **derechos laborales**
- Se regirá por la misma **normativa** vigente, horario y calendario laboral
- Tendrá los mismos **representantes** sindicales
- Tendrán la capacidad de aumentar sus **retribuciones** en función de la evaluación de su desempeño y consecución de objetivos.

No cambiarán su **estatus laboral** y tendrán mas diferenciación retributiva

Reflexiones sobre el nuevo modelo de gestión sanitaria



Reflexiones

- **NO** es un modelo privatizador
- La gestión sanitaria permanece en **dependencia** directa de la Agencia Valenciana de Salud
- Se introducen elementos coyunturales y estructurales para la **mejora** de la eficiencia y la sostenibilidad del sistema sanitario

Cita de William George Ward

“El pesimista se queja del viento, el optimista espera que cambie, el realista ajusta las velas”

Gracias

soriano_fra@gva.es



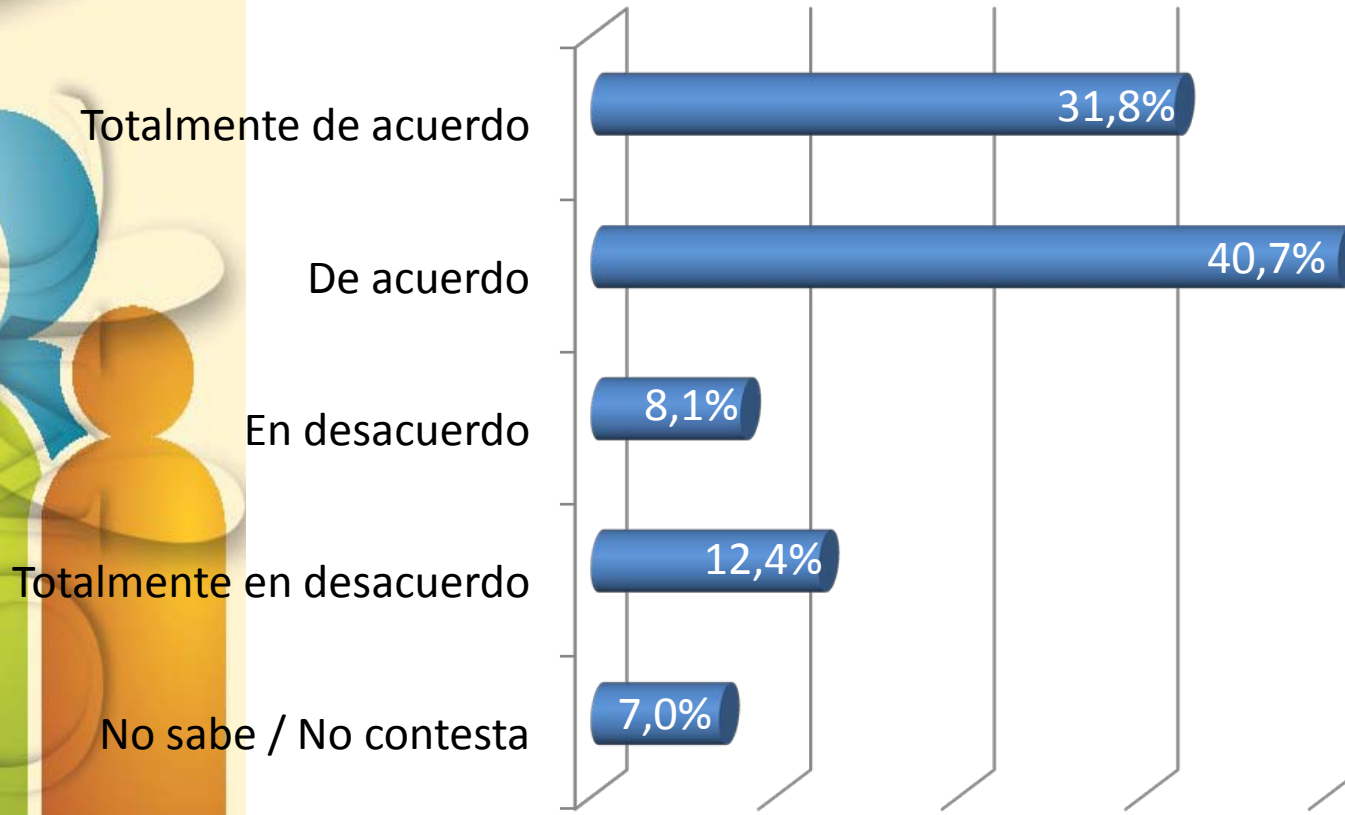
Preguntas Mesa 6:

Nuevos Modelos de Gestión Sanitaria





1.- ¿Estaría de acuerdo en implementar formulas de autogestión en el ámbito de Atención Primaria?





2.- Estaría de acuerdo en implementar formulas de autogestión en el ámbito Hospitalario?

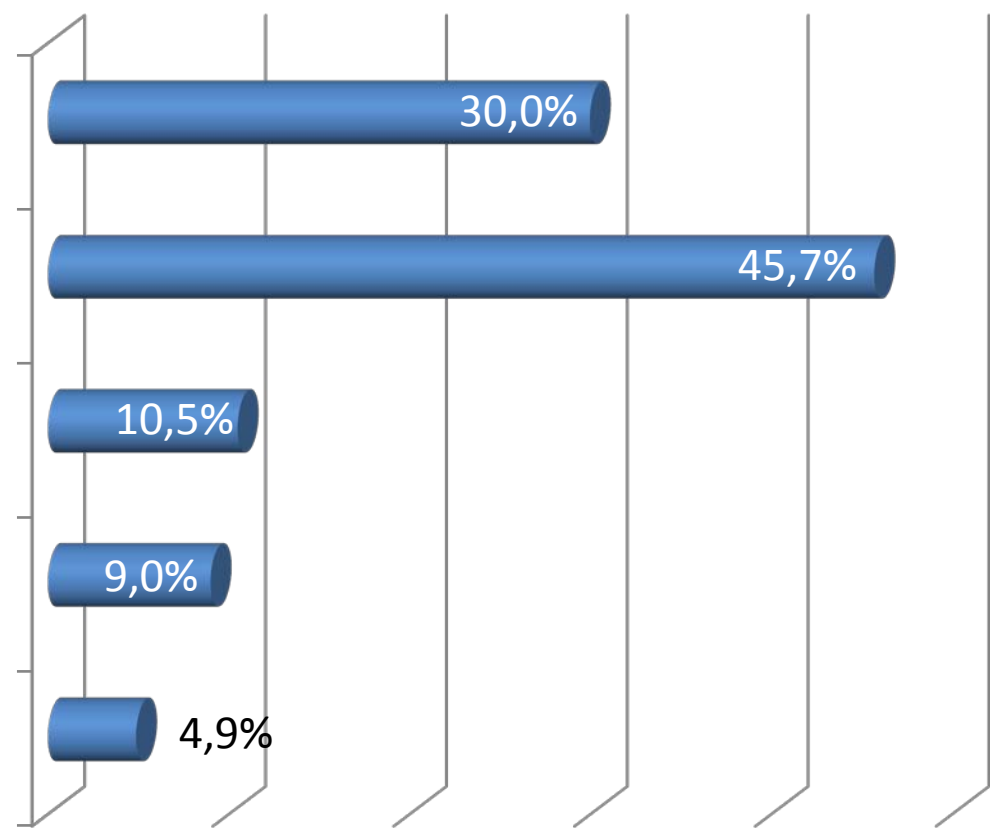
Totalmente de acuerdo

De acuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

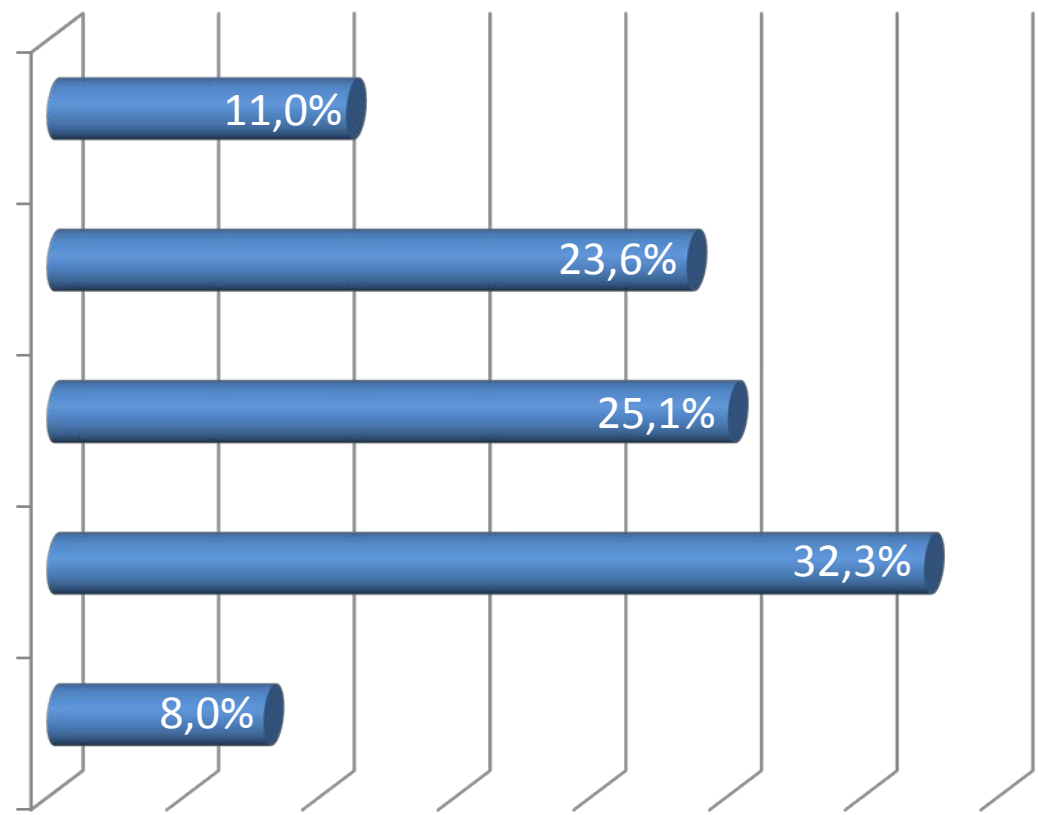
No sabe / No contesta





3.- ¿ Piensa usted que las nuevas formulas ,colaboración público-privada en la construcción de infraestructuras y en la gestión privada de centros y , servicios mantendrá la calidad con un menor coste?

Totalmente de acuerdo
De acuerdo
En desacuerdo
Totalmente en desacuerdo
No sabe / No contesta





4.- ¿Piensa usted que los cambios organizativos que ha supuesto la denominada Área Única como sistema de gestión integral, solo ha perseguido un mayor control , del gasto especialmente en el Capítulo 1 (Recursos Humanos)?

Totalmente de acuerdo

47,1%

De acuerdo

28,0%

En desacuerdo

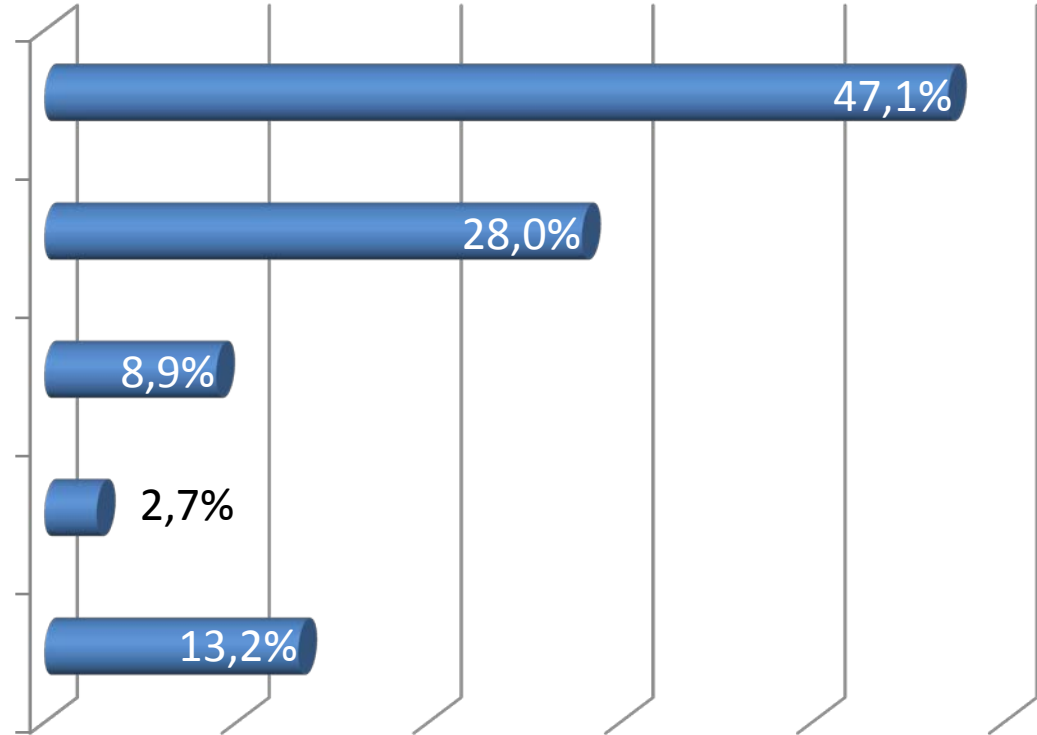
8,9%

Totalmente en desacuerdo

2,7%

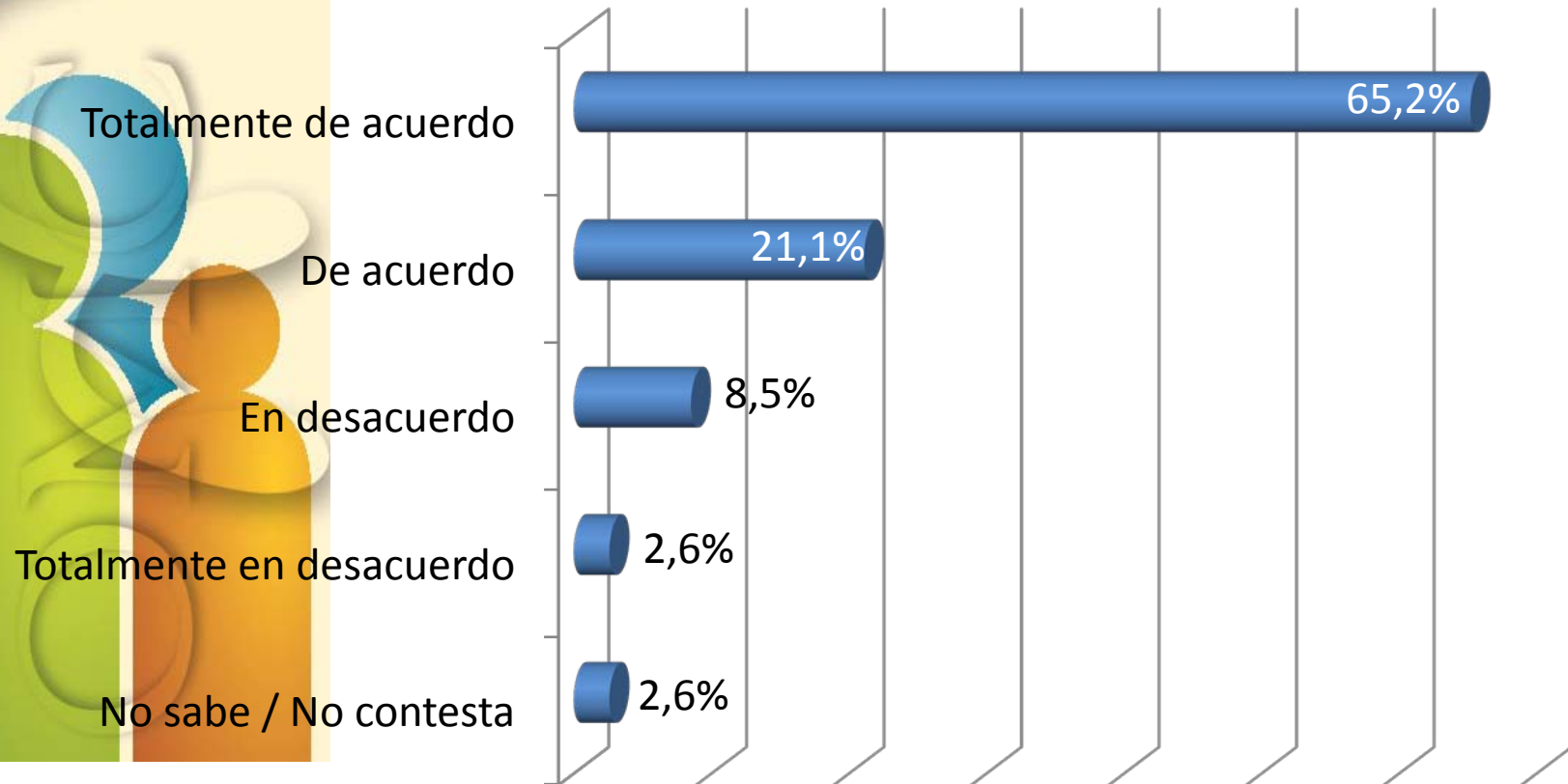
No sabe / No contesta

13,2%





5.- ¿Piensa usted que en vez de privatizar la gestión " sanitaria se deberían promover fórmulas que permitan , desde lo publico ofrecer a los profesionales corresponsabilidad y participación en los resultados?



1. ¿Estaría de acuerdo en implementar formulas de autogestión en el ámbito de Atención Primaria?

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. En desacuerdo
4. Totalmente en desacuerdo
5. NS/NC

2. ¿Estaría de acuerdo en implementar formulas de autogestión en el ámbito Hospitalario?

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. En desacuerdo
4. Totalmente en desacuerdo
5. NS/NC

3. ¿Piensa usted que las nuevas formulas de colaboración público-privada en la construcción de infraestructuras y en la gestión privada de centros y servicios mantendrá la calidad con un menor coste?

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. En desacuerdo
4. Totalmente en desacuerdo
5. NS/NC

4. ¿Piensa usted que los cambios organizativos que ha supuesto la denominada Área Única como sistema de gestión integral, solo ha perseguido un mayor control del gasto, especialmente en el Capítulo I (Recursos Humanos)?

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. En desacuerdo
4. Totalmente en desacuerdo
5. NS/NC

5. ¿Piensa usted que en vez de privatizar la gestión sanitaria se deberían promover fórmulas que permitan desde lo público ofrecer a los profesionales corresponsabilidad y participación en los resultados?

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. En desacuerdo
4. Totalmente en desacuerdo
5. NS/NC



Liderando la Profesión.

*Comprometidos
con la sociedad
y con los médicos.*

Mesa 7:

COLABORACIÓN PÚBLICO – PRIVADA EN EL SISTEMA SANITARIO





Mesa 7



III Convención de la Profesión Médica

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



III Convención de la Profesión Médica

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

Madrid, 16-17 de noviembre de 2012
Hotel Milla Castilla



COLABORACIÓN PÚBLICO - PRIVADA EN EL SISTEMA SANITARIO

Jaume Sellarès
22002jss@comb.cat

La virulencia de la actual crisis económica y su impacto en reducción de los presupuestos públicos, nos encamina a buscar con urgencia nuevas formulas organizativas y de gestión que permitan conjugar la necesaria contención del gasto público con el aumento de los costes que las sociedades modernas deben acometer para hacer sostenible el estado del bienestar.

Es en este contexto que cobra fuerza un concepto bien conocido en las escuelas de negocio, la colaboración entre la Administración pública y la iniciativa privada, como una posible solución a la asfixia inversora de los Gobiernos y la posibilidad de aprovechar las fortalezas de la iniciativa privada.

Podemos encontrar un buen número de definiciones para explicar la participación o el partenariado público-privado (PPP). Una definición ampliamente acogida por diversos autores es la de Klijn y Teisman (2003): *«cooperación entre actores públicos y privados, de carácter duradero, en la que los actores desarrollan conjuntamente productos y/o servicios, y donde se comparten riesgos, costes y beneficios»*. Esta definición es inclusiva y, además, acota el espectro de los PPP, para poder distinguirlos de otros tipos de colaboraciones tradicionales.

Dos elementos son característicos de esta forma de colaboración, por una parte, han de ser proyectos de carácter duradero, de medio y largo plazo, y, por otra, son proyectos donde las partes desarrollan conjuntamente productos y servicios compartiendo costes, riesgos y beneficios. Por tanto, estas características, la duración y la transferencia de riesgos la diferencian de otras fórmulas basadas en la colaboración.

La PPP está recogida en las normas europeas y también en nuestra legislación, abarca todas las formas posibles de colaboración y viene desarrollándose de forma exitosa en amplios sectores de la administración. Su impacto ha tenido un crecimiento casi exponencial en los últimos años, incluso antes de la explosión de la actual crisis económica, no solo en España, sino también en todo el entorno económico mundial.

Existe además un conocimiento académico riguroso de sus bondades y también de sus limitaciones, se han estudiado experiencias de todo tipo, existiendo en la actualidad un sinfín de formatos tanto en lo referente a la responsabilidad de las inversiones como en el riesgo compartido y en todos los ámbitos de la Administración, por ello no es prudente tomar posiciones a favor o en contra de forma general, se debe analizar cada una de las experiencias para poder obtener conclusiones.

La construcción de nuestro actual sistema nacional de salud ha sido posible porque durante muchos años, las inversiones en sanidad, tanto de recursos públicos como privados ha sido una constante, han contribuido además las decisiones de las diferentes Administraciones y el trabajo continuado de generaciones de profesionales que en un entorno de crecimiento

continuado y casi siempre por encima del IPC han conformado un sistema sanitario de calidad, que resiste la comparación de indicadores de resultados con nuestro entorno europeo y con la asignación de un porcentaje austero de nuestro PIB.

La actual situación de crisis económica ha precipitado la crisis de la sostenibilidad que ya era preocupante por razones demográficas especialmente y de impacto de las nuevas tecnologías. Estamos pues ante una situación radicalmente nueva, la restricción presupuestaria y el compromiso de mantener al máximo nuestras prestaciones y especialmente la calidad del sistema.

La sanidad siempre ha sido por su alto volumen de recursos un motor económico en sí mismo, por la ocupación que genera de forma directa e indirecta, especialmente por su alta especialización, por su capacidad de generar innovación, pero también por contribuir a la mejora de la salud y el bienestar de los ciudadanos y por su efecto redistributivo y de cohesión social.

En los últimos años, incluso antes de la explosión de la actual crisis, los proyectos de PPP han crecido de forma casi exponencial, tanto en las Comunidades Autónomas como en los contratos del Estado, algunos han tenido una amplia difusión, en sanidad, son especialmente conocidos el llamado modelo Alcira, iniciativa de la Generalitat Valenciana para la construcción, equipamiento y gestión de amplias zonas del territorio y la construcción de nuevos Hospitales en la Comunidad de Madrid.

Pero la lista de proyectos estatales y autonómicos de PPP es muy amplia y abarca prácticamente todos los campos de la salud, la construcción de todo tipo de equipamientos, la gestión integral de provisión de servicios de salud de un determinado territorio, la inversión en alta tecnología que por su rápida caducidad comprometen su amortización, la investigación y la innovación con la creación de Institutos y Centros de excelencia investigadora, la consultoría, la salud pública y la prestación de servicios farmacéuticos por citar algunos ejemplos de experiencias de PPP.

Para el análisis de las múltiples experiencias de PPP de nuestro entorno en la sanidad, debemos huir de apriorismos basados en concepciones ideológicas y adentrarnos en el análisis en profundidad de una colaboración que es necesaria, que es creciente y que tiene aun muchas posibilidades de avanzar, que tiene límites y riesgos y que debe evaluarse con transparencia y rigor.

Los médicos y las organizaciones profesionales, en tanto que actores imprescindibles para el éxito de la sanidad, deben velar activamente para que este trasvase de riesgo entre la Administración y la iniciativa privada que se produce en los proyectos de PPP, no ponga en riesgo los valores de nuestra profesión.

Las complejas organizaciones sanitarias actuales, son empresas que gestionan conocimiento del que en buena parte somos responsables los médicos, quizá deberíamos tomar mayor protagonismo y poner en valor este conocimiento trasladando la innovación que generamos en la asistencia, la gestión, la investigación y la docencia a experiencias concretas de PPP con un mayor protagonismo, implicación i liderazgo profesional de los médicos.



III Convención
de la **Profesión**
Médica



7ª MESA

Madrid 17 de Noviembre 2013

COLABORACIÓN PÚBLICO – PRIVADA EN EL SISTEMA SANITARIO

José-Manuel Freire

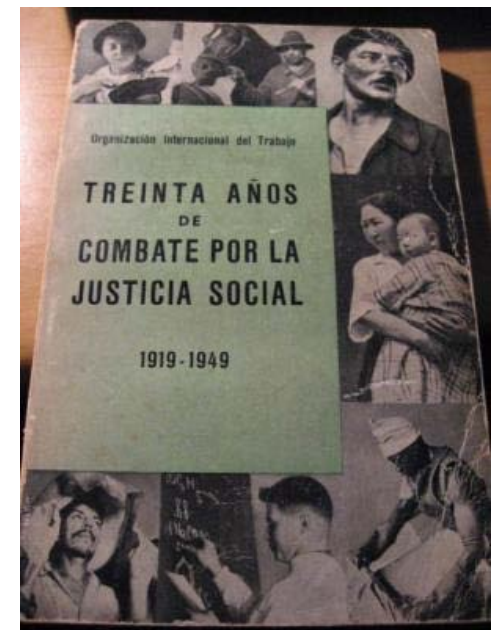
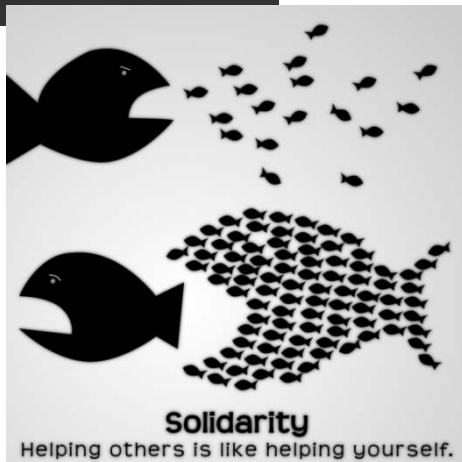
Jefe del Departamento Internacional
. Escuela Nacional de Sanidad

Los valores de la sanidad pública

- Solidaridad

- Justicia social-equidad

Modelo
de
sociedad



Preferencias ideológicas ...

FALLOS DE MERCADO

- Justifican la intervención pública
- La izquierda los enfatiza
- La ideología liberal cuestiona muchos de estos fallos

FALLOS DEL ESTADO

- Cuestionan efectividad de intervención pública
- La derecha los exagera
- La Ideología socialdemócrata les está prestando creciente atención

Taxonomía de lo público-privado en sanidad

Público		Instituciones ' <i>sin dueño</i> '	Privado	
Estado gestión directa integrada	Publico gestión por ente instrumental		Sin finalidad de lucro	Comercial (finalidad lucro)

*Ref. Mintzberg. Managing Government Governing Management. HBR 1996-96306

Público – Privado en sanidad: 2 temas

1. Financiación y Aseguramiento

2. Provisión - producción – prestación de servicios sanitarios



Público vs Privado en sanidad

Financiación-Aseguramiento

- La financiación y el aseguramiento público, por impuestos y seguridad social es el estándar de todos los países desarrollados.
- Preguntas :
 - ¿Libera el aseguramiento privado complementario presión al sector público?
 - **Probablemente. Pero sus beneficios en modo alguno compensan sus no compensan los costes.**
 - ¿Es razonable apoyar con exenciones fiscales el aseguramiento privado?
 - **No, por injusto e insolidario.**

Público vs Privado en sanidad

Producción-provisión de servicios sanitarios

- *¿Es la provisión privada de atención especializada más eficiente que la pública?*
 - La evidencia internacional muestra claramente que no
 - Factores a tener en cuenta:
 - Producción compleja y acoplada: dificultad de comparar
 - Más barato no es más eficiente (menor coste a efectividad-calidad igual)
 - Funciones de docencia e investigación
 - Características del paciente que permite discriminar costes no recogidos en el case mix
 - Aspectos estratégicos y de medio plazo (“captura por el proveedor” y demanda inducida por la oferta)
 - En España no hay datos suficientes como para comparar lo comparable

There have been many studies comparing for-profit and not-for-profit health care in the US. **For-profit care is nearly always more expensive and often of lower quality.** Indeed, logic and common sense would suggest the same conclusions even without the growing empirical evidence.

Unless we believe, without any evidence whatsoever, that for-profit organizations have some secret of efficient operation not known to the not-for-profits, it makes no sense to suppose that, given the same payment system and the same patient population, the for-profit organizations can provide similar services while still extracting their profits and business costs from the system.

Sostenibilidad Sanitaria: Componentes

Sostenibilidad Externa

1. Económica – fiscal
2. Social-política
3. Sanitaria (Salud

Sostenibilidad Interna

Del propio sistema sanitario:

1. Equidad
2. Calidad
3. Productividad y Eficiencia

¡Buen gobierno!



Reflexiones finales

- Importancia de tener clara la pregunta: ¿Cómo hacer sostenible la sanidad pública?
- Los sistemas sanitario públicos están basados en valores de solidaridad y justicia social: son un componente clave del modelo de sociedad
 - La batalla de los valores es clave en un contexto neoliberal que reduce del papel del Estado y ve a los servicios públicos como actividad comercial lucrativa a privatizar
- Es necesario reformar lo que no funciona para mantener y fortalecer la sanidad pública y el Estado de Bienestar;

Colaboración Público-privada en el Sistema Sanitario

Juan Abarca Cidón



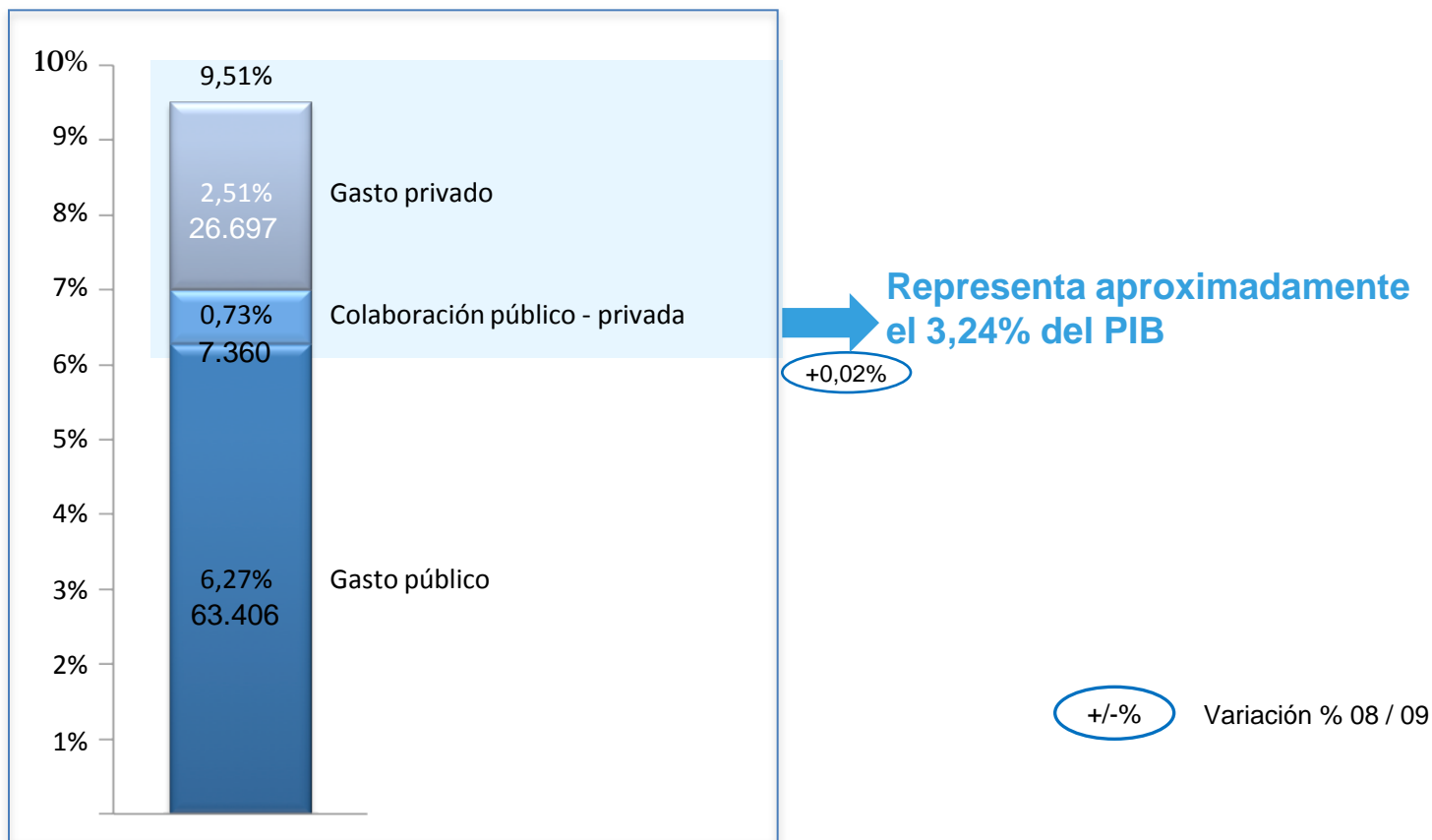
Instituto para el Desarrollo
e Integración de la Sanidad



SANIDAD PRIVADA:
aportando valor

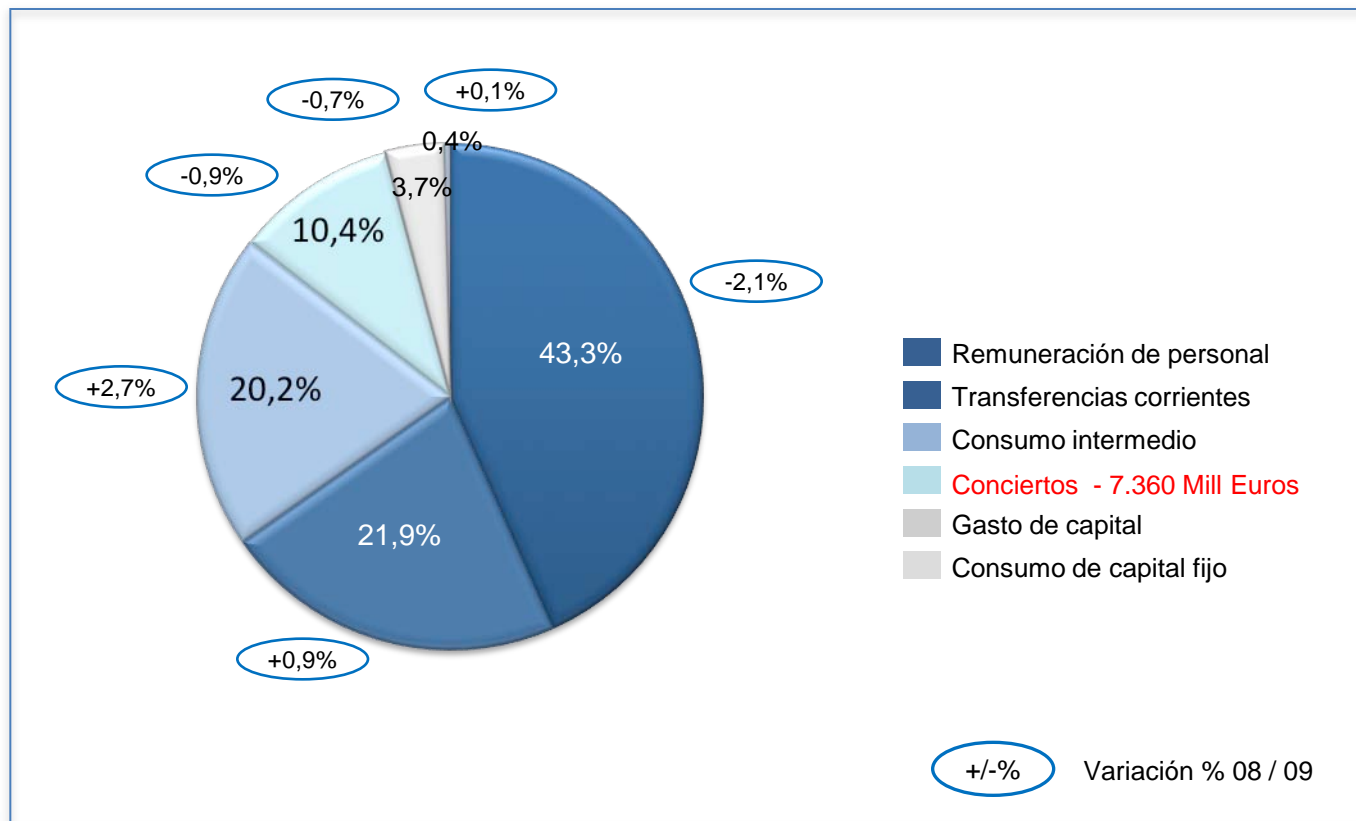
Gasto Sistema Sanitario

Estimación del gasto sanitario privado, y del gasto sanitario público y provisión privada, en % del PIB (% y mill. €). 2009



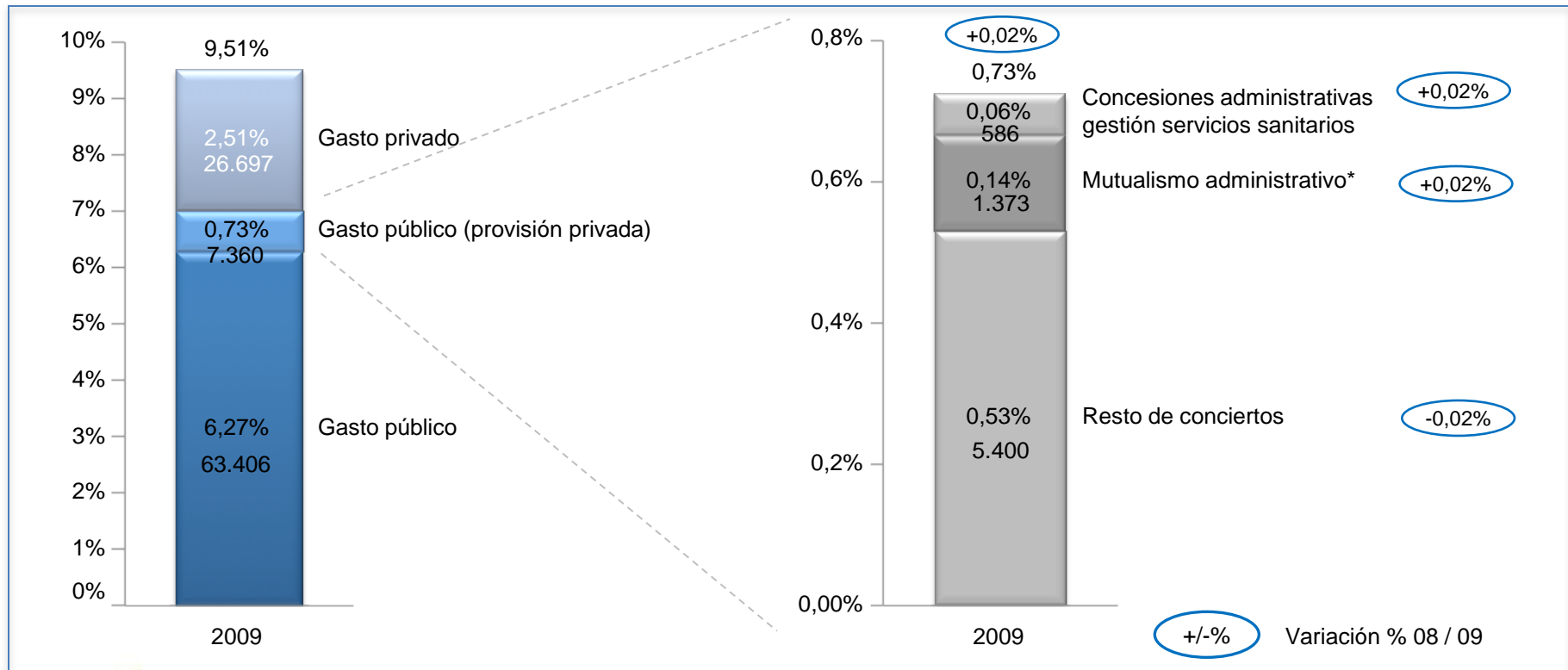
Gasto Sanitario Público

Composición del gasto sanitario público. 2009 - 70.765 mill Euros



Colaboración Público – Privada

Estimación del gasto sanitario público en porcentaje del PIB (% y mill. €). 2009



Colaboración Público - Privada. Conciertos

Los conciertos con la S. Privada suponen un desahogo de las listas de espera y permiten a la S. Pública ofrecer asistencia sanitaria en aquellas zonas geográficas en las que no cuenta con infraestructura suficiente.

Principales tipos de conciertos

- **Conciertos para pruebas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos específico.** Desahogan las **listas de espera** y contribuyen a que la S. Pública cumpla con los decretos que establecen tiempos máximos de respuesta como pruebas de diagnóstico por imagen e intervenciones quirúrgicas, entre otros.
- **Conciertos para determinadas prestaciones sanitarias,** como terapias respiratorias domiciliarias, diálisis, rehabilitación/fisioterapia, logopedia, etc.
- **Conciertos singulares,** a través de los cuales los hospitales privados ofrecen asistencia sanitaria a un área poblacional completa en zonas con infraestructura insuficiente

Ahorro en los conciertos

Año 2.011

Precio Medio por GRD

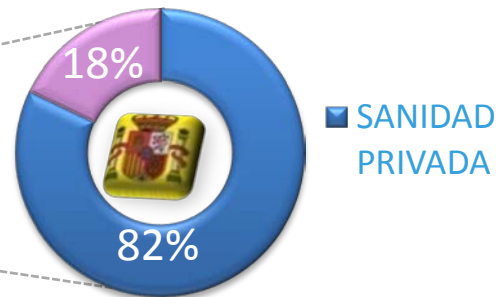
GRD	Episodios	P. Grupo Hospitalario Privado (**)	P. Públicos (*)	%
006 - LIBERACION DE TUNEL CARPIANO	157	698 €	1.698 €	-58,88%
158 - PROCEDIMIENTOS SOBRE ANO & ENTEROSTOMIA SIN CC	467	874 €	1.711 €	-48,93%
160 - PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EXCEPTO INGUINAL & FEMORAL EDAD>17 SIN CC	305	1.228 €	2.540 €	-51,65%
162 - PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA INGUINAL & FEMORAL EDAD>17 SIN CC	522	1.214 €	1.949 €	-37,73%
191 - PROCEDIMIENTOS SOBRE PANCREAS, HIGADO & DERIVACION CON CC	42	8.624 €	12.560 €	-31,34%
222 - PROCEDIMIENTOS SOBRE LA RODILLA SIN CC	934	1.132 €	2.639 €	-57,11%
225 - PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PIE	248	887 €	2.725 €	-67,46%
227 - PROCEDIMIENTOS SOBRE TEJIDOS BLANDOS SIN CC	350	1.052 €	2.606 €	-59,64%
229 - PROC. SOBRE MANO O MUÑECA, EXCEPTO PROC.MAYORES S.ARTICULACION SIN CC	328	752 €	2.499 €	-69,91%
290 - PROCEDIMIENTOS SOBRE TIROIDES	292	2.630 €	3.106 €	-15,33%
818 - SUSTITUCION DE CADERA EXCEPTO POR COMPLICACIONES	135	5.846 €	9.534 €	-38,69%
867 - ESCISION LOCAL Y EXTRAC. DISPOS. FIJACION INTERNA EXCEPTO CADERA Y FEMUR, SIN	504	818 €	3.127 €	-73,84%

(*) Precios Públicos por la prestación de los servicios y actividades de naturaleza sanitaria de la red de centros Comunidad Autónoma

(**) Precios Privados por todos los gastos facturados incluyendo honorarios médicos y prótesis.

Colaboración Público – Privada. Mutualidades

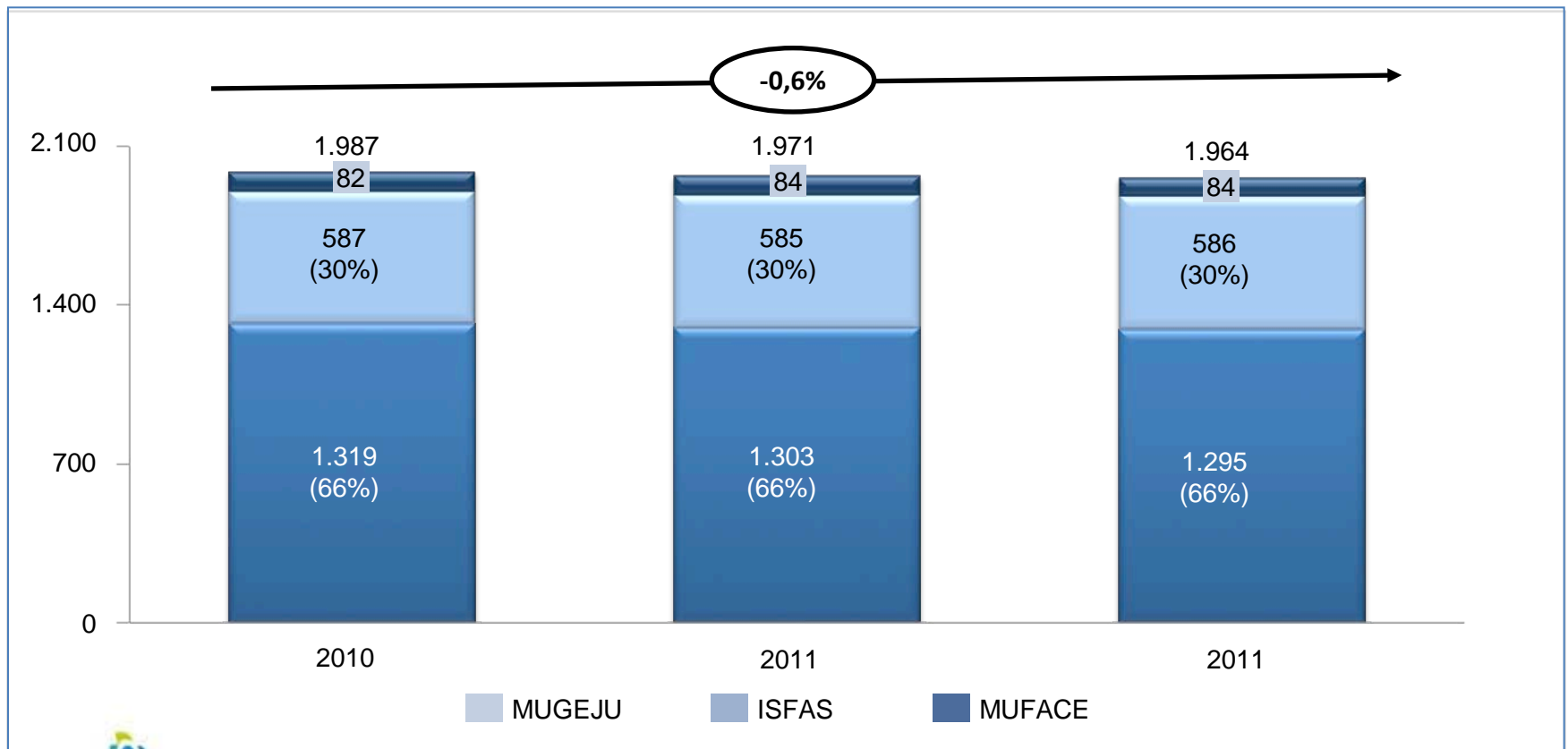
ASEGURADOS PUBLICOS:
1.971.362



- El funcionario devenga unas cuotas para el pago de la mutualidad y elige entre el sector público y el sector privado
- El estado paga a la aseguradora por cada ciudadano que elige el sistema privado y asume los costes con las mismas prestaciones que el sistema sanitario público excepto la medicación ambulatoria con independencia de donde se realice la asistencia. Aunque mayoritariamente se utiliza la provisión privada, en ocasiones excepcionales se utiliza la provisión pública.
- 2,2 millones de funcionarios públicos eligen cada año entre sistema privado y sistema público con las mismas prestaciones que la sanidad pública suponiendo un ahorro 40% con respecto al coste per cápita del sistema gestionado por la administración pública.
- Sistema infravalorado por la administración que esta en grave riesgo de desaparecer por la infrafinanciación del sistema. Nueva renovación para el 2011.

Colaboración Público – Privada. Mutualidades

Evolución del número de mutualistas (miles de asegurados) 2010 - 2012



Colaboración público-privada. Mutualidades - Aseguradoras

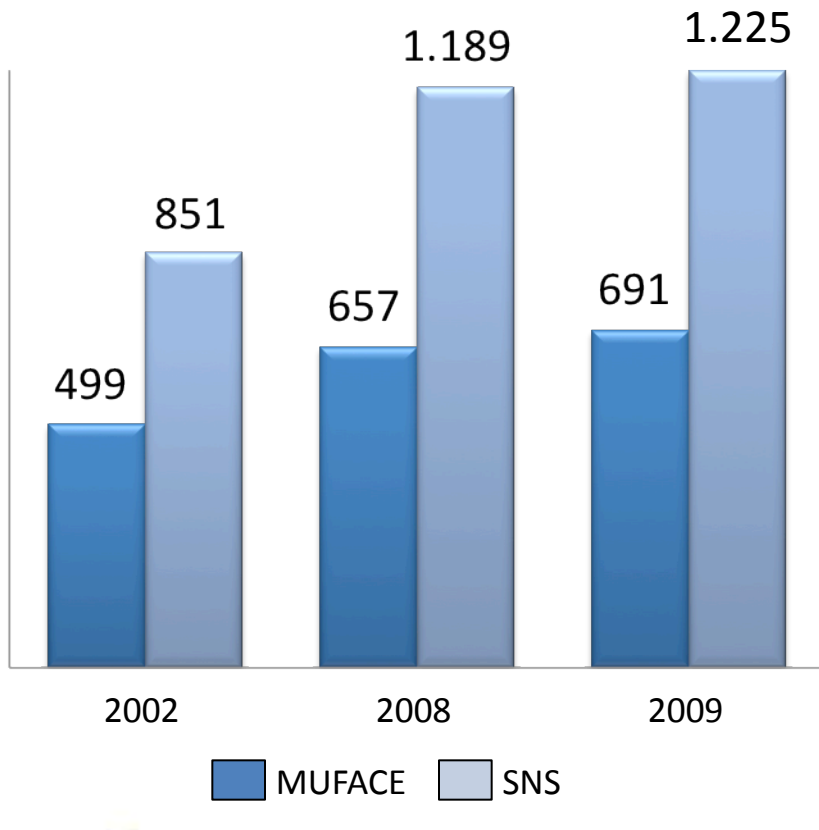
En 2012, las mutualidades suscribieron conciertos de asistencia sanitaria con un total de 7 entidades aseguradoras

	Adeslas	Asisa	DKV	Caser	MAPFRE	IMQ	Sanitas
MUFACE	X	X	X			X	X
ISFAS	X	X					
MUGEJU	X	X	X	X	X		X

Colaboración Público – Privada. Mutualidades

- Ahorro

Evolución de la Prima Media Anual

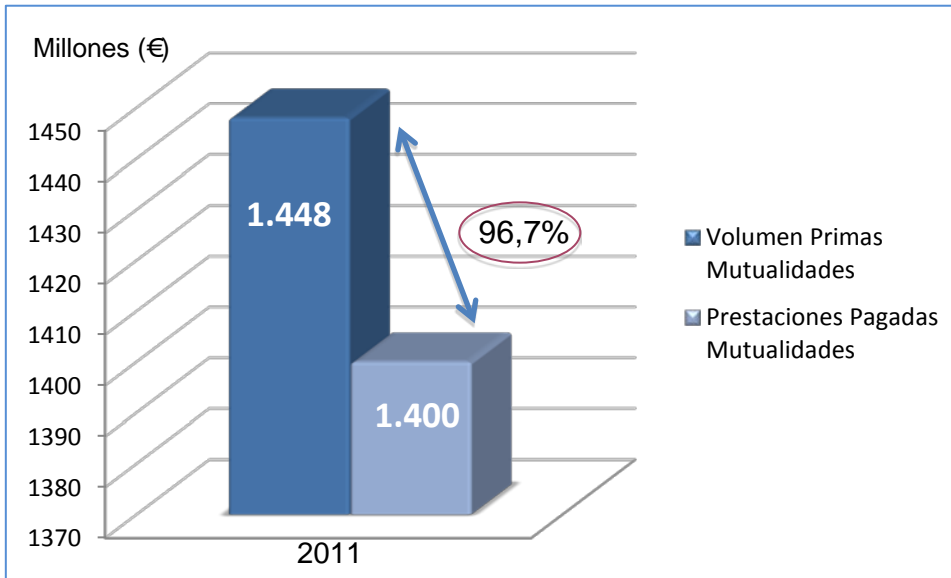


El crecimiento de la prima MUFACE del 39% fue inferior al 44% del Gasto del SNS en el periodo 2002-2009.....

Colaboración Público – Privada. Mutualidades

- Siniestralidad

Siniestralidad de las mutualidades



... la siniestralidad de los mutualistas, sin repercutir los gastos de estructura de las aseguradoras, ascendió al 96,7% de la prima.

Colaboración público–privada. Concesiones

Asociación entre el sector público y el sector privado para diseñar, financiar, desarrollar, construir y operar proyectos de infraestructura sanitaria a través de un contrato de concesión, con las siguientes características

- 1 Permite dar respuesta a la insuficiencia financiera de la Administración Pública ofertando una solución sanitaria en la que la administración controla y limita todos los resultados
- 2 Transfiere al sector privado el riesgo de la construcción y la puesta en marcha de las infraestructuras sanitarias que pasado un periodo de años retorna a la administración pública.
- 3 Ofrece soluciones basadas en la innovación y las eficiencias en las gestión del sector privado, llevando estas capacidades al sector público

Colaboración público–privada. Concesiones

Concesiones administrativas que incluyen la gestión sanitaria

Centro	Nº camas	Año apertura
Hospital Infanta Elena	102	2007
Hospital de Torrejón	250	2011
Hospital de Móstoles	260	2012
Hospital Collado Villalba	150	En construcción

Centro	Nº camas	Año apertura
Hospital de La Ribera	301	1999
Hospital de Manises	319	2009

Centro	Año apertura
Laboratorio Central de la Comunidad de Madrid	2010

Centro	Nº camas	Año apertura
Hospital de Denia	132	2006
Hospital de Torrevieja	250	2006
Hospital del Vinalopó	273	2010

Centro	Año apertura
Unidad de Oncología Radioterápica (Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria)	Pendiente de adjudicación



● Hospitales ● Otras concesiones

Fuente: Elaboración propia 2012

Colaboración público–privada. Concesiones

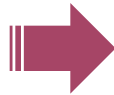
- Ventajas

Administración
Pública



Se trata de un modelo de financiación pública que cuenta con un gasto predefinido y asegurado, suponiendo también una descarga de los presupuestos públicos, ya que a través de este modelo de concesión, se obtiene un coste de al menos un 25% inferior a la media de la gestión pública*.

Profesionales



Este modelo de gestión potencia al profesional, apuesta por la gestión por competencias, y reconoce y premia la carrera profesional.

Ciudadanos



En este caso, el valor de este modelo recae en una mayor accesibilidad a los centros sanitarios, reduciéndose las listas de espera y contando con una mayor amplitud de horarios, recibiendo el ciudadano un trato personalizado y cercano.

Colaboración público–privada. Potencial de ahorro

Potencial de ahorro en los modelos de colaboración público-privada

**Medicamentos, tecnologías médicas,
atención domiciliaria, larga estancia** 25-45 %

Atención primaria 15-25 %

**Servicios clínicos y no
clínicos** 30-45 %

Infraestructura 2-5 %

Fuente: PwC. Diez temas candentes de la Sanidad Española para 2011.
El momento de hacer más con menos. 2011.

Colabora con el sistema público

- Potencial de ahorro. Concesiones

	2006	2007	2008	2009
Coste por habitante en CV	659,53	731,11	780,96	811,74
Tasa anual por habitante pagada al concesionario	494,72	535,39	571,90	597,64
Diferencia %	25%	27%	27%	26%

Nota: No incluye el coste de prescripciones farmacéuticas por receta, prótesis, oxigenoterapia y transporte sanitario

Colaboración público – privada. El Seguro de Salud



En España, el seguro sanitario privado cuenta con 6,9 millones de asegurados que co-pagan voluntariamente su salud

Colaboración público – privada. El Seguro de Salud

- Colaboración máxima

Gasto aseguradora per cápita: 631 €²

Gasto sanitario público per cápita: 1.225 €¹



(1) Dato estimado a partir de la Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público y la población de 2009. No incluye ni el gasto destinado a mutualidades ni la población asegurada por las mutualidades. El gasto per cápita de 1.225 euros no incluye gasto farmacéutico.
(2) Dato estimado a partir de la prima media individual ofrecida por ICEA y las siniestralidad media del sector

Colaboración pública-privada. Integración recursos



En base a todo lo expuesto ...



... el sector sanitario privado es un aliado estratégico del sistema público de salud, siendo la colaboración entre ambos sectores un pilar fundamental para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario español

La sanidad privada es un pilar fundamental para el sostenimiento del sistema sanitario nacional





Instituto para el Desarrollo
e Integración de la Sanidad

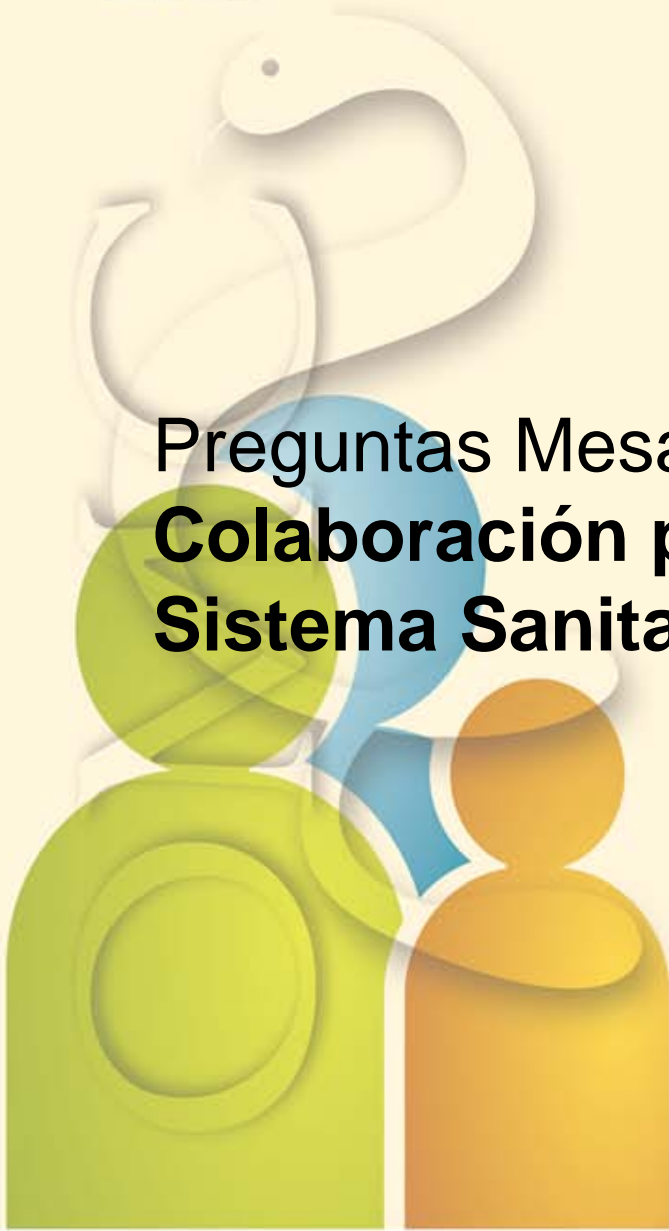


Con el patrocinio de:



Preguntas Mesa 7:

Colaboración público – privada en el Sistema Sanitario



1. ¿Piensa usted que el actual modelo de gestión público-privado de algunas Comunidades Autónomas, con cesión de Centros Sanitarios públicos a empresas privadas pone en peligro los derechos laborales de los profesionales sanitarios?

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. En desacuerdo
4. Totalmente en desacuerdo
5. NS/NC

2. ¿Piensa usted que sería necesario solicitar desde la profesión médica una desgravación fiscal por la contratación de seguros privados para favorecer el uso de esta modalidad de atención sanitaria y disminuir costes al SNS?

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. En desacuerdo
4. Totalmente en desacuerdo
5. NS/NC

3. ¿Piensa usted que siguiendo las experiencias del NHS británico, nadie ha demostrado todavía que en conjunto el uso de la sanidad privada signifique ahorros y mejoras en la sanidad pública?

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. En desacuerdo
4. Totalmente en desacuerdo
5. NS/NC

4. La asistencia privada hasta ahora deja en manos de la asistencia pública ciertas innovaciones tecnológicas, así como ciertos tratamientos complejos. ¿Piensa usted que deberían asumir los mismos riesgos, y ofrecer los mismos servicios ambos sistemas?

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. En desacuerdo
4. Totalmente en desacuerdo
5. NS/NC

5. En el caso de doble opción como el modelo MUFACE y de ser elegido, el modelo privado debería asumir el tratamiento integral sin excepción alguna, como gravedad, edad o lugar de residencia, sin transferencia de riesgos a la asistencia pública

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. En desacuerdo
4. Totalmente en desacuerdo
5. NS/NC



III Convención de la Profesión Médica



Liderando la Profesión.

*Comprometidos
con la sociedad
y con los médicos.*

Mesa 8:

INNOVACIONES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS: RESPONSABILIDAD PROFESIONAL Y ÉTICA.





Mesa 8



III Convención de la Profesión Médica

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



"Innovaciones diagnósticas y terapéuticas: responsabilidad profesional y ética"

En la mayoría de los países industrializados, el gasto sanitario crece por encima de la inflación, y cada año aumenta el porcentaje del Producto Interior Bruto que representa. Aproximadamente el 50% del incremento del gasto sanitario se debe a la incorporación a la práctica clínica de innovaciones diagnósticas y terapéuticas. Eso es inherente al progreso de la Medicina y resulta loable si mejora los resultados clínicos. Sin embargo, no siempre es así; por ejemplo, el coste medio del tratamiento de cada caso de lumbalgia, descontando el efecto de la inflación, se incrementó un 65% entre 1997 y 2005 sin que eso mejorara los resultados clínicos; de hecho, empeoraron.¹

Convencidos de que ya se ha comprobado la efectividad y seguridad de las innovaciones sanitarias que nos ofrecen, los médicos las aplicamos creyendo que así ayudamos mejor a nuestros pacientes. Sin embargo, la realidad es que a la mayoría resulta muy fácil engañarnos, hay tremendos incentivos económicos para hacerlo, y los mecanismos en los que confiamos ya han fallado a menudo, demostrando que es disfuncional la sistemática con la que las autoridades sanitarias de nuestro país (y de otros) deciden qué tecnologías se aplican en la práctica clínica, y cuáles son financiadas con recursos públicos. De hecho incluso actualmente, en plena crisis económica, múltiples ejemplos demuestran que el Sistema Nacional de Salud está costeando ciertas tecnologías ineficaces,² alentando la aplicación de otras en casos concretos en los que aportan más perjuicios que ventajas,^{3,4} y retrasando injustificadamente la generalización de algunas que han demostrado ser eficaces, seguras, efectivas y eficientes, incluso cuando se ha comprobado que su uso es viable, mejora los resultados y genera un ahorro neto de recursos.⁵⁻⁸

A raíz de eso, aproximadamente el 30% del gasto sanitario se dilapida en la aplicación de tecnologías inútiles, o que no deberían aplicarse en los casos en los que se usan.⁹ Sin embargo, en algunos ámbitos el Sistema Nacional de Salud el derroche en tratamientos carentes de fundamento científico ha demostrado alcanzar hasta el 60%.²

Esa situación expone a algunos pacientes a graves perjuicios, derivados de las pruebas diagnósticas o tratamientos que se realizan innecesariamente en su caso, mientras que priva a otros de los tratamientos que necesitan, y además genera un gasto superfluo que resulta insostenible. Por eso, es clínica, ética y económicamente urgente mejorar la sistemática con la que se decide la incorporación de las innovaciones sanitarias a la práctica clínica y su eventual financiación con recursos públicos.

Distintos grupos de investigadores, clínicos y gestores han coincidido en cuáles son las medidas que con ese fin resultan más importantes y urgentes.^{10,11} Esas medidas cuentan con un sólido fundamento científico, han sido elaboradas por grupos multidisciplinarios de expertos, han sido afinadas mediante un debate abierto en el que a través de Internet han participado todos aquellos que han desvelado su identidad y declarado sus potenciales conflictos de interés, y se han concretado lo suficiente como para ser aplicables inmediatamente.¹¹ El problema es que las autoridades no las están aplicando, tal vez porque reflejan la indolencia de los responsables últimos de que esa situación se haya mantenido durante años, o porque atentan contra intereses económicos importantes y consolidados en el ámbito sanitario. Sea cual fuere el motivo, ahora es inaplazable aplicarlas.

Entre esas medidas, cuya explicación detallada es accesible en Internet,¹¹ destacan las siguientes:

1. Constitución por parte de la Organización Médica Colegial (OMC) de dos registros, accesibles pública y gratuitamente a través de Internet:
 - Un registro, voluntario pero veraz (sujeto a sanciones por parte de la OMC en caso de incluir información voluntariamente incompleta o falsa), de las relaciones económicas de la industria y las entidades vinculadas a ella, con los médicos, las sociedades científicas de carácter profesional, las asociaciones de enfermos y otras entidades sanitarias.
 - Un registro de los casos comprobados de malas prácticas de la industria, como intentos de influir inapropiadamente en cualquier aspecto de un estudio científico (como su diseño, realización, análisis o interpretación de sus resultados, o las correspondientes decisiones editoriales o relativas a la difusión de sus resultados) o en las actitudes profesionales de los médicos (como las relativas a consejo médico, prescripción de tratamientos – farmacológicos o no-, o dictámenes científicos, técnicos o profesionales).
2. Organización de cursos de formación en metodología de la investigación que capaciten a los clínicos para valorar críticamente el rigor metodológico de los estudios (y, por tanto, de la fiabilidad de los resultados) que fundamentan el uso clínico de una tecnología.
3. Mejora del rigor y transparencia del proceso de evaluación de las tecnologías sanitarias (farmacológicas y no farmacológicas), asegurando que:
 - La evaluación del fundamento científico que respalda el eventual uso de una tecnología sanitaria (farmacológica o no) en el Sistema Nacional de Salud se centra en su efecto para mejorar realmente la prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de los pacientes, o la eficiencia de los recursos públicos, y se plantea sistemáticamente como un requisito previo a su uso asistencial.
 - En el caso de las tecnologías diagnósticas, además de considerar su exactitud diagnóstica (validez y precisión), el proceso de evaluación también:
 - Valora su impacto sobre parámetros que resultan relevantes para los pacientes (como mortalidad, años de vida ganados, infartos o dolor), y no sólo en “indicadores”, “marcadores” o “resultados intermedios”, y mediante ensayos clínicos o, en los casos apropiados, modelos de análisis de decisión.
 - Define detalladamente los criterios de indicación de la prueba en la práctica clínica rutinaria, basándose en estudios que demuestren que las consecuencias positivas de su uso en esos casos compensan sus eventuales riesgos o efectos adversos.
 - Define los mecanismos de vigilancia post-implantación que permitan definir, y en su caso mejorar, el grado de cumplimiento de esos criterios de indicación en la práctica clínica rutinaria.
 - En el caso de los tratamientos, el proceso de evaluación se estructura en las siguientes cinco fases, en todas las cuales deben recogerse datos sobre seguridad:

- Evaluación de eficacia vs. placebo (entendiendo este último como “el procedimiento placebo apropiado para la tecnología que se está evaluando” –sea un fármaco o un procedimiento no farmacológico-). En el caso de las tecnologías no farmacológicas, en esta fase también se deben especificar los criterios de formación de quienes apliquen la tecnología. Esta fase sólo podría obviarse en el caso de tratamientos cuyos efectos inespecíficos hubieran demostrado ser idénticos a los de tratamientos ya existentes, y para los que existan pruebas científicas concluyentes y de alta calidad que hubieran demostrado una superioridad clínica y estadísticamente significativa frente al placebo.
 - Evaluación de efectividad y coste/efectividad de su uso en la práctica clínica (frente a otras tecnologías, o comparando su adición al tratamiento habitual frente al tratamiento habitual).
 - Protocolización de su aplicación en la práctica clínica, eventualmente precedida del compendio de las pruebas disponibles (revisión sistemática o similar), para definir sus condiciones de aplicación (incluyendo sus indicaciones concretas, el escalón terapéutico en el que debería aplicarse, el mecanismo de selección de los pacientes y, en las tecnologías intervencionistas, los criterios de formación de quienes las aplicarían en la práctica clínica habitual), los mecanismos de vigilancia post-implantación apropiados, y los resultados que, a la luz de la evidencia científica disponible, son esperables en su aplicación en la práctica clínica habitual.
 - Pilotaje, realizado en un ámbito geográfico limitado durante un período concreto, para comprobar que las condiciones y mecanismos establecidos en la fase anterior, funcionan bien y obtienen los resultados esperados.
 - Generalización, manteniendo los mecanismos de vigilancia post-implantación previamente comprobados y usando sus resultados para analizar el uso apropiado o inapropiado de la tecnología y valorar la conveniencia o no de mantener su uso o financiación pública.
- En el proceso de evaluación de la evidencia científica disponible participan (además de, eventualmente, expertos de la Agencia Española del Medicamento, de agencias de evaluación de tecnologías sanitarias, o de entidades similares) clínicos del campo correspondiente que carezcan de conflictos de interés y cuenten con formación acreditada en metodología de la investigación.
 - Se fomenta la publicación de las labores propias de cada fase de evaluación en revistas científicas sometidas a un proceso de revisión por pares, como manera de someterlas al escrutinio de la comunidad científica internacional.
 - Se constituye una página Web, de acceso libre y gratuito, que muestra las evaluaciones que no logren ser publicadas en esas revistas, y las referencias bibliográficas de las publicadas.

- Se ponen esos informes a disposición de todos los organismos interesados (como agencias de evaluación de tecnología sanitaria, Servicios de Salud, decisores sanitarios de todo nivel, etc.), con el fin de evitar redundancias y aumentar la eficiencia del esfuerzo realizado.
 - Cuando la aplicación de la tecnología se incorpore a la práctica clínica rutinaria, se mantiene su evaluación mediante los mecanismos de vigilancia post-implantación definidos en la fase de protocolización y comprobados en la de pilotaje, generando información periódica sobre el impacto que conlleva su uso (en términos de uso apropiado, efectividad clínica, resultados y costes), con el fin de:
 - Retirar la cobertura pública de las tecnologías sanitarias (farmacológicas o no) que resultan obsoletas, ineficaces o ineficientes, e incluso prohibir el uso (en el ámbito público y privado) de las que resultan perjudiciales.
 - Ceñir el uso del resto a los casos en los que su uso es apropiado.
4. Mejora del rigor y transparencia del proceso mediante el que se decide la cobertura de cada innovación sanitaria (farmacológica o no farmacológica) por parte del Sistema Nacional de Salud:
- Instaurando un mecanismo que asegure que un ente técnico decisor asume en el ámbito de las tecnologías no farmacológicas (diagnósticas y terapéuticas) funciones equivalentes a las de la Agencia del Medicamento.
 - Publicando todas las decisiones relativas a la cobertura o no de cada innovación sanitaria y su fundamento científico, en una página Web de acceso público, en la que también se muestren las eventuales alegaciones en contra de las evaluaciones realizadas, la respuesta a esas alegaciones y la decisión final, y se identifiquen los casos en las que las decisiones se adoptan por el propio criterio del decisor, en ausencia de fundamento científico que lo respalde.
 - Rechazando la cobertura con fondos públicos de las tecnologías sanitarias ineficaces, que expongan a los pacientes a riesgos innecesarios o contraproducentes o generen costes superfluos.
 - Separando la autorización de la venta o aplicación de una innovación sanitaria (farmacológica o no farmacológica) en el ámbito privado, de la obligatoriedad de financiarlo con recursos públicos, de manera que esta última decisión incorpore la exigencia de pruebas sobre su efectividad y eficiencia comparada.
5. Instauración de incentivos de reconocimiento profesional, liderazgo organizativo e incluso económicos, a todos los niveles de gestión (alta, media y baja), que:
- Premien resultados concretos y medibles, como:
 - El uso apropiado y diligente de las tecnologías demostradamente eficaces, seguras, efectivas y eficientes, en los casos en los que están indicadas.

- La reducción del uso inapropiado (es decir, el abandono de las tecnologías ineficaces, el del uso de las alternativas menos seguras o eficientes, o el del uso de las tecnologías en casos distintos de aquéllos en los que están indicadas).
 - La mejoría de los resultados clínicos o la eficiencia de los recursos, o la reducción de la iatrogenia.
 - Beneficien a los responsables de adoptar y aplicar esas decisiones de maneras que resulten deontológicamente válidas, y que nunca puedan enfrentar los intereses personales de los médicos o los decisores, con los de los pacientes.
6. Instauración en cada nivel de gestión un “comité de adopción de tecnologías” con las siguientes misiones en su ámbito geográfico y asistencial:
- Asegurar que las tecnologías cuya adopción ha sido previamente decidida por los organismos competentes, se implantan en la práctica clínica de la manera más rápida posible y en las condiciones de aplicación definidas como óptimas.
 - Identificar las tecnologías que se aplican pese a carecer de fundamento científico para hacerlo, con el fin de informar a los altos responsables del servicio de salud.
 - Asegurar que se recogen con rigor los datos definidos por los mecanismos de vigilancia post-implantación para hacer el seguimiento de la cada tecnología.
 - Evaluar los resultados que obtienen las tecnologías aplicadas, de acuerdo con esos mecanismos de vigilancia post-implantación, y compararlos con los obtenidos en otros ámbitos.
 - Organizar la retirada de las tecnologías cuyo uso ha quedado obsoleto, o ha demostrado no ser clínicamente recomendable, y facilitar la reasignación de las instalaciones o recursos liberados para facilitar la implantación de las nuevas tecnologías recomendables.
7. Constitución de una “central de compras” que escoja en función de su precio el producto concreto que se financie con recursos públicos entre aquellos que sean bioequivalentes, con el objetivo de:
- Premiar la verdadera innovación en el sector sanitario, y no el desarrollo de productos que no aportan ninguna ventaja sanitaria relevante, y basan sus ventas esencialmente en la agresividad de sus políticas comerciales.
 - Establecer sistemas que aseguren a la vez las mejores condiciones para el Sistema Nacional de Salud, y la estabilidad temporal necesaria para que los proveedores puedan organizar la provisión de sus productos de una manera que tenga lógica empresarial, como, por ejemplo, mediante subastas periódicas entre proveedores o un sistema de precios de referencia por principio activo.

8. Definición operativa del concepto de “salud” y “enfermedad”, sustituyendo planteamientos filosóficos o voluntaristas por una lista de las entidades clínicas concretas que restan años de vida ajustados por calidad de vida (AVACS) evitables, y definición de las situaciones concretas que deben poner en marcha la atención sanitaria y los objetivos terapéuticos en esos casos, con el fin de impedir la invención de enfermedades con fines meramente comerciales, y evitar que puedan suponer sufrimientos o costes injustificados para la población o el erario.
- Esa lista de enfermedades y objetivos debe ser elaborada por Comités:
 - Que incluyan clínicos, expertos con formación metodológica y, en los casos apropiados, enfermos o participantes como legos en los Comités Éticos y de Investigación Clínica (CEIC).
 - En los que ninguno de los integrantes tenga conflictos de interés ni relaciones económicas directas o indirectas con la industria o con entidades vinculadas a ella.
 - En la medida de lo posible, basándose en un fundamento científico explícito y de alta calidad, que debería referenciarse en una página Web de acceso público.
 - Los objetivos terapéuticos deben ser fijados basándose en estudios sólidos que consideren los resultados en salud (“*end outcomes*”), y no “objetivos intermedios” (como “factores de riesgo”, “indicadores” o “marcadores”).
9. Mejora de la evaluación de la labor de los organismos encargados de la evaluación y seguimiento de las tecnologías sanitarias (como la Agencia Española del Medicamento, agencias de evaluación de tecnologías sanitarias, y entidades similares), y de la transparencia relativa a la eficiencia de los fondos públicos destinados a mantenerlos, haciendo públicos de manera gratuita y a través de Internet:
- Todos los documentos referidos a sus evaluaciones sobre tecnologías sanitarias, junto con las eventuales alegaciones presentadas y su respuesta.
 - El análisis del rigor y la validez de sus informes, por ejemplo mediante su publicación en revistas científicas de ámbito internacional, o el análisis de la consistencia de sus informes con las conclusiones de las revisiones sistemáticas publicadas por organismos científicos internacionales de reconocido prestigio.
 - El presupuesto de cada entidad, incluyendo el origen de los fondos, su presupuesto orgánico, el relativo a su funcionamiento y el destinado a financiar sus evaluaciones.
 - Datos agregados emanados de lo anterior que hagan posible calcular la calidad y cantidad de la labor realizada por cada agencia, así como su productividad y eficiencia.
10. Mejora de la utilidad de la labor de los organismos encargados de la financiación de la investigación biomédica, para mejorar la eficiencia de los recursos sanitarios:

- Incrementando la cuantía de los fondos destinados a la evaluación de las tecnologías sanitarias y de su uso apropiado.
- Mejorando su transparencia, haciendo público de manera periódica y sistemática, en una página Web de acceso público que haga fácil su consulta:
 - Su presupuesto (incluyendo su presupuesto orgánico, el relativo a su funcionamiento y el destinado a financiar proyectos).
 - Toda la historia de cada uno de los proyectos que le son presentados (texto del proyecto de investigación, autores, evaluaciones de los revisores –eventualmente anónimas-, decisión final –y motivos en los que se basa-, presupuesto asignado y fecha, y resultado (artículo científico al que ha dado lugar –especificando su referencia bibliográfica y el factor de impacto de la publicación en el año correspondiente-).
 - Datos agregados emanados de lo anterior, que hagan posible calcular la calidad, productividad y eficiencia de cada entidad.

Las recomendaciones completas indican las labores atribuidas a las distintas instituciones (autoridades políticas, Servicios de Salud, agencias de evaluación de tecnologías sanitarias, OMC, etc.), y los mecanismos propuestos para financiar las labores que conllevan estas recomendaciones de manera que resulte eficiente para los recursos públicos.¹¹

1. Martin BI, Deyo RA, Mirza SK, Turner JA, Comstock BA, Hollingworth W, Sullivan SD. Expenditures and health status among adults with back and neck problems. JAMA. 2008 Feb 13;299(6):656-64.
2. Serrano-Aguilar P, Kovacs FM, Cabrera-Hernández JM, Ramos-Goñi JM, García-Pérez L. Avoidable costs of physical treatments for chronic back, neck and shoulder pain within the Spanish National Health Service: a cross-sectional study. BMC Musculoskeletal Disorders 2011;12:287 doi:10.1186/1471-2474-12-287
3. Grupo de Variaciones den la Práctica Médica de la Red temática de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (Grupo VPM-IRYS). Variaciones en cirugía ortopédica y traumatología en el Sistema Nacional de Salud. Atlas de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud 2005;1(1):17-37. Fundación IISS, Valencia 2005.
4. Chou R, Baisden J, Carragee EJ, Resnick DK, Shaffer WO, Loeser JD. Surgery for low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society Clinical Practice Guideline. Spine (Phila Pa 1976). 2009 May 1;34(10):1094-109.
5. Urrútia G, Burton AK, Morral Fernández A, Bonfill Cosp X, Zanolli G. Neuroreflexotherapy for non-specific low-back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 2. Art. No.: CD003009. DOI:10.1002/14651858.CD003009.pub2.
6. Corcoll J, Orfila J, Tobajas P, Alegre L. Implementation of neuroreflexotherapy for subacute and chronic neck and back pain within the Spanish public health system: audit after one year. Health Policy 2006;79:345-357
7. Pallicer A, Corcoll J, Orfila J. Implementation and post-marketing surveillance of neuroreflexotherapy in the routine practice of the Spanish Public Health System. IX International Forum on Low Back Pain Research, Palma de Mallorca, October 2007, disponible en <http://www.lbpforum.org/Abstracts/Abstract103.jpg>, visitado el 4 de marzo de 2008,



ABSTRACT 8ª MESA

8. Kovacs FM, Abraira V, Muriel A et al. Prognostic Factors for Neuroreflexotherapy in the Treatment of Subacute and Chronic Neck and Back Pain. A Study of Predictors of Clinical Outcome in Routine Practice of the Spanish National Health Service. Spine 2007;32:1621–1628.
9. Baker L, Birnbaum H, Geppert J, Mishol D, Moyneur E. The relationship between technology availability and health care spending. Health Aff (Millwood). 2003 Jul-Dec;Suppl Web Exclusives:W3-537-51.
10. Junta Directiva de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS). SESPAS ante la crisis económica y las políticas de contención de costes. SESPAS, diciembre de 2011.
11. Organización Médica Colegial, Fundación para la Formación de la OMC, Fundación Kovacs. Recomendaciones para mejorar la adopción de las innovaciones sanitarias y su utilización en la sanidad española. www.adopcioninnovacionessanitarias.es, visitada el 18 de julio de 2012

Razón ético-científica para la utilización de los nuevos medicamentos.

MESA: Innovaciones diagnósticas y terapéuticas: responsabilidad profesional y ética.

III Convención de la profesión médica.

Organizada por la OMC, Madrid 16 y 17 noviembre de 2012.

Grupo GRADE de Evaluación de Medicamentos

Aunque hay diferentes enfoques sobre si la base de la bioética es una construcción de los hombres en función de sus circunstancias, Pellegrino dice que hay un inicio en la relación médico-enfermo, que surge de un hombre que sufre por una enfermedad y que busca ayuda para curarse y/o aliviarse, y de otro hombre que profesa (declara en alto) que sabe y puede curar o aliviar.

Esta relación es anterior a la historia, y por tanto a toda creación cultural histórica.

La misión (ética, deontológica) del médico es ayudar al paciente a que obtenga *el bien último*. Y caben en este camino los 4 principios enunciados en 1979 por Beauchamp y Childress: **beneficencia**, **no maleficencia**, **autonomía** y **justicia**, e incluso el de **integralidad** que también añade Edmund Pellegrino.

BENEFICENCIA Y NO MALEFICENCIA

En las intervenciones sanitarias estos dos principios se concretan en **disminuir en una magnitud relevante** los **riesgos**[\[1, 2\]](#) **basales graves** y **moderados** de un individuo, **sin que**, como consecuencia de esa intervención, **se le añada un daño** tal que iguale o supere el de su situación inicial.

[\[1\]](#) Con el término “riesgo” nos referimos a la probabilidad de incidencia de un evento en un tiempo determinado. No debe confundirse por tanto “riesgo” con “factor de riesgo”. Efectivamente, los factores de riesgo son asociaciones estadísticas y no las causas, por lo cual la intervención artificial sobre ellos no significa inequívocamente que disminuirá el riesgo con el que está asociado.

[\[2\]](#) Ante una misma percepción de un riesgo, como por ejemplo “hay una probabilidad de que 1 individuo de cada 100 con la condición AAA tenga un ictus en 1 año”, las personas con y sin la condición AAA tienen distinta sensación subjetiva, influida por la cultura, valores y preferencias, todo mediatizado por los heurísticos y sesgos cognitivos de la mente humana.

Consideramos tres grados de riesgos:

a) Graves, que son los que ocasionan muertes, incapacidad o amenaza de la vida, y son críticos para la toma de decisiones clínicas. La metodología GRADE les asigna una puntuación de 9, 8 ó 7. Esta puntuación es un número ordinal de “importancia para el paciente”, término relacionado inversamente con la “utilidad”.

b) Moderados, son los que ocasionan deterioro importante de la calidad de vida o son susceptibles de convertirse en graves, y son importantes pero no críticos para la toma de decisiones clínicas. GRADE les asigna una puntuación 6, 5 ó 4.

c) Leves, son los que causan deterioro no importante en la calidad de vida y no son susceptibles de convertirse en graves. No son importantes para la toma de decisiones clínicas y GRADE les asigna una puntuación 3, 2 ó 1.

AUTONOMÍA, INTEGRALIDAD Y JUSTICIA

Y matizamos que esta beneficencia y no maleficencia en la relación persona a persona (médico-enfermo) **han de ser consecuentes con la autonomía (e integralidad) del individuo**, expresada explícita o tácitamente con su consentimiento [\[1\]](#) (después de haber sido informado lo más correctamente posible [\[2\]](#)).

Simultáneamente el cumplimiento de su misión ha de respetar el principio de **equidad y justicia redistributiva** para evitar los pre-juicios del médico frente al individuo y su entorno, así como el no dañar explícitamente al paciente y/o implícitamente a otros en sus recursos económicos; **entendiendo la economía como un instrumento al servicio de la ética** para salvar a otros individuos iguales en derechos.

[\[1\]](#) El hecho de que consienta legalmente no significa que acepte intelectual y emotivamente la cuestión que se le propone.

[\[2\]](#) Esto está afectado por: a) la competencia del paciente para entender y comprender la información en el marco de sus valores y preferencias, tanto en su situación de sano como de enfermo; y b) la competencia del médico para informar.

Además, para los clínicos *“Cum scientia caritas”*

La misión de las actividades sanitarias se complementa con el lema del Royal College of General Practitioners, que dice *“Cum scientia caritas”* (con la ciencia, caridad), pues dentro de los profesionales sanitarios, los clínicos, además de tener como misión la general de todas las intervenciones sanitarias, también deben “acompañar” al enfermo.



RAZÓN ÉTICO-CIENTÍFICA PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS.

Para evitar la ambigüedad podemos precisarla mediante un balance entre los **B**eneficios y los **R**iesgos que justifiquen los **I**nconvenientes y los **C**ostes (**BRIC**).

Razón ético-científica para utilización de medicamentos, precisada mediante un balance BRIC

Riesgo basal* de paciente	Disminución del riesgo basal asociado a la intervención: EFICACIA	Aumento del riesgo basal asociado a la intervención: SEGURIDAD	Inconvenientes	Costes
Existe la evidencia desde Estudios Observacionales u otros estudios científicos	Existe la evidencia de la disminución del riesgo basal desde Ensayos Clínicos o Estudios Observacionales.	Existe la evidencia del aumento del riesgo basal desde Ensayos Clínicos o Estudios Observacionales.	Los "Inconvenientes" son la valoración específica de cada individuo sobre la disminución de su calidad de vida (más allá de los riesgos), en el marco de sus valores y preferencias. Es susceptible de ser más profundamente tratado en el ámbito de la autonomía del individuo informado (consentimiento intelectual y emocional, no meramente legal) mediado por los costes (como si tuviera que pagarlo él mismo), para extraer el bien del paciente (bien último del paciente > bien del paciente como persona capaz de hacer juicios > bien como SENSACIÓN cuando está enfermo > bien tecnomédico).	Al menos el coste del tratamiento por día como si tuviera que pagarlo el mismo paciente. Debe tenderse a expresar los costes añadidos y evitados por año respecto a la situación basal sobre la Regla del 1 en el NNT (por cada 1 en el que es efectivo en cuántos no es efectivo); a saber: 1) los costes para los que padecerán el evento incluso con el tratamiento; 2) los costes para los que permanecerán sanos incluso sin tratamiento; y 3) los costes y ahorros para el único paciente en el que es efectivo.
Conoce la evidencia y sabe expresarla en una tabla 2 x 1 que contenga el "Nº y % que permanecen sanos" y "Nº y % que enferman" por año.	Conoce la evidencia y sabe expresarla en RAR (IC 95%) y/o NNT (IC 95%) por año.	Conoce la evidencia y sabe expresarla en AAR (IC 95%) y/o NND (IC 95%) por año.		
Sabe transmitirle al paciente "Nº y % que permanecen sanos" y "Nº y % que enferman" por año en la tabla 2 x 1 y en un gráfico de barras entero.	Sabe transmitírsela al paciente en una tabla de 2 x 2 y en un gráfico de barras que contengan el "Nº y % que permanecen sanos" y "Nº y % que enferman" por año entre los que reciben la intervención y los que reciben el comparador.	Sabe transmitírsela al paciente en una tabla de 2 x 2 y en un gráfico de barras que contengan el "Nº y % que enferman" y "Nº y % que permanecen sanos" por año entre los que reciben la intervención y los que reciben el comparador.		
	Bien tecnomédico: mayor precisión posible en la beneficencia y no maleficencia		Autonomía e integralidad	Justicia (equidad)
Autonomía e integralidad del paciente (bien último según sus valores y preferencias), conociendo los costes (privación de otros bienes y servicios) que supone el bien tecnomédico (beneficencia y no maleficencia).				

(* Riesgo Basal se refiere a la probabilidad (o porcentaje) de incidencia de un evento grave (puntuaciones 9, 8 ó 7 de la puntuación ordinal GRADE) en un tiempo determinado.

Acudiendo al ejemplo de la enfermedad cardiovascular, la mortalidad tendría una puntuación 9 en el orden de importancias para el paciente, el infarto de miocardio tendría un 8 y la angina de pecho no confirmada tendría un 7. Para la unidad de tiempo utilizamos 1 año, siempre y cuando los estudios han durado un año o más.

Razón ético-científica para utilización de medicamentos, precisada mediante un balance BRIC

Riesgo basal* de paciente	Disminución del riesgo basal asociado a la intervención: EFICACIA	Aumento del riesgo basal asociado a la intervención: SEGURIDAD	Inconvenientes	Costes
Existe la evidencia desde Estudios Observacionales u otros estudios científicos	Existe la evidencia de la disminución del riesgo basal desde Ensayos Clínicos o Estudios Observacionales.	Existe la evidencia del aumento del riesgo basal desde Ensayos Clínicos o Estudios Observacionales.	Los "Inconvenientes" son la valoración específica de cada individuo sobre la disminución de su calidad de vida (más allá de los riesgos), en el marco de sus	Al menos el coste del tratamiento por día como si tuviera que pagarlo el mismo paciente. Debe tenderse a

SITUACIÓN IDEAL:

- 1) Existe evidencia del % de riesgo basal, así como del % de disminución (beneficio) y del % de aumento de ese riesgo basal (riesgo añadido).
- 2) El médico conoce las evidencias y sabe expresarlas en % Riesgo Absoluto % de Reducción Absoluta del Riesgo y % de Aumento Absoluto del Riesgo.
- 3) El médico sabe transmitírselo a un paciente "competente para ..."

entero.	Comparador.	El comparador.	Bien tecnomédico).	Efectivo.
	Bien tecnomédico: mayor precisión posible en la beneficencia y no maleficencia		Autonomía e integralidad	Justicia (equidad)
Autonomía e integralidad del paciente (bien último según sus valores y preferencias), conociendo los costes (privación de otros bienes y servicios) que supone el bien tecnomédico (beneficencia y no maleficencia).				

(*) Riesgo Basal se refiere a la probabilidad (o porcentaje) de incidencia de un evento grave (puntuaciones 9, 8 ó 7 de la puntuación ordinal GRADE) en un tiempo determinado. Acudiendo al ejemplo de la enfermedad cardiovascular, la mortalidad tendría una puntuación 9 en el orden de importancias para el paciente, el infarto de miocardio tendría un 8 y la angina de pecho no confirmada tendría un 7. Para la unidad de tiempo utilizamos 1 año, siempre y cuando los estudios han durado un año o más.

RAZÓN ÉTICO-CIENTÍFICA PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS NUEVOS MEDICAMENTOS.

1) Novedades terapéuticas **sin evidencias de disminución del riesgo basal**, **evidencia insuficiente del aumento del riesgo basal** y **evidencia de mejores valores en variables intermedias**.

2) Novedades terapéuticas **con evidencias de disminución del riesgo basal** y **evidencia insuficiente del aumento del riesgo basal**.

Cuando no exista tratamiento, el riesgo basal al que nos referimos es el riesgo basal sin tratamiento (ej. Al no existir tratamiento hay una probabilidad de que 4 individuos de cada 100 con la condición AAA tengan un ictus en 1 año).

Cuando exista tratamiento, el riesgo basal al que nos referimos es el riesgo basal con el tratamiento estándar (ej. Con el tratamiento estándar hay una probabilidad de que 3 individuos de cada 100 con la condición AAA tengan un ictus en 1 año).

Novedades terapéuticas sin evidencias de disminución del riesgo basal, evidencia insuficiente del aumento del riesgo basal y evidencia de mejores valores en variables intermedias

Riesgo basal* de paciente	Disminución del riesgo basal asociado a la intervención: EFICACIA	Aumento del riesgo basal asociado a la intervención: SEGURIDAD
Existe la evidencia desde Estudios Observacionales u otros estudios científicos.	No existe la evidencia de la disminución del riesgo basal desde Ensayos Clínicos. Existe la evidencia de mejores valores en variables intermedias desde Ensayos Clínicos.	Existe una insuficiente evidencia del aumento del riesgo basal desde Ensayos Clínicos.
Conoce la evidencia y sabe expresarla en una tabla 2 x 1 que contenga el "Nº y % que permanecen sanos" y "Nº y % que enferman" por año.	Conoce a) la ausencia de datos de beneficios en salud; y b) los mejores resultados en variables intermedias.	Conoce la evidencia y sabe expresarla en % de aumento del riesgo basal por año. Sabe que los datos aún son insuficientes para establecer el perfil de seguridad.
Sabe transmitirle al paciente "Nº y % que permanecen sanos" y "Nº y % que enferman" por año en la tabla 2 x 1 y en un gráfico de barras entero.	Sabe transmitir al paciente que: a) no hay datos de disminución del riesgo basal; b) hay mejora en las variables intermedias; y c) no puede presuponerse que la mejora en las variables intermedias se traducirán en beneficios en salud.	Sabe transmitir al paciente: a) en una tabla de 2 x 2 y en un gráfico de barras el "Nº y % que enferman" y "Nº y % que permanecen sanos" por año entre los que reciben y los que no reciben la intervención; b) que no hay datos suficientes para conocer los daños añadidos.
Bien tecnomédico: mayor precisión posible en la beneficiencia y no maleficencia		

(*) Riesgo Basal se refiere a la probabilidad (o porcentaje) de incidencia de un evento grave (puntuaciones 9, 8 ó 7 de la puntuación ordinal GRADE) en un tiempo determinado. Acudiendo al ejemplo de la enfermedad cardiovascular, la mortalidad tendría una puntuación 9 en el orden de importancias para el paciente, el infarto de miocardio tendría un 8 y la angina de pecho no confirmada tendría un 7. Para la unidad de tiempo utilizamos 1 año, siempre y cuando los estudios han durado un año o más.

Novedades terapéuticas **sin evidencias de disminución del riesgo basal**, **evidencia insuficiente del aumento del riesgo basal** y **evidencia de mejores valores en variables intermedias**

Riesgo basal* de paciente	Disminución del riesgo basal asociado a la intervención: EFICACIA	Aumento del riesgo basal asociado a la intervención: SEGURIDAD
Existe la evidencia desde Estudios Observacionales u otros estudios científicos.	No existe la evidencia de la disminución del riesgo basal desde Ensayos Clínicos.	Existe una insuficiente evidencia del aumento del riesgo basal desde Ensayos Clínicos.
	Existe la evidencia de mejores valores en	

Recomendamos no utilizar esta intervención salvo que el paciente:

- a) no responda o no tolere las intervenciones conocidas con el mejor "BRIC";
- b) su riesgo basal sea tan alto que el porcentaje de aumento de daños añadidos por la intervención sea insignificante;
- c) esté correctamente informado y otorgue su consentimiento en el marco de sus valores y preferencias, *como si el coste fuera a pagarlo él mismo*^(*).

(*) Expresamos en modo subjuntivo la frase "como si el coste fuera a pagarlo él mismo" porque asumimos que todo o parte lo pagará la sociedad, pero tanto el médico como el paciente deben estimar qué cantidad de recursos desplazaría de la economía familiar del paciente en el supuesto de que tuviera que pagarlo, y qué cantidad de recursos desplaza de la caja común pagada por los individuos que forman la sociedad, especialmente si el uso de la intervención se extiende a todos los pacientes en la misma situación.

importancias para el paciente, el infarto de miocardio tendría un 8 y la angina de pecho no confirmada tendría un 7. Para la unidad de tiempo utilizamos 1 año, siempre y cuando los estudios han durado un año o más.

Novedades terapéuticas con evidencias de disminución del riesgo basal y evidencia insuficiente del aumento del riesgo basal

Riesgo basal* de paciente	Disminución del riesgo basal asociado a la intervención: EFICACIA	Aumento del riesgo basal asociado a la intervención: SEGURIDAD
Existe la evidencia desde Estudios Observacionales u otros estudios científicos.	Existe la evidencia de la disminución del riesgo basal desde Ensayos Clínicos.	Existe una insuficiente evidencia del aumento del riesgo basal desde Ensayos Clínicos.
Conoce la evidencia y sabe expresarla en una tabla 2 x 1 que contenga el "Nº y % que permanecen sanos" y "Nº y % que enferman" por año.	Conoce la evidencia y sabe expresarla en RAR (IC 95%) y/o NNT (IC 95%) por año.	Conoce la evidencia y sabe expresarla en % de aumento del riesgo basal por año. Sabe que los datos aún son insuficientes para establecer el perfil de seguridad.
Sabe transmitirle al paciente "Nº y % que permanecen sanos" y "Nº y % que enferman" por año en la tabla 2 x 1 y en un gráfico de barras entero.	Sabe transmitírsela al paciente en una tabla de 2 x 2 y en un gráfico de barras que contengan el "Nº y % que permanecen sanos" y "Nº y % que enferman" por año entre los que reciben la intervención y los que reciben el comparador.	Sabe transmitir al paciente: a) en una tabla de 2 x 2 y en un gráfico de barras el "Nº y % que enferman" y "Nº y % que permanecen sanos" por año entre los que reciben la intervención y los que reciben el comparador; b) que no hay datos suficientes para conocer los daños añadidos.
Bien tecnomédico: mayor precisión posible en la beneficiencia y no maleficencia		

(*) Riesgo Basal se refiere a la probabilidad (o porcentaje) de incidencia de un evento grave (puntuaciones 9, 8 ó 7 de la puntuación ordinal GRADE) en un tiempo determinado. Acudiendo al ejemplo de la enfermedad cardiovascular, la mortalidad tendría una puntuación 9 en el orden de importancias para el paciente, el infarto de miocardio tendría un 8 y la angina de pecho no confirmada tendría un 7. Para la unidad de tiempo utilizamos 1 año, siempre y cuando los estudios han durando un año o más.

Novedades terapéuticas con evidencias de disminución del riesgo basal y evidencia insuficiente del aumento del riesgo basal

Riesgo basal* de paciente	Disminución del riesgo basal asociado a la intervención: EFICACIA	Aumento del riesgo basal asociado a la intervención: SEGURIDAD
---------------------------	---	--

Hágase un balance de beneficios y riesgos hasta la RAR y el NNT por año, añadiendo una estimación de los inconvenientes y los costes, de modo que pueda hacerse una recomendación genérica a favor o en contra (fuerte o débil), advirtiéndole que los riesgos aún no están establecidos.


Con esto infórmese correctamente al paciente para que otorgue su consentimiento en el marco de sus valores y preferencias, *como si el coste fuera a pagarlo él mismo*(*).

(*) Expresamos en modo subjuntivo la frase “como si el coste fuera a pagarlo él mismo” porque asumimos que todo o parte lo pagará la sociedad, pero tanto el médico como el paciente deben estimar qué cantidad de recursos desplazaría de la economía familiar del paciente en el supuesto de que tuviera que pagarlo, y qué cantidad de recursos desplaza de la caja común pagada por los individuos que forman la sociedad, especialmente si el uso de la intervención se extiende a todos los pacientes en la misma situación.

en un tiempo determinado. Acudiendo al ejemplo de la enfermedad cardiovascular, la mortalidad tendría una puntuación 9 en el orden de importancias para el paciente, el infarto de miocardio tendría un 8 y la angina de pecho no confirmada tendría un 7. Para la unidad de tiempo utilizamos 1 año, siempre y cuando los estudios han durado un año o más.

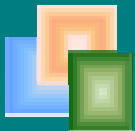
RESUMEN:

En las innovaciones diagnósticas y terapéuticas (al igual que en las intervenciones bien establecidas) la razón científica forma parte de la razón ética, y sin la primera no se puede construir la segunda.



Innovaciones Diagnósticas y Terapéuticas: Responsabilidad Profesional y Ética

Luis Rodríguez Padial
Colegio de Médicos de Toledo



La Profesionalidad

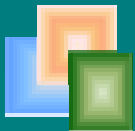
- La profesionalidad médica descansa en tres pilares que, juntos, constituyen la base para la independencia y la autonomía del médico:
 - **Experiencia:** conocimientos, habilidades e investigación
 - **Ética:** combinación de valores y normas
 - **Servicio:** compromiso vocacional de poner a los pacientes en primer lugar



Profesión médica, profesional médico y profesionalismo médico

OMC, 2010

- Profesión Médica: Ocupación basada en el desempeño de tareas encaminadas a promover y restablecer la salud y a identificar, diagnosticar y curar enfermedades aplicando un cuerpo de conocimiento especializado propio de nivel superior, en la que preside el espíritu de servicio y en la que se persigue el beneficio del paciente antes que el propio, y para la cual se requiere que las partes garanticen.
- Profesional Médico: Médico o médica titulado/a comprometido con los principios éticos y deontológicos y los valores de la profesión médica y cuya conducta se ciñe a dichos principios y valores.
- Profesionalismo Médico: 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.



CAPITULO II

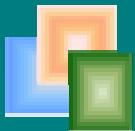
Principios Generales

Art. 4.-

1 - La profesión médica está al servicio del hombre y de la sociedad. En consecuencia, respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad, son los deberes primordiales del médico.

2 - El médico debe atender con la misma diligencia y solicitud a todos los pacientes, sin discriminación alguna.

3 - La principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de éste debe anteponerse a cualquier otra conveniencia.



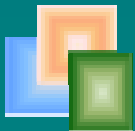
CAPITULO III

Relaciones del médico con sus pacientes

Art. 6.-

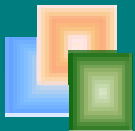
1 - El médico ha de ser consciente de sus deberes profesionales para con la comunidad. Está obligado a procurar la mayor eficacia de su trabajo y el rendimiento óptimo de los medios que la sociedad pone a su disposición.

2 - Siendo el sistema sanitario el instrumento principal de la sociedad para la atención y promoción de la salud, los médicos han de velar para que en él se den los requisitos de calidad, suficiencia asistencial y mantenimiento de los principios éticos. Están obligados a denunciar las deficiencias, en tanto puedan afectar a la correcta atención de los pacientes.



Cómo las innovaciones en la práctica clínica incrementan el coste

- Tratando condiciones que antes eran intratables
- Tratando personas que antes no se hubieran tratado debido a cambio en las percepciones profesionales o en las expectativas de la población
 - **Mayor seguridad de los tratamientos, más aceptables y cómodas, menos invasivos, cambios de actitud ante edad cronológica**
- Dispensando tratamientos más costosos:
 - **Fármacos, técnicas de imagen, pruebas, sueldo personal**
- Práctica clínica más intensa
 - **Mayor estancia, más pruebas por pacientes, más evidencia, más tratamiento**





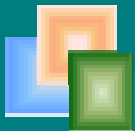
Distribución de Recursos

Criterio de Eficiencia ↔ **Criterio de Equidad**

Al que más pueda beneficiarse
Disminuye equidad

A todos
Disminuye eficiencia

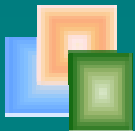
Los dos criterios son necesarios y complementarios



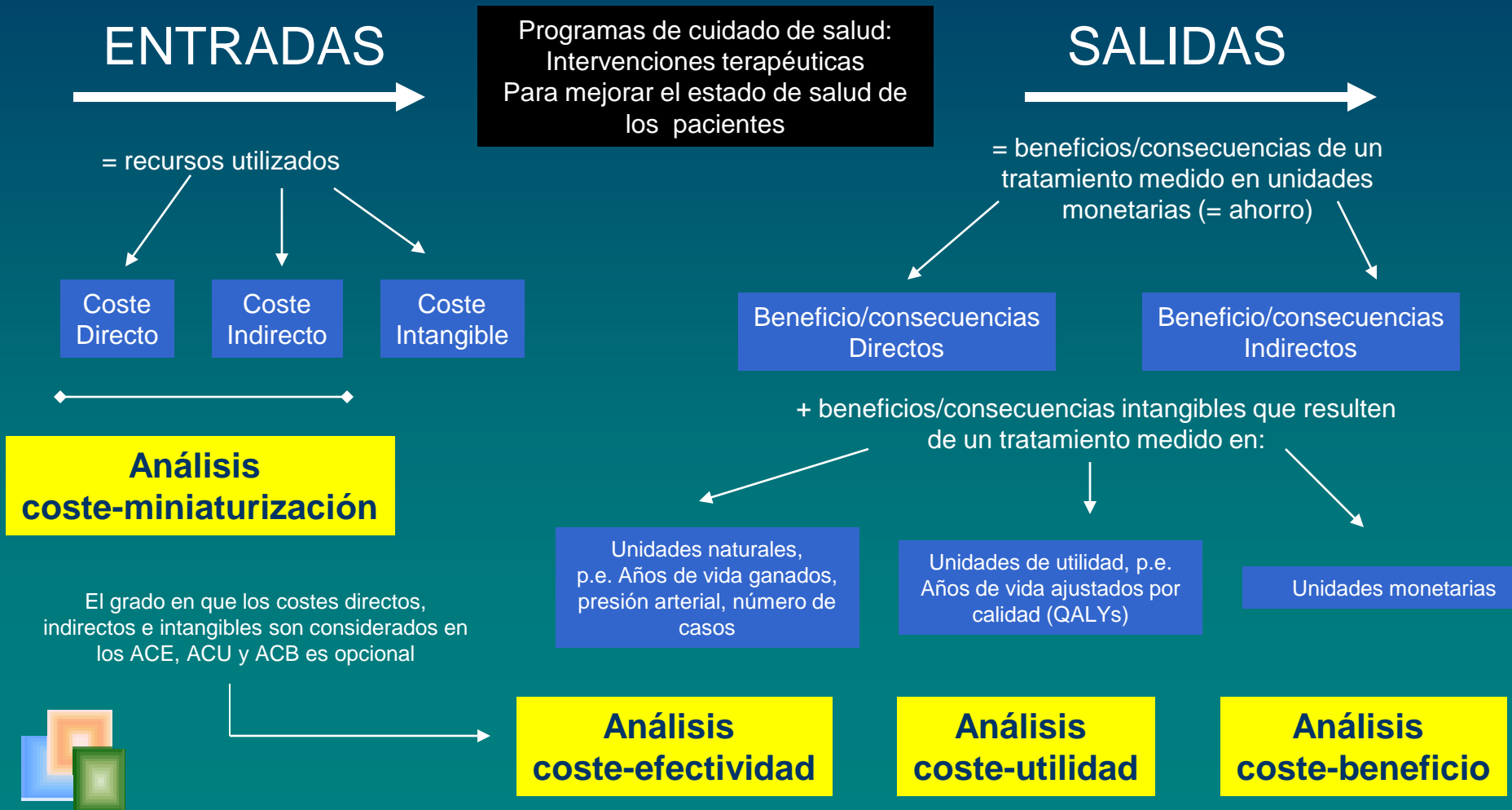
Eficiencia

RESULTADOS (*Output*): Años, PA, QALY, etc.

RECURSOS (*Input*): Coste

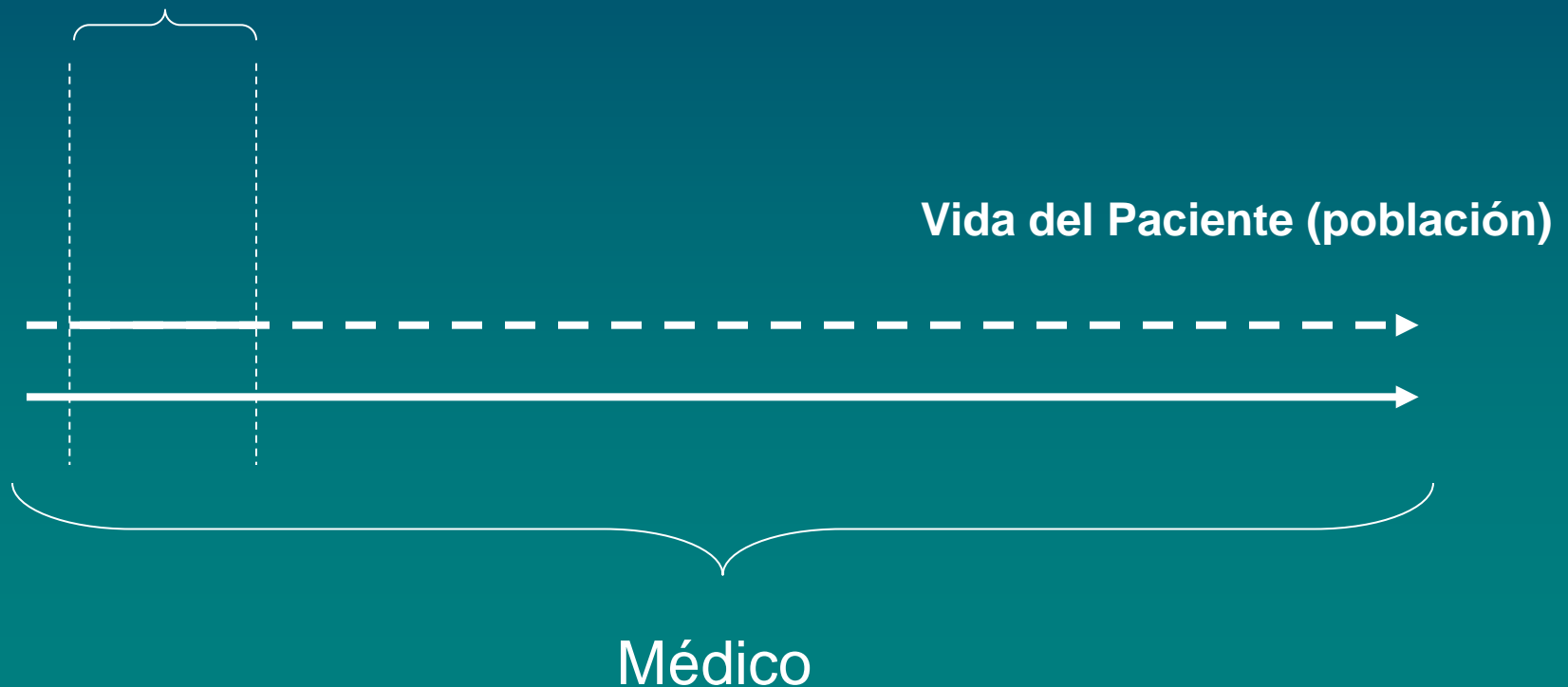


Tipos Básicos de Evaluaciones Económicas y sus Componentes



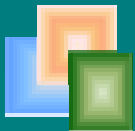
Diferente perspectiva del gestor económico y del médico

Presupuesto (Gestor)



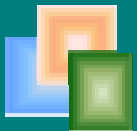
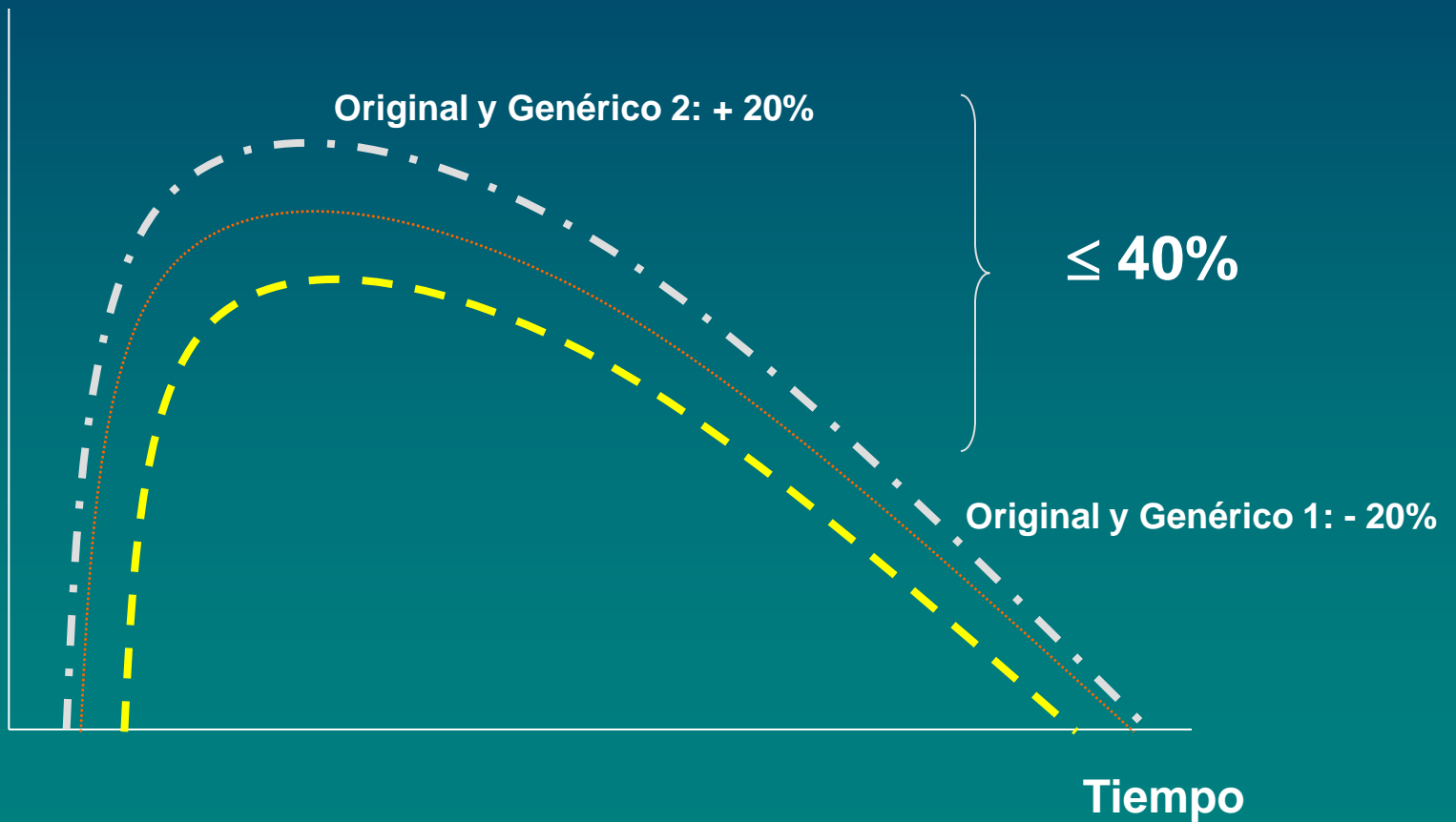
Genéricos: Evaluación de Bioequivalencia

- Escasos número de pacientes (12-24)
- Pacientes sanos
 - **Sexos y razas**
 - **Ancianos**
 - **Insuficiencia renal, hepática, cardíaca, etc.**
- Una sola dosis
- No asociación con otros fármacos
- **Eficacia** ("en teoría") vs. **Efectividad** ("en la realidad"): cambio continuo de genéricos

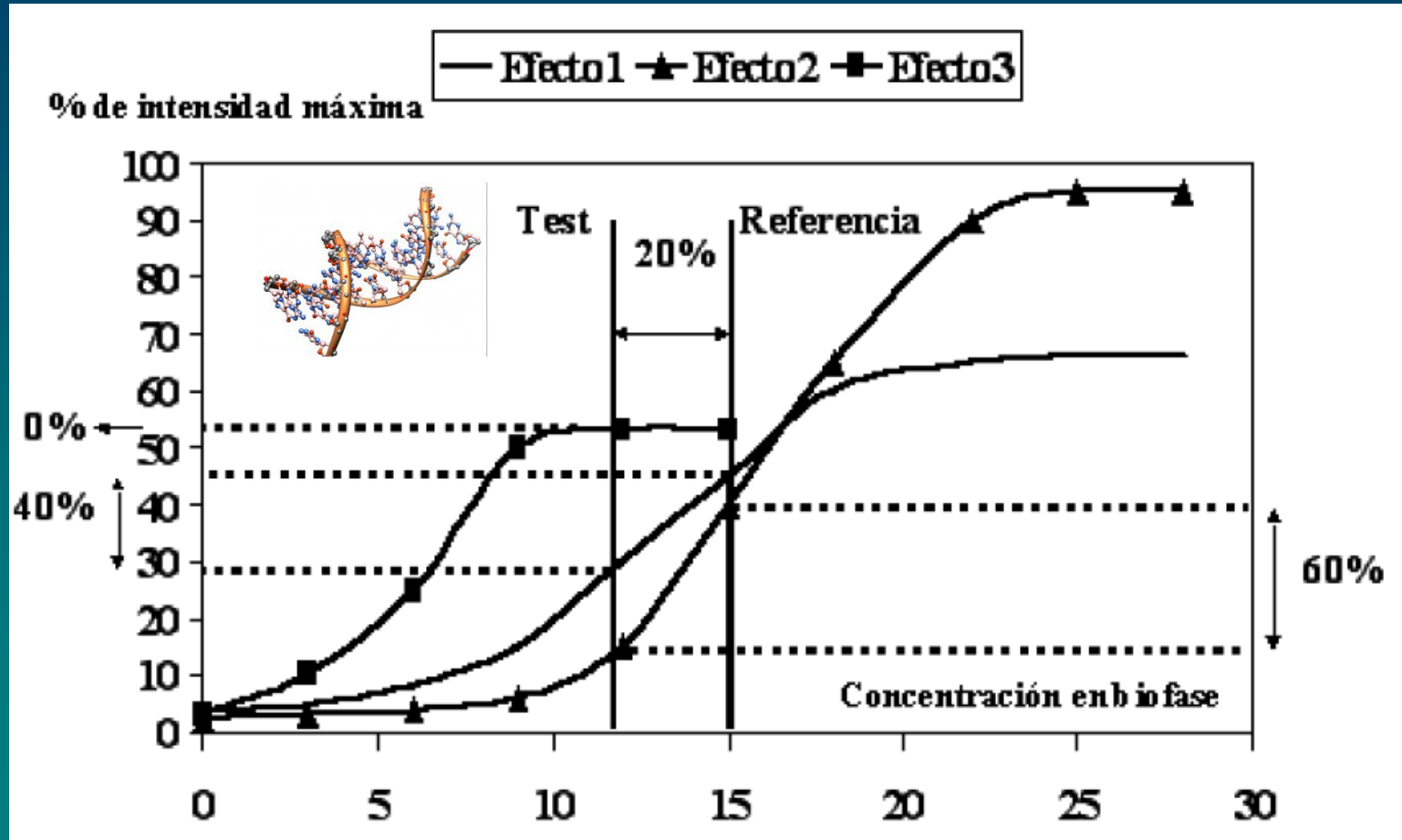


Bioequivalencia: Área bajo la Curva

Concentración

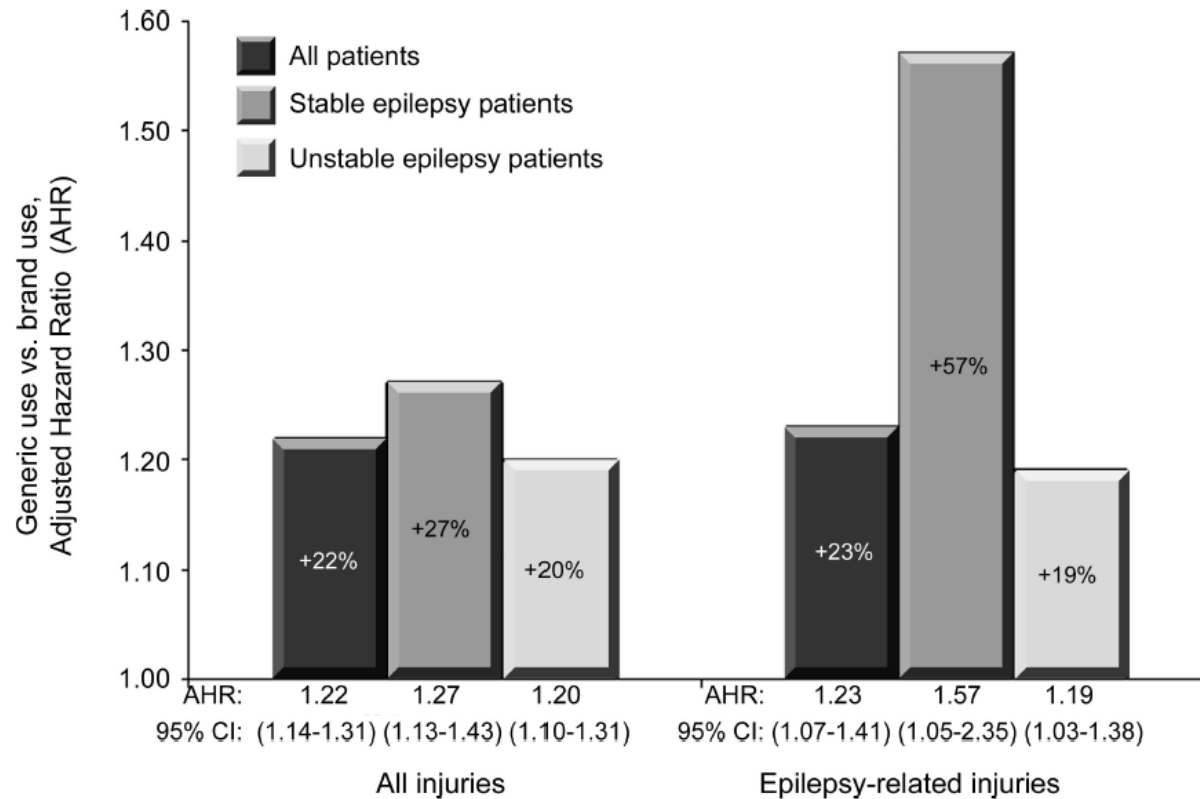


Relación no lineal entre la concentración del fármaco en el punto de acción y el efecto farmacológico

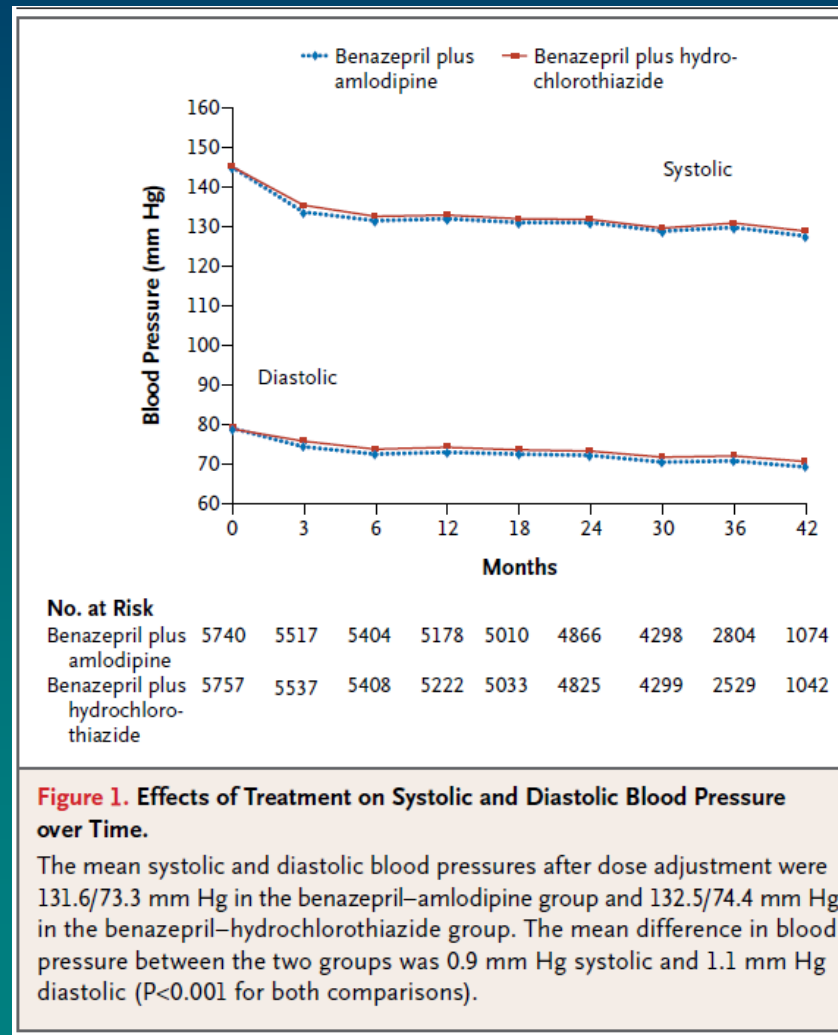


Genéricos en tratamiento epilepsía

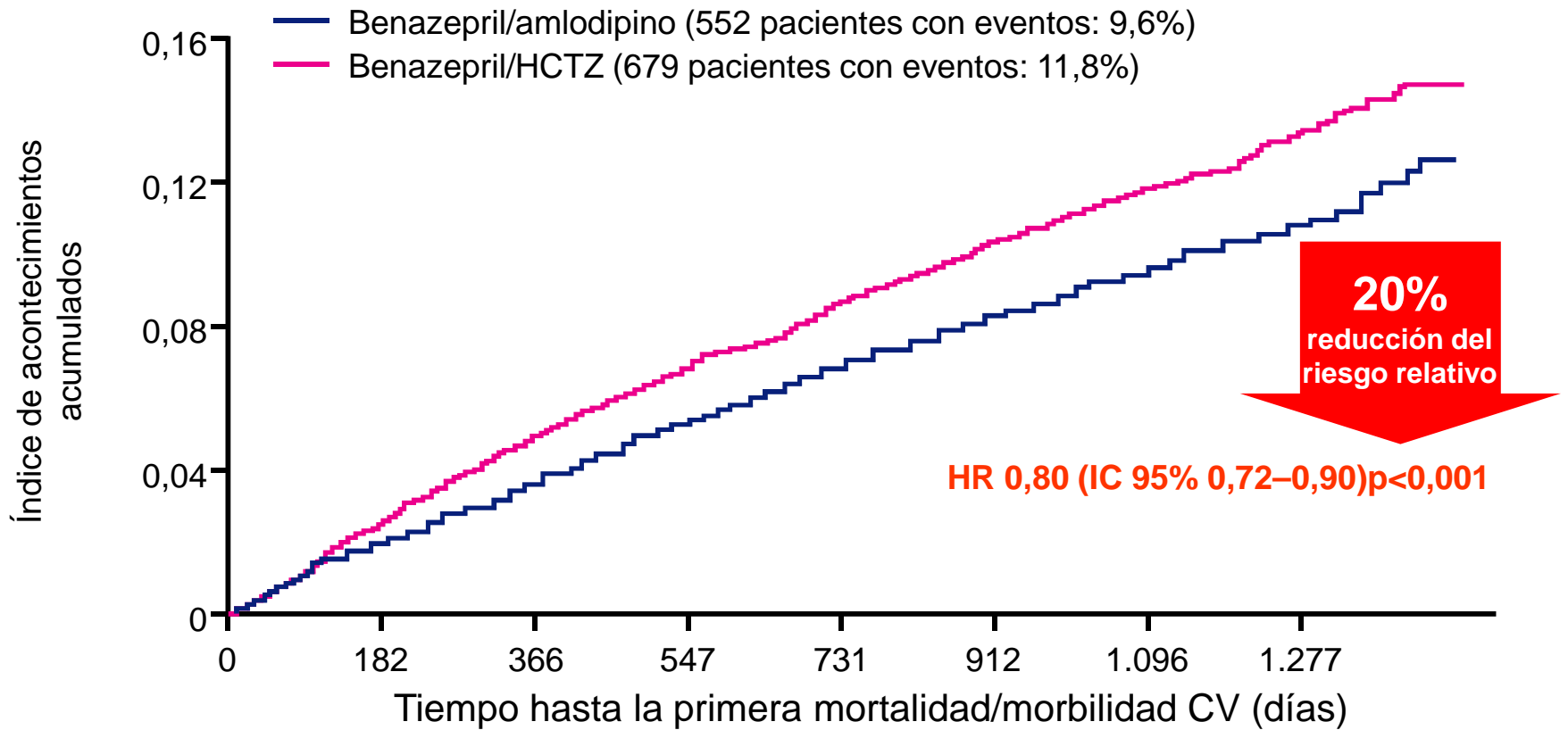
Figure 2 Association of all-cause and epilepsy-related injuries during generic vs brand use periods



Estudio ACCOMPLISH: Lo aparentemente igual, no siempre es lo mismo



ACCOMPLISH: Mejores resultados CV con bloqueante del SRA/amlodipino frente regímenes basados en una combinación de bloqueante de SRA/HCTZ en un solo comprimido



Meses	0	6	12	18	24	30	36	42
Pacientes en riesgo (N)								
Benazepril/amlodipino	5.512	5.317	5.141	4.959	4.739	2.826	1.447	
Benazepril/HCTZ	5.483	5.274	5.082	4.892	4.655	2.749	1.390	

Desarrollo de Medidas de Calidad

ACCF/AHA Performance Measures

ACCF/AHA Methodology for the Development of Quality Measures for Cardiovascular Technology

A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Performance Measures

WRITING COMMITTEE

Robert O. Bonow, MD, MACC, FAHA, Co-Chair; Pamela S. Douglas, MD, MACC, FAHA, Co-Chair;
Alfred E. Buxton, MD, FACC, FAHA; David J. Cohen, MD, MSc, FAHA;
Jeptha P. Curtis, MD, FACC; Elizabeth DeLong, PhD; Joseph P. Drozda, Jr, MD, FACC;
T. Bruce Ferguson, Jr, MD, FACC, FAHA; Paul A. Heidenreich, MD, MS, FACC, FAHA;
Robert C. Hendel, MD, FACC, FAHA; Frederick A. Masoudi, MD, MSPH, FACC, FAHA;
Eric D. Peterson, MD, MPH, FACC, FAHA; Allen J. Taylor, MD, FACC

ACCF/AHA TASK FORCE ON PERFORMANCE MEASURES

Eric D. Peterson, MD, MPH, FACC, FAHA, Chair;
Frederick A. Masoudi, MD, MSPH, FACC, FAHA*; Elizabeth DeLong, PhD;
John P. Erwin III, MD, FACC; Gregg C. Fonarow, MD, FACC, FAHA;
David C. Goff, Jr, MD, PhD, FAHA; Kathleen Grady, PhD, RN, FAHA, FAAN;
Lee A. Green, MD, MPH; Paul A. Heidenreich, MD, MS, FACC, FAHA;
Kathy J. Jenkins, MD, MPH, FACC; Ann Loth, RN, MS, CNS; David M. Shahian, MD, FACC

Summary Statement—Consistent with the growing national focus on healthcare quality, the American College of Cardiology Foundation (ACCF) and the American Heart Association (AHA) have taken a leadership role over the past

Implantación de Tecnología Sanitaria

- No puede pedirse que no se usen las innovaciones tecnológicas hasta que no hayan mostrado un impacto en salud:
 - Debe realizarse un uso “controlado”
 - Colaborar con la industria para obtener esa información
 - Los resultados benefician a todos
 - Extender la técnica cuando haya datos sobre salud
 - Si nadie hubiera utilizado y trabajado para mejorar la primera Resonancia Magnética (o RX, TV, etc.) no tendríamos los equipos actuales.



Uso Apropriado de Recursos

APPROPRIATE USE OF ECHOCARDIOGRAPHY

ACCF/ASE/AHA/ASNC/HFSA/HRS/SCAI/SCCM/ SCCT/SCMR 2011 Appropriate Use Criteria for Echocardiography

A REPORT OF THE AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY FOUNDATION APPROPRIATE USE CRITERIA TASK FORCE, AMERICAN SOCIETY OF ECHOCARDIOGRAPHY, AMERICAN HEART ASSOCIATION, AMERICAN SOCIETY OF NUCLEAR CARDIOLOGY, HEART FAILURE SOCIETY OF AMERICA, HEART RHYTHM SOCIETY, SOCIETY FOR CARDIOVASCULAR ANGIOGRAPHY AND INTERVENTIONS, SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE, SOCIETY OF CARDIOVASCULAR COMPUTED TOMOGRAPHY, SOCIETY FOR CARDIOVASCULAR MAGNETIC RESONANCE AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS

(J Am Soc Echocardiogr 2011;24:229-67.)

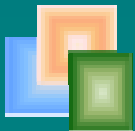
Keywords: ACCF Appropriate Use Criteria, Cardiac imaging, Coronary artery disease, Diagnostic testing, Echocardiography

ECHOCARDIOGRAPHY WRITING GROUP

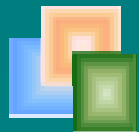
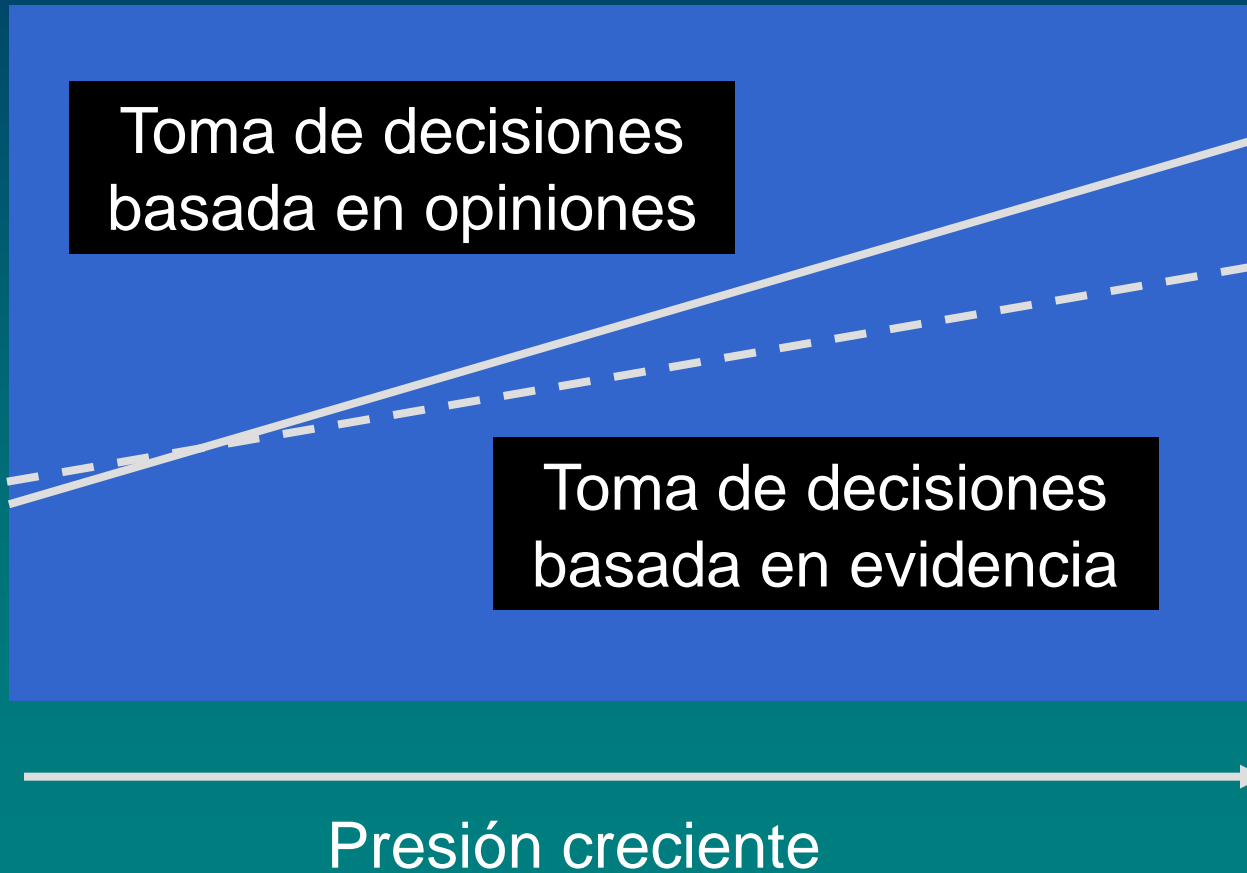
Pamela S. Douglas, MD, MACC, FAHA, FASE, Chair*
Mario J. Garcia, MD, FACC, FACPT
David E. Haines, MD, FACC, FHRS†

TECHNICAL PANEL


Steven R. Bailey, MD, FACC, FSCAI, FAHA, Moderator
Rory B. Weiner, MD, Writing Group Liaison
Peter Alagona, Jr, MD, FACC*



Gestión Basada en la Evidencia



Medicina Basada en la Evidencia. Importancia de los Excluidos



CONSORT

TRANSPARENT REPORTING of TRIALS

Search:

Home CONSORT Statement Extensions About CONSORT Library of Examples Resources News

Overview

- 1 - Title and Abstract
- 2 - Introduction
- 3-12 - Methods
- ▼ 13-19 - Results
 - ▶ 13a - Participant flow
 - 13b - Losses and exclusions
 - 14a - Recruitment
 - 14b - Reason for stopped trial
 - 15 - Baseline data
 - 16 - Numbers analysed
 - 17a - Outcomes and estimation
 - 17b - Binary outcomes
 - 18 - Ancillary analyses
 - 19 - Harms

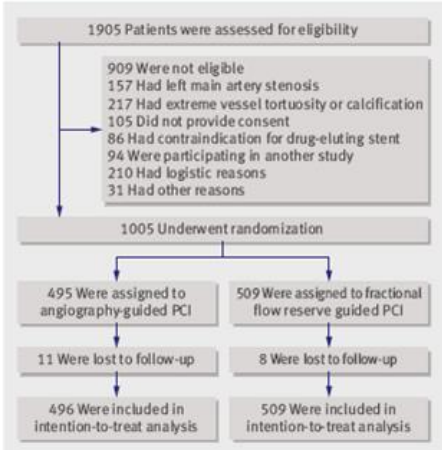
Participant Flow

A diagram is strongly recommended.

Item 13a - For each group, the numbers of participants who were randomly assigned, received intended treatment, and were analysed for the primary outcome

Examples

Fig 2. Flow diagram of a multicentre trial of fractional flow reserve versus angiography for guiding percutaneous coronary intervention (PCI) (adapted from Tonino et al(313)). The diagram includes detailed information on the excluded participants.



```
graph TD; A[1905 Patients were assessed for eligibility] --> B[1005 Underwent randomization]; A --> C["909 Were not eligible  
157 Had left main artery stenosis  
217 Had extreme vessel tortuosity or calcification  
105 Did not provide consent  
86 Had contraindication for drug-eluting stent  
94 Were participating in another study  
210 Had logistic reasons  
31 Had other reasons"]; B --> D["495 Were assigned to  
angiography-guided PCI"]; B --> E["509 Were assigned to fractional  
flow reserve guided PCI"]; D --> F["11 Were lost to follow-up"]; D --> G["496 Were included in  
intention-to-treat analysis"]; E --> H["8 Were lost to follow-up"]; E --> I["509 Were included in  
intention-to-treat analysis"];
```



Medicina Basada en la Evidencia

- “La práctica de la medicina basada en la evidencia significa la integración de la maestría clínica individual con las mejores evidencias clínicas externas disponibles, a partir de una investigación sistemática”


Sackett, 1997



Conclusiones

- Como médico, quiero ser eficiente. Eso es ÉTICO.
- Quiero tener libertad para hacer lo que, en base a la ciencia, crea mejor para mi paciente. Esa es la base de la relación médico-paciente y del sistema sanitario. Eso es ÉTICO.
- Quiero tener acceso a nuevos tratamientos y tecnologías. Eso es ÉTICO.
- Quiero que se mida mi práctica también en términos de resultados en salud, y no solo en "coste". Eso es EFICIENCIA.
- Quiero ser responsable con mi comunidad y utilizar los recursos de la forma más eficiente posible, siempre que eso no vaya en contra de mi paciente. Eso es ÉTICA y EFICIENCIA.





Preguntas Mesa 8:
**Innovaciones diagnósticas y
terapéuticas: responsabilidad
profesional y ética.**

1. ¿Piensa usted que desde un punto de vista deontológico es correcto indicar y/o recomendar sistemáticamente determinadas pruebas diagnósticas y/o tratamientos, a sabiendas de que son de dudosa utilidad?

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. En desacuerdo
4. Totalmente en desacuerdo
5. NS/NC

2. ¿Piensa usted que el futuro del SNS estará condicionado por el uso correcto de las nuevas técnicas y tecnologías diagnósticas y terapéuticas para lo que es imprescindible la recuperación de la motivación y compromiso de los profesionales con el SNS?

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. En desacuerdo
4. Totalmente en desacuerdo
5. NS/NC

3. ¿Piensa usted que en España no se realiza una evaluación correcta de las nuevas tecnologías antes de su implantación y financiación por el SNS ni tampoco un seguimiento posterior de las mismas?

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. En desacuerdo
4. Totalmente en desacuerdo
5. NS/NC

4. ¿Piensa usted que la decisión de incorporar determinadas innovaciones tecnológicas son debidas por presiones de la industria sobre profesionales, gestores y administraciones?

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. En desacuerdo
4. Totalmente en desacuerdo
5. NS/NC

5. ¿Piensa usted que se debería mejorar la labor de los organismos encargados de la evaluación y seguimiento de las tecnologías sanitarias con criterios de transparencia y eficiencia?

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. En desacuerdo
4. Totalmente en desacuerdo
5. NS/NC

Modulo III

Mesa 9

Mesa 10

Mesa 11



Mesa 9:

EL APRENDIZAJE DE LA MEDICINA Y LA FORMACIÓN DEL MÉDICO





III Convención de la Profesión Médica

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

Mesa 9





El aprendizaje de la Medicina y la formación del médico

Arcadi Gual

Fundación Educación Médica

Es un hecho que la sociedad reclama un cambio de paradigma educativo para la formación de los médicos, -centrado hasta ahora en el conocimiento científico de la enfermedad antes que en el paciente y preocupado más de enseñar que de aprender-, para el cual el Espacio Europeo de Educación Superior ha diseñado un marco de referencia⁽¹⁻⁵⁾.

Si hay médicos es porque existen pacientes. El médico está para instruir, ayudar, acompañar y en ocasiones curar pacientes. Si el médico quiere instruir deberá aprender cómo ser buen comunicador. Si el médico quiere ayudar deberá ser altruista y aprender cómo es y qué necesita el paciente. Si el médico quiere acompañar deberá aprender a respetar al paciente y ser paciente con él. Si el médico quiere curar deberá aprender a manejar las enfermedades. Si el médico del siglo XXI quiere ser reconocido, tanto por el paciente como por la ciudadanía, deberá además aprender a trabajar en equipo, a gestionar, a trabajar en empresas, a dominar el uso de las TIC y los idiomas, a ser líder, a manejar el coste/eficiencia, a respetar el medio ambiente. Afortunadamente es posible explicar todo esto de forma más sencilla: el médico ha de ser un profesional.

Sobre dos cuestiones, al menos, no se nos plantean dudas, *i)* el paciente debe centrar el aprendizaje del grado, de la especialidad y del Desarrollo Profesional Continuo (DPC), *ii)* el médico debe aprender mucho más que enfermedades. Estas dos cuestiones, que podemos calificar de dogmas¹, ¿son tenidas en cuenta por la universidad, responsable de la formación de grado, por los centros asistenciales, responsables de la formación especializada, y por las estructuras responsables del DPC?

¹ Según la RAE: Proposición que se asienta por firme y cierta y como principio innegable de una ciencia.



En el bien entendido que todo se puede aprender y que todo es susceptible de mejora, es una responsabilidad de los políticos y de la administración, de las instituciones educativas, de los centros asistenciales-docentes, de las corporaciones profesionales, de las empresas asistenciales y sus gestores, de las industrias biomédicas, y de los pacientes y sus asociaciones, facilitar el aprendizaje a los médicos indicándoles lo que realmente les ha de ser útil, lo que la ciudadanía espera de ellos, lo qué deben aprender o, sencillamente, cómo se espera que ejerzan. El médico o futuro médico no puede ser autodidacta por el exponencial crecimiento de los conocimientos y competencias que requiere. Por ello cabe preguntarse ¿las instituciones responsables de su proceso formativo, le guían bien? ¿cumplen todas estas instituciones con su responsabilidad social?

No por clásico es menos cierto que hay tres etapas bien diferenciadas en la formación/aprendizaje de los médicos. Primero la fase universitaria en la que se aprenden las unidades básicas de conocimientos/habilidades/actitudes. Luego le sigue el periodo de la formación especializada en el que estas unidades básicas se contextualizan en la asistencia real, y finalmente la fase más larga, la del ejercicio profesional, en la que los referentes no son otros que mantener la competencia y caminar en pos de la excelencia. Pero no por clásico es menos cierto que éstos tres periodos son compartimentos estancos, sin fisuras, y que no muestran entre ellos los necesarios puentes ni coordinación alguna. Tampoco han mostrado, hasta la fecha, una voluntad de cumplir su responsabilidad social ofreciendo a los médicos la guía de formación actualizada a los cambios y demandas sociales. Para dirigir el aprendizaje un médico requiere, hoy más que nunca, una dirección clara para ser competente y para alcanzar el nivel de competencia que demandan los pacientes y la ciudadanía.



El siglo XXI ha dado paso a un cambio de era que ha introducido nuevos paradigmas. Estamos viviendo diferentes cambios, demográficos, epidemiológicos, organizativos, tecnológicos, de gestión, e incluso de los propios fines de la medicina. No son menores otros cambios sociales (individuo/familia) o económicos (abundancia/carencia) que han transformado un entorno seguro en uno nuevo lleno de incertidumbres. La sociedad ve languidecer el estado del bienestar, reclama una nueva forma de vida y esta es cada vez más larga, y en la que la salud adquiere una dimensión que va más allá de la de no estar enfermo. Porque la sociedad exige una nueva forma de vivir y de entender la salud, es necesario una nueva estructura sanitaria, y para conseguirlo se requiere una nueva formación de los médicos con nuevas competencias a desarrollar. En el nuevo orden de competencias los médicos no deben retener competencias históricamente propias sino que deberán saber cuales han de ceder a otras profesiones sanitarias entendiendo que ceder no es perder, antes al contrario, es recuperar espacio para dar cabida a nuevas competencias sobre las que el médico tendrá principal responsabilidad. Nos dirigimos a una sociedad abierta en la que rendir cuentas no sólo es una expectativa social sino que también es una exigencia.

Como paradigma de la sociedad del conocimiento las TIC han superado la compartimentación y han creado una red de elementos comunicados que ha conducido a lo que hemos venido a llamar globalización. La complejidad y la diversidad del mundo actual evidencian la caducidad de los modelos pensados hasta ahora. El “*texto*” de nuestro pensamiento debe adaptarse al “*contexto*” actual⁽⁶⁾. Por ello debemos plantearnos superar el pensamiento fragmentado, disperso, desunido y compartimentado. La trans-disciplinariedad debe ser utilizada como un instrumento para unir diversas aproximaciones, para fundir en uno nuevo los diversos discursos de pensamiento de cada disciplina, y cuyo resultado de lugar a algo más que la suma de las partes. Necesitamos una reforma del pensamiento que permita no sólo separar para conocer, sino también unir lo que está separado.



En función de este nuevo paradigma, y de las consecuencias que conlleva para las instituciones responsables de la formación de los médicos, se deberá considerar qué cambios de estrategias, de procesos educativos y, posiblemente, de objetivos institucionales deben ser activados y, tal vez, acelerados con urgencia.

Es una responsabilidad de las instituciones asegurar a la ciudadanía la formación de médicos con probada competencia profesional. No es ni ética ni socialmente justificable que, por el coste o por o desidia de algunos colectivos, se mantenga la formación médica propia del anterior milenio.

Referencias

1. Karle H. International recognition of basic medical education programs. *Med Educ* 2008; 42: 12-17.
2. Palés-Argullós J, Nolla-Domenjó M, Oriol-Bosch A, Gual A. Proceso de Bolonia (I): educación orientada a competencias. *Educ Med* 2010; 13 (3): 127-135
3. Prat-Corominas J, Palés-Argullós J, Nolla-Domenjó M, Oriol-Bosch A, Gual A. Proceso de Bolonia (II): educación centrada en el que aprende. *Educ Med* 2010; 13 (4): 197-203
4. Gual A, Palés-Argullós J, Nolla-Domenjó M, Oriol-Bosch A. Proceso de Bolonia (III): Educación en valores: profesionalismo. *Educ Med* 2011; 14 (2): 73-81
5. Prat-Corominas J, Oriol-Bosch A. Proceso de Bolonia (IV): Currículo o plan de estudios. *Educ Med* 2011; 14 (3): 141-149
6. Fundació Cercle per al Coneixement. www.criterisconsideracions.cat . Quart criteri. Una eina per pensar els models. 2010



III Convención de la Profesión Médica

La enseñanza de la Medicina y la formación del médico

Madrid, 17-18 de Noviembre de 2012

Arcadi Gual Sala

Fundación



Educación Médica

La enseñanza/aprendizaje de la Medicina y la formación del médico. De **qué** hablamos



- Se puede formular de diferentes maneras, pero la formación de médicos profesionales sólo tiene una razón de ser:
 - La mejor atención al ciudadano/paciente
 -
 - El mejor acto profesional posible (en cada lugar y en cada momento)

La enseñanza de la Medicina y la formación del medico. Contexto (1)



- Estamos viviendo una crisis económica, pero la sociedad exige más que nunca una buena atención sanitaria.
- Las soluciones deben buscarse en los valores dominantes de la nueva era: **el conocimiento** (que debe ser incorporado y utilizado por las personas).
- El máximo valor del que hoy dispone el sistema sanitario, se encuentra en **los profesionales**.

La enseñanza de la Medicina y la formación del medico. Contexto (2)

- Hoy por hoy la medicina sigue centrándose en la enfermedad por lo que los profesionales saben más de enfermedad que de salud
- Ser profesional médico es algo más que atender pacientes de forma efectiva
- ^{*} Es necesario rediseñar las estrategias institucionales de formación de los profesionales de la salud si se quiere lograr un efecto positivo en los indicadores de salud

Periodos de aprendizaje



1. Formación Académica

1. Grado / Master / Grado-Master
2. Doctorado
3. Otros Grados o Maestrías
4. Otros diplomas académicos (Actividades de Posgrado)

2. Formación especializada

1. Especialidad Médica Oficial
2. Áreas de Capacitación Específica (ACEs)

3. Desarrollo Profesional Continuo (DPC)/Formación continuada (FC)

1. Reconocimiento de otras actividades formativas (créditos)
2. Diplomas de Acreditación y Diplomas de Acreditación Avanzada
3. Re-acreditaciones
 - Re-colegiación, VPC (Valores profesionales, Competencias genéricas)
 - Re-certificación (Competencias específicas)

~~El *continuum* educativo~~



- El grado-master es propiedad de la universidad
- La formación especialistas es propiedad de las instituciones sanitarias acreditadas para la docencia
- El DPC y la FC son propiedad de una caja negra de dueño incierto (¿Sociedades científicas?)

Credenciales competenciales de los médicos



- **Títulos profesionales**
 - Licenciatura/Grado/Master/Doctorado
 - Especialidad/Áreas Capacitación Específica (ACEs)
 - Diplomas Acreditación (DA) y Avanzada (DAA)
- **Códigos profesionales y Estándares competenciales**
 - Código deontológico
 - Valores profesionales (Profesionalismo)
 - Competencias profesionales
- **Mantenimiento/Renovación de competencias**
 - Genéricas o Transversales
 - Específicas (de especialidad)
 - Perfil del puesto de trabajo

Registro
Licencia

VPC
Re-certificación
Carrera Profesional

Instituciones/Organizaciones implicadas en la formación médica



1. *Instituciones del sistema educativo*
2. *Instituciones del sistema sanitario*
3. *Instituciones/Organizaciones profesionales*
4. *Organizaciones industriales, comerciales e intermediadoras (MECs)*
5. *Organizaciones de la Ciudadanía
(Asociaciones de ciudadanos/pacientes y
las Redes Sociales)*

Competencias. CanMEDS,

Physician competency framework

Royal College of Physicians of Canada, 2005



- Experto
- Comunicador
- Colaborador
- Gestor
- Defensor de la salud (*Health Advocate*)
- Académico (*Scholar*)
- Profesional

-
- ¿Quién y cómo se garantiza a la ciudadanía la adecuada competencia de los profesionales de la salud y en particular la de sus médicos?

De la teoría a la acción



- Hoy la sociedad es protagonista, está informada y exige una nueva forma de entender la salud; por ello es necesario formar médicos con competencias adecuadas a los cambios
- No es ni ética ni socialmente justificable que se mantenga la formación de los profesionales de la salud propia del anterior milenio
- Bolonia ha pedido y señalado cambios pero hemos estado más interesados en hacer “cosas” que en hacerlas mejor

De la teoría a la acción



- En la formación de médicos se necesita un plan común de todas las instituciones implicadas que supere el pensamiento fragmentado, disperso, desunido y compartimentado.

De la teoría a la acción

OMC y Colegios profesionales

- Los tiempos de auto-exigencia y compromiso han llegado, ¿Estamos preparados para ello?
- La OMC :
 - Código deontológico
 - Validación Periódica de la Colegiación, VPC
 - Fundación para la Formación Continuada
 - Acuerdo de bases para la recertificación con SSCC
 - Diálogo con la Conferencia de Decanos
- ¿Los Colegios profesionales seguirán en movimiento?

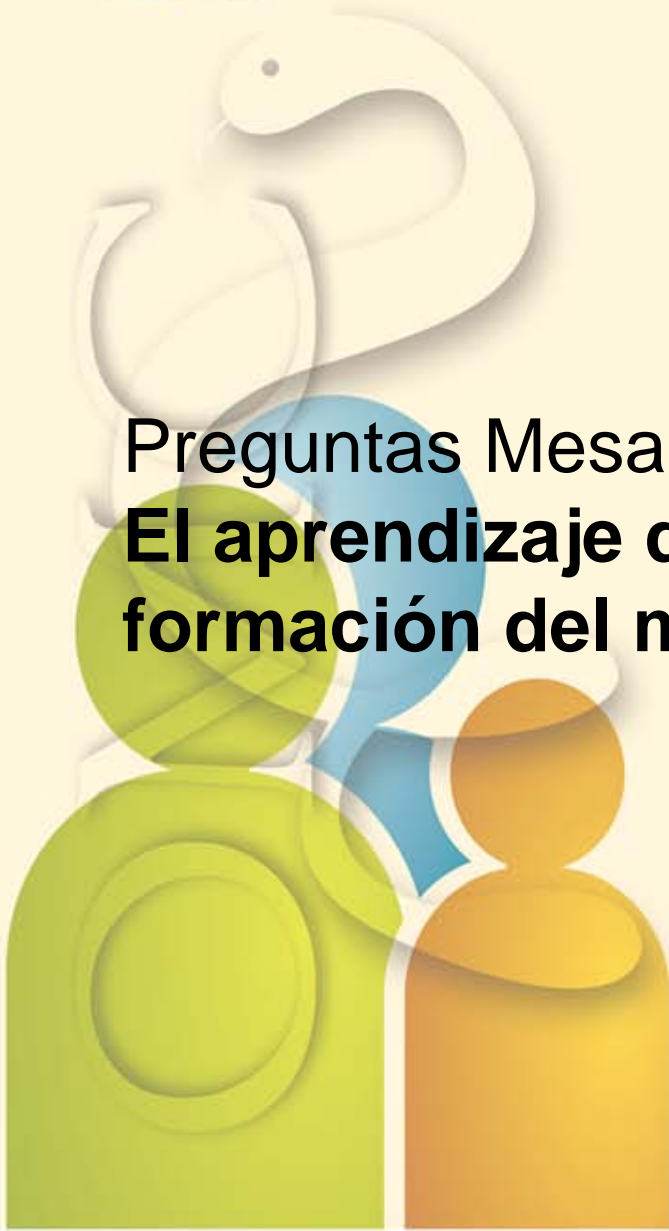
Muchas gracias por su
atención



agual@ub.edu

Preguntas Mesa 9:

**El aprendizaje de la medicina y la
formación del médico**



1. El Plan Bolonia marca las directrices y métodos de la enseñanza de pregrado en las Facultades de Medicina ¿cree que están preparadas y dotadas nuestras estructuras docentes (personal y medios) para afrontar con garantías el cumplimiento de los objetivos que marca dicho Plan?

1. Si. Están totalmente preparadas.
2. Si están preparadas.
3. No están preparadas.
4. En absoluto están preparadas
5. No sabe/no contesta

2. ¿Piensa usted que el desarrollo de la figura del tutor mejorara la formación médica especializada en el momento actual?

1. Si. Totalmente de acuerdo.
2. Si. De acuerdo.
3. No. En desacuerdo.
4. No. Totalmente en desacuerdo.
5. No sabe/No contesta.

3. ¿Está usted de acuerdo con que el sistema MIR es un sistema que debe actualizarse a pesar de las discrepancias que puedan existir con las especialidades que conforman los troncos propuestos?

1. Si. Totalmente de acuerdo.
2. Si. De acuerdo.
3. No. En desacuerdo.
4. No. Totalmente en desacuerdo.
5. No sabe/No contesta.

4. ¿Piensa usted que los Colegios de Médicos deberían desempeñar un papel más activo en la formación médica de pre y postgrado como ocurre en otros países de la UE?

1. Si. Totalmente de acuerdo.
2. Si. De acuerdo.
3. No. En desacuerdo.
4. No. Totalmente en desacuerdo.
5. No sabe/No contesta.

5. ¿Piensa usted que en España asistimos a una buena coordinación entre las enseñanzas de pregrado y postgrado?

1. Si. Totalmente de acuerdo.
2. Si. De acuerdo.
3. No. En desacuerdo.
4. No. Totalmente en desacuerdo.
5. No sabe/No contesta.

Mesa 10:

EL EJERCICIO DE LA MEDICINA: VALORES HUMANÍSTICOS, DEONTOLÓGICOS, CIENTÍFICOS Y





III Convención de la Profesión Médica

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

Mesa 10





EL EJERCICIO DE LA MEDICINA: VALORES HUMANÍSTICOS, DEONTOLÓGICOS, CIENTÍFICOS Y TÉCNICOS

María Castellano Arroyo

La Medicina como profesión: Una profesión es aquella actividad cuyo ejercicio exige una formación reglada conforme a un programa oficial aprobado y supervisado en su cumplimiento por el Estado; cuando se completa la formación, se produce un doble resultado: el profesional obtiene el título oficial por el que el Estado le reconoce que está preparado para prestar sus servicios a los ciudadanos, al tiempo que garantiza a éstos que recibirán unos servicios de calidad, proporcionados por profesionales acreditados oficialmente.

A las profesiones el Estado les reconoce su capacidad de autorregulación a través de los Colegios Profesionales.

Esta es la situación de la Medicina; el control y regulación del ejercicio médico tiene un fin principal, el beneficio de los ciudadanos con la satisfacción de sus necesidades sanitarias por profesionales de prestigio, en los que se asegura el conocimiento de su profesión, y actuaciones conformes a las exigencias de normas deontológicas apropiadas, impuestas a sí mismos por los médicos (desde la época hipocrática) y vigiladas por el Colegio Profesional.

Con la modernización de las organizaciones sociales, el funcionamiento colegial incorporó nuevas funciones, así, en el ámbito científico pasó a servir como foro de actualización de conocimientos y puesta al día en la rápida evolución del quehacer médico especializado; en el orden social se favoreció la solidaridad con la familia de médicos fallecidos en edades jóvenes (patronato



y fundación de huérfanos, etc.) o se crearon residencias para jubilados; el campo del aseguramiento tuvo en cuenta, junto a aseguramientos diversos, la cobertura de la responsabilidad profesional, progresivamente preocupante en el último cuarto del siglo XX e inicios del XXI; y ya en los últimos años, planes de ayuda para médicos afectados por problemas especiales de salud, relacionados con las adicciones (PAIME), han tenido buena acogida y son ejemplo claro de la doble preocupación de los Colegios de Médicos, el prestigio y la categoría personal y profesional de sus colegiados y el efecto que esto tiene en los ciudadanos a los que sirven; todo lo que mejore la imagen del médico será bueno para el paciente, a través de una relación confiada, respetuosa, eficaz y eficiente.

Desde la antigüedad la figura del médico representaba un estatus social reconocido y respetado; el médico era un sabio, un filósofo y un estudioso del cuerpo humano, de la salud y la enfermedad.

El médico ponía en práctica sus conocimientos asistiendo a los enfermos, en una relación desigual respecto a la dignidad de ambos.

No obstante, la experiencia de la relación directa y personal produjo en los médicos la reflexión sobre lo que significaba entrar en la intimidad de la persona, conocer su sufrimiento, sus hábitos, sus sentimientos..., de esta reflexión nació el sentido del deber moral hacia las personas enfermas: los valores ético-deontológicos ¿Cómo debo comportarme con estas personas consideradas, socialmente indignas, sin firmeza, dependientes del médico y de sus decisiones?.

Así surgen los valores deontológicos: Hacer lo mejor por el enfermo, bajo mi propia exigencia moral. ¿Y que es lo mejor para el enfermo?: hacer por él lo que yo, como médico, considere más favorable: Tratarlo dignamente y no aprovecharse de su cuerpo, mantener en secreto sus confidencias, respetar su vida...



Son los valores reflejados en el Juramento hipocrático, que se han mantenido como universales y permanentes en el quehacer médico, y que se han ampliado con la evolución científica y social. Actualmente el médico no es el protector del enfermo (persona sin firmeza) sino que ha pasado a ser el protector y defensor de los derechos del paciente.

En el siglo XXI el médico sigue teniendo unos deberes para con el paciente, pero ya no son sólo los deberes morales que él se impuso a sí mismo, sin ninguna exigencia legal; a día de hoy, a esto se añade que el médico tiene deberes porque el paciente tiene derechos.

Aunque los derechos del paciente son amplios y están legalmente protegidos, los médicos, siguen proporcionando una asistencia que va más allá de la exigencia legal; los valores ético-deontológicos tienen más vigencia que nunca, ya que la ciencia gana omnipotencia respecto a la vida humana y a la salud, y ante muchas actuaciones es preciso preguntarse si ese acto, posible científica y técnicamente, es moralmente aceptable y favorable para el paciente.

Valores deontológicos de la profesión médica

- **Ponerse y estar al servicio del ser humano respetando su dignidad, actuando siempre con justicia y equidad**

Este principio contiene múltiples facetas que desglosamos:

- 1. El respeto a la vida humana, considerando que el ciclo biológico de un ser humano se inicia con la fecundación y finaliza con la muerte y que la vida del ser humano es digna en todas sus fases.**
- 2. Hacer lo mejor por el paciente pero respetando su autonomía o derecho a decidir por sí mismo lo que considera más favorable.**



Este sería el valor deontológico de respetar la voluntad del paciente, cuando se le ha informado adecuadamente de todo lo relativo a su salud y remedios para su enfermedad.

3. Ser el garante del paciente cuando éste carece de autonomía (trastorno mental, menor de edad...) y quienes legalmente lo representan no toman las decisiones más favorables en lo científico o en lo humano y personal.

4. La protección de la intimidad del paciente, en todas sus formas, protección de sus datos, trato respetuoso a su cuerpo, sentimientos, creencias, etc. Esto va paralelo al secreto profesional como regla general de sigilo, confidencialidad y discreción.

5. La calidad de la asistencia, lo que exige al médico el estudio permanente para mantener la adecuada cualificación profesional, así como un comportamiento humano y respetuoso hacia el paciente en cualquier situación.

6. La valentía y entrega que lleva al médico a no abandonar a ningún paciente, aun en situaciones de riesgo para su propia salud.

7. El respeto de los médicos entre sí; esto es especialmente importante ante los pacientes, por el propio perjuicio que se hace al paciente por el descrédito de un médico en particular y de los médicos en general, ya que la confianza en la honorabilidad del médico y su valía profesional es un factor fundamental en el proceso terapéutico.

Este respeto será manifiesto hacia los maestros y aquellos que generosamente transmiten sus conocimientos y experiencia; este es un valor hipocrático que no ha perdido vigencia



8. Aprovechar al máximo los recursos que se ponen a disposición del médico para la asistencia a los pacientes.

9. El médico debe buscar la equidad, para que los pacientes sean atendidos sin discriminación y según sus necesidades, de forma que ninguna persona quede abandonada en su enfermedad.

10. El cuidado de todas las facetas de la vida profesional y personal que dignifiquen la imagen del médico para que esta invite a la confianza y el respeto del paciente.

Valores humanísticos de la profesión médica

El ser humano inteligente, consciente y libre para elegir, lleva consigo una dimensión moral y a una dignidad diferente y superior a la de cualquier otro elemento de la naturaleza, lo cual significa compromiso y responsabilidad.

El reconocimiento de esta realidad es el origen del pensamiento moderno, que considera a todas las personas iguales en su dignidad y en sus derechos, reconociéndose como el primero de ellos el derecho a la vida, seguido del derecho a la libertad, a la propiedad privada, etc., etc.

El médico tiene al ser humano como centro de su atención y cuidados; el respeto a cada ser humano en su dignidad y en sus circunstancias personales está implícito en cada acto médico. Se puede decir que cada médico es un humanista, porque en el cuidado individualizado y personalizado de su paciente cultiva todos los valores contenidos en el humanismo.

Los valores de humanismo son:

Respeto y Amor hacia el semejante.

Esto se expresa:

1. Respetar la libertad del paciente en las decisiones sobre su

salud, siempre que no sean contrarias a la ley o perjudiquen a otras personas.

2. La tolerancia que lleva al respeto hacia cada persona en su manera de ser, de sentir, de creer..., esto no significa satisfacer todas las demandas, las negativas se darán razonadas.

3. La compasión por la persona que sufre que lleva a ayudarla en la medida que se pueda.

4. La empatía o buena disposición en la prestación de asistencia y trato correcto

5. Mostrar solidaridad, generosidad y apoyo ante el sufrimiento

6. La templanza, en las reacciones y en las respuestas

7. La humildad en los aciertos y triunfos y en el reconocimiento de los errores.

8. Actuar desde la verdad, pero con delicadeza y sensibilidad

9. Tener como guías la honradez y la honestidad

10. Ser agradecidos y manifestar reconocimiento cuando sea preciso.

Valores científicos y técnicos de la profesión médica

El ejercicio médico actual se ajusta a las evidencias científicas. El médico está obligado a mantener actualizados sus conocimientos y a adquirir las habilidades que en su especialidad o trabajo se vayan aportando. Esto significa mantener la formación



continuada y actualizar su acreditación profesional.

Son valores científico-técnicos:

1. El estudio y preparación permanentes que mantengan la competencia y habilidad profesional. La actualización en los constantes avances científicos que se produzcan en su especialidad

2. No realizar actos asistenciales que sobrepasen la capacidad y preparación del médico. Reservar los actos médicos especializados a quienes estén en posesión del título correspondiente

3. Aplicar solo procedimientos o remedios científicamente probados como eficaces

4. La experimentación con seres humanos se atenderá a las normas legales y deontológicas, se evitarán las experiencias que sean posibles por otros medios alternativos de eficacia comparable o en las fases de la investigación en que no sea imprescindible

5. El bien del ser humano que participe en una investigación biomédica debe prevalecer sobre los intereses de la sociedad y de la ciencia.

6. Toda investigación estará guiada por el respeto hacia las personas participantes en la investigación, por ello se contará con su consentimiento. El médico responsable de un ensayo clínico responde también del respeto a la dignidad y a los derechos de los sujetos que participan.

7. El médico procurará contar con la tecnología, fármacos y métodos más modernos posibles, para ello lo solicitará de la administración, justificando las razones en beneficio de los

pacientes

8. La aplicación de los avances científicos y técnicos se harán a la luz de la dignidad de las personas. No todo lo que es técnicamente posible es moralmente aceptable; la reflexión ética acompañará siempre a las decisiones científicas.

TEMAS DE DISCUSIÓN

1. La educación en valores y la puesta en práctica de éstos a través de las virtudes es fundamental. ¿Hasta donde debe participar el médico en este proceso educativo de sus pacientes, aprovechando la oportunidad de la relación médico-paciente?

¿Debe el médico participar en un proceso educativo social sobre el deber de apreciar y hacer buen uso de los recursos comunes para la salud?

¿En que otros aspectos podría colaborar?

2. El deber de equidad en la asistencia sanitaria

- ¿Debe llevar al médico a defender una asistencia igual para todos los que vivan en nuestro país?

- ¿El médico debe aceptar que el Estado designe hasta donde y hasta quienes pueden llegar los recursos sanitarios disponibles?

- ¿Debe aceptar el médico que solo puede “regalar” los recursos que le sean propios, como su tiempo, su consulta privada, su colaboración voluntaria en proyectos, asociaciones, etc., etc.?

El ejercicio de la Medicina

Valores humanísticos, deontológicos,
científicos y técnicos

Marcos Gómez Sancho

Presidente de la Comisión Central de Deontología

Profesor de Cuidados Paliativos de la Universidad de Las Palmas



Medicina industrializada

(Horacio Jinich)

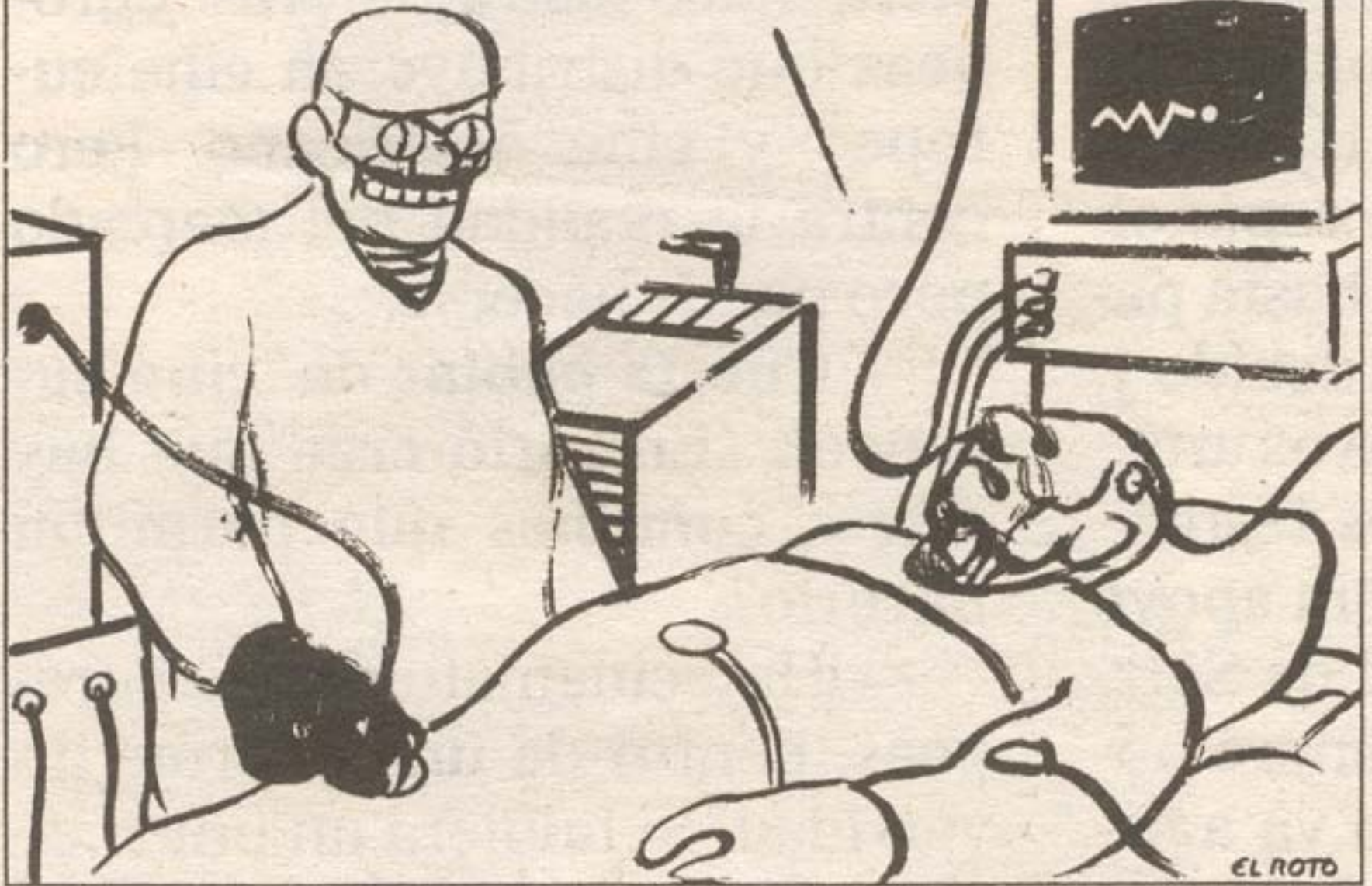
1. Alto costo y abuso de la tecnología
2. Obstinación terapéutica
3. Burocracia ("El mal del siglo XX")
4. Mala distribución de los recursos
5. Médicos capaces pero deshumanizados
ambiciosos y arrogantes

6. Comercialización de la salud (chequeos)
7. Médicos asalariados (antes ricos y poderosos)
8. Deterioro de la relación médico-enfermo
9. Juicios de mala práctica
10. Medicina Defensiva






DISCULPE MI IGNORANCIA, PERO ¿ES VD
EL MÉDICO O EL ELECTRICISTA?



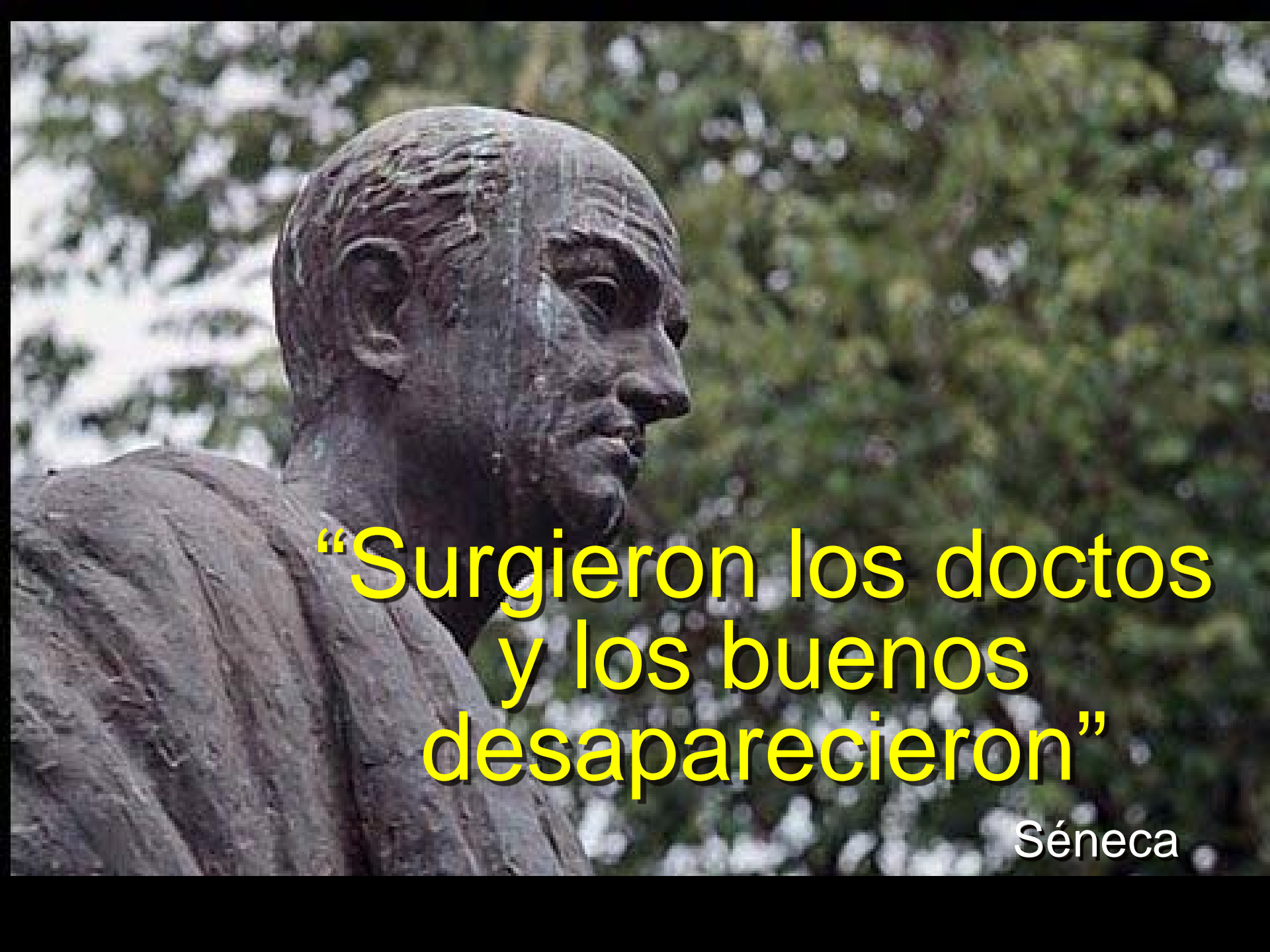
EL ROTO

EL ROTO



La máquina ha venido
a calentar el estómago del hombre,
pero ha enfriado su corazón.

Miguel Delibes



**“Surgieron los doctos
y los buenos
desaparecieron”**

Séneca

Vir bonus
medendi peritus



FAMOSO DOCTOR PARESELSVS

La Medicina es la más humana de las artes,
la más artística de las ciencias
y la más científica de las humanidades

E. Pellegrino

DIARIO MEDICO.COM

Congresos Archivo Empleo Quién es quién DM Móvil Documentos

Formación Medline Newsletter DM
Ir a > [ÁREA PROFESIONAL](#) [ÁREA CIENTÍFICA](#)

BUSCAR BÚSCAR

SECCIONES

- [SANIDAD](#)
- [PROFESIÓN](#)
- [NORMATIVA](#)
- [GESTIÓN](#)
- [ENTORNO](#)
- [MEDICINA](#)
- [INTERNET](#)
- [ÚLTIMAS](#)
- [ASESOR](#)
- [TECNOLOGÍA](#)
- [ESPECIALES](#)
- [ENTREVISTAS](#)

Diariomedico.com > Secciones

ESTA SEMANA EN TECNOLOGÍA

10 de septiembre de 2008

DM. Londres

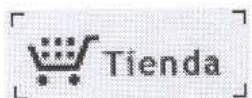
Un robot permite la visita virtual al paciente ingresado

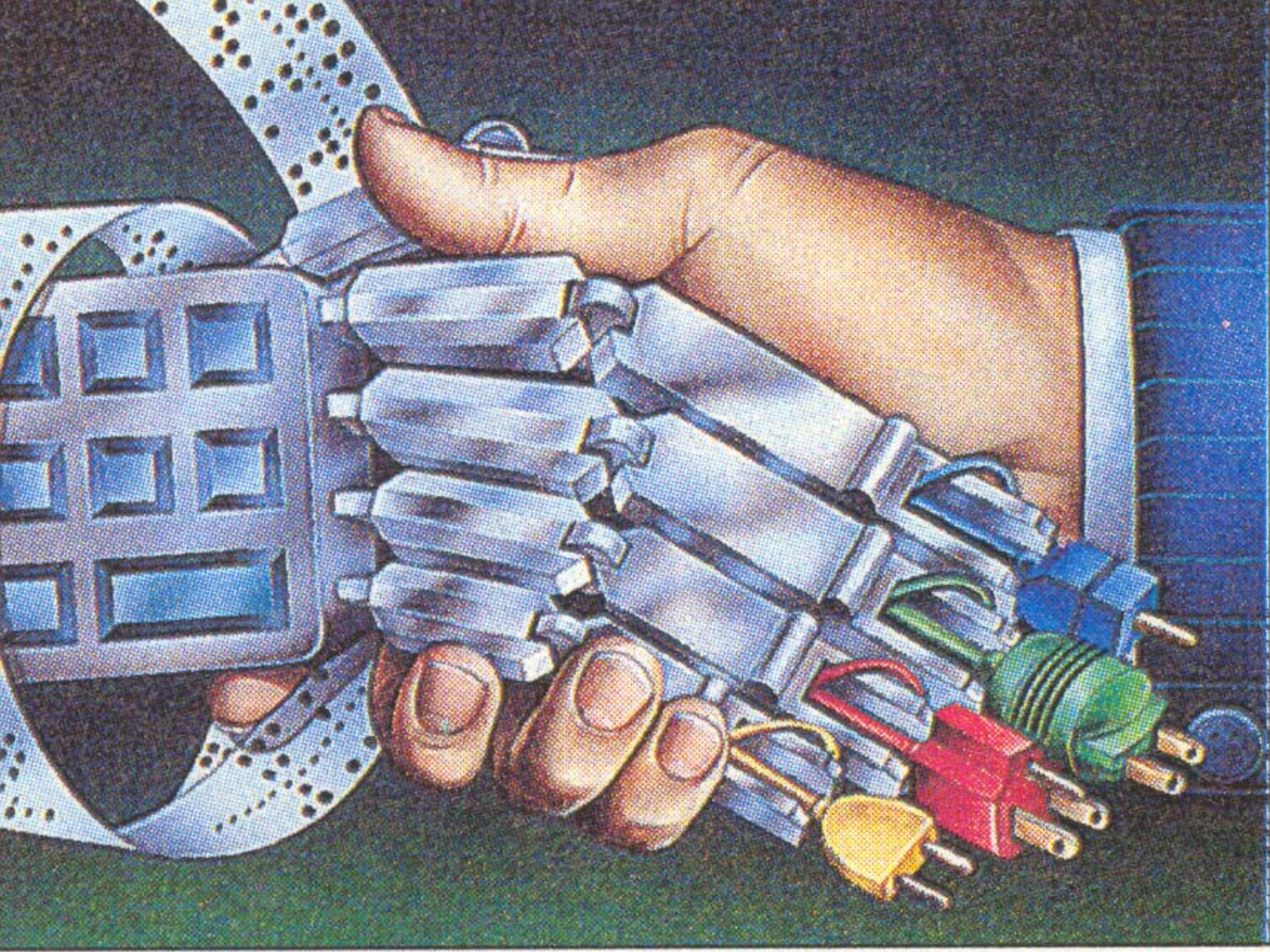
La visita virtual es una alternativa a los continuos desplazamientos de habitación en habitación para ver pacientes. Así lo creen en el Centro Médico Davis, que está probando la utilidad de un robot para facilitar comunicación entre médico y paciente en el postoperatorio.

El Centro Médico Davis de la Universidad de California, en Estados Unidos, ha hecho un fichaje realmente peculiar para completar su plantilla de profesionales. Se trata de Rudy, un robot de 90 kilos que mide 1,68 metros y que permite a los médicos charlar con los pacientes y sus familiares tras una intervención quirúrgica sin necesidad de que el profesional sanitario se desplace hasta la habitación del médico. El cuerpo de este ingenio se compone de una cámara capaz de grabar sonido, una pantalla de televisión y un micrófono. Rudy resulta

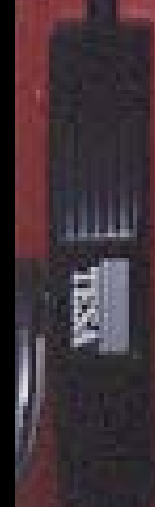
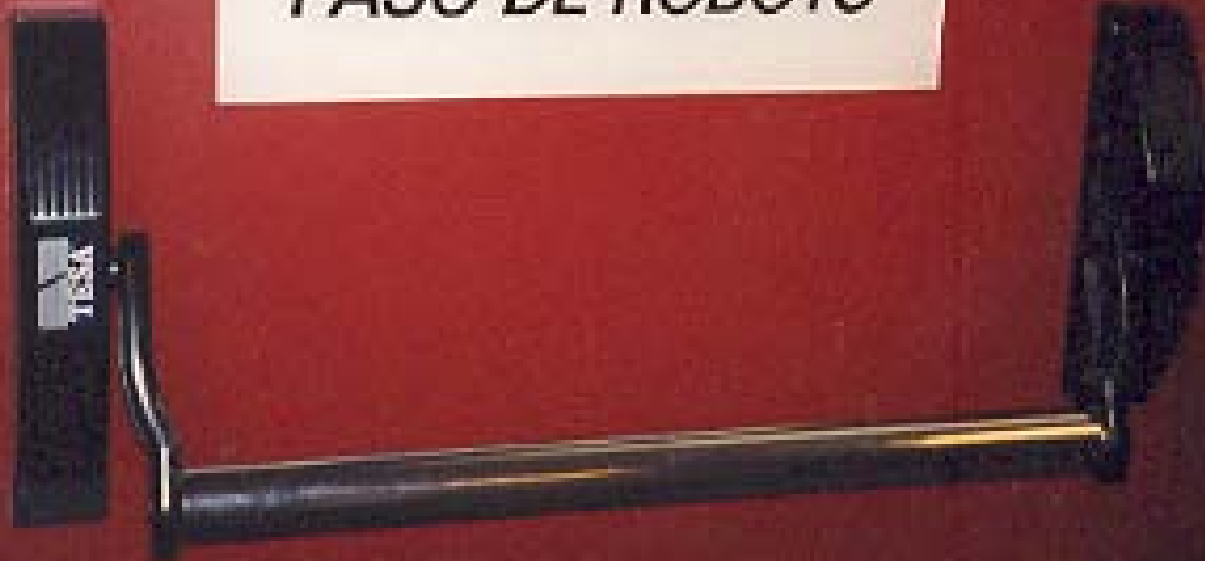
Y más...

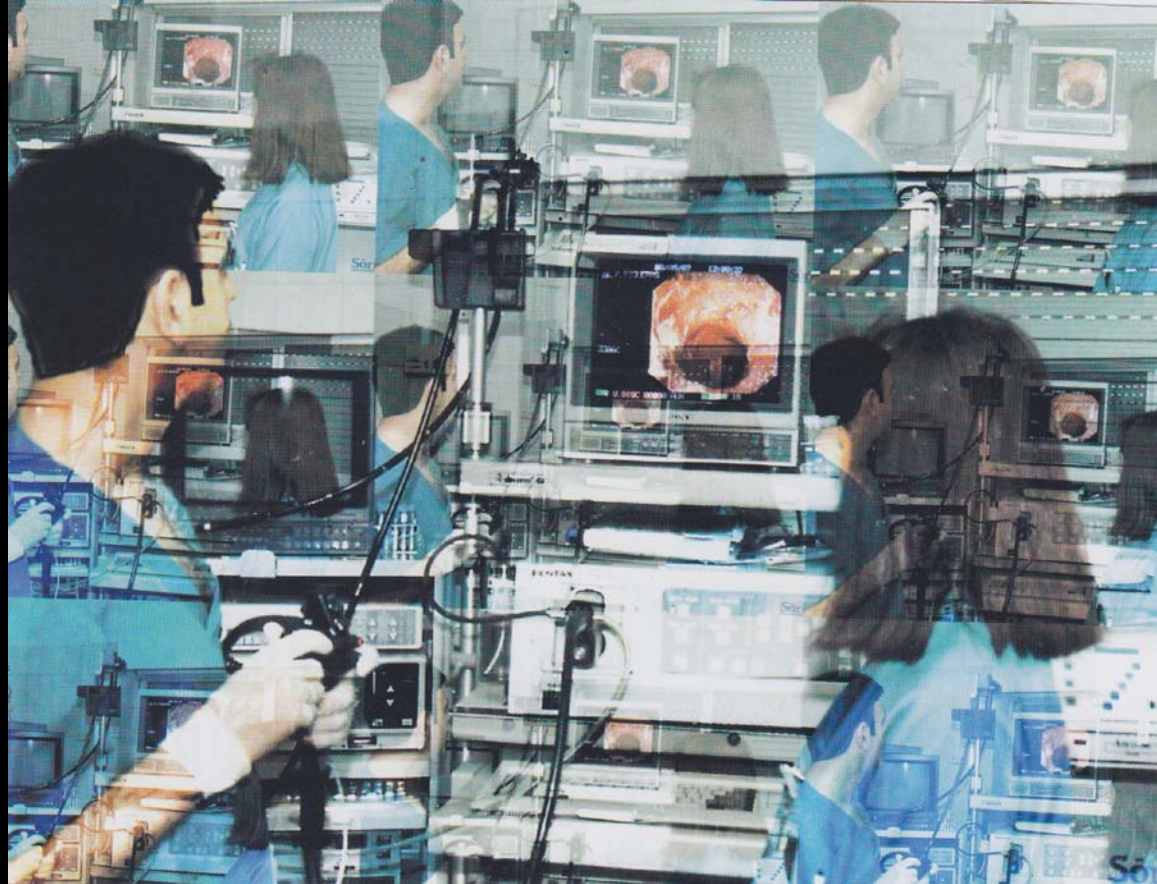
- Consulte el estudio completo





MANTENER
LAS PUERTAS CERRADAS
PELIGRO
PASO DE ROBOTS





**La grandeza de nuestra profesión
no radica en los medios, sino en su objeto:
el ser humano, el hombre sufriente**

6. Comercialización de la salud (chequeos)
7. Médicos asalariados (antes ricos y poderosos)
8. Deterioro de la relación médico-enfermo
9. Juicios de mala práctica
10. Medicina Defensiva

Código de Deontología

Art. 21.2

Las exploraciones complementarias no deben practicarse de manera rutinaria, indiscriminada o abusiva. La medicina defensiva es contraria a la ética médica.


LOS VALORES DE LA MEDICINA

Comisión "Los Valores de la Medicina del siglo XXI"
de la Organización Médica Colegial de España

Nuestros maestros se preguntaban
si la Medicina es más o menos
ciencia, arte o religión.

Nosotros nos preguntamos
si la Medicina es más o menos
industria, comercio o política

Mainetti



Los valores de la Medicina
en la asistencia sanitaria

Los valores de la Medicina
en la Universidad

Los valores de la Medicina
en la investigación

LOS VALORES DE LA MEDICINA EN LA ASISTENCIA SANITARIA

Elaborado por la Comisión "Los Valores de la Medicina del siglo XXI" de la Organización Médica Colegial de España.

Coordinador:

Marcos Gómez Sancho

Rogelio Altisent

Jacinto Batiz

Luis Ciprés Casasnovas

Pablo Fernández Gutiérrez

José Antonio Herranz Martínez

Manuel Pérez Martí

Joan Viñas



Relación de confianza con los enfermos

La recuperación de la dimensión humanística de la relación médico-paciente, es sin duda un elemento decisivo en la calidad asistencial. Ello, junto con una disponibilidad del tiempo necesario, conduce a una Medicina más satisfactoria para el paciente, mayor eficiencia en el uso de pruebas diagnósticas y prescripciones y con ello una menor iatrogenia.

Además de buena preparación científico-técnica el médico logrará la confianza del enfermo a través de una actitud compasiva, con empatía y respeto.

EN LA
ASISTENCIA
SANITARIA

- **Relación de confianza con los enfermos**
 - Relación médico-enfermo
 - Tiempo suficiente
 - Capacitación + actitud compasiva + respeto
 - Autonomía no es "abandono"
 - Prescripciones y exploraciones necesarias
(¡Medicina defensiva!)

- **Compromiso con la mejora continua de la calidad**
 - Formación continuada, docencia e investigación
 - Trabajo en equipo. Liderazgo del médico
 - Libertad de prescripción
- **Responsabilidad de la sociedad**
 - Responsabilidad compartida (visión utópica de la salud, consumismo sanitario...)
- **Responsabilidad de las instituciones**
 - Continuidad asistencial
 - Coordinación entre niveles asistenciales

Compromiso social del médico

Código de Deontología

Art. 17.1

El médico deberá asumir las consecuencias negativas de sus actuaciones y errores, ofreciendo una explicación clara, honrada, constructiva y adecuada.

Compromiso social del médico

- Enfermos crónicos (dependencia)
- Enfermos terminales
- Enfermedades raras
- Situaciones de:
 - *pobreza*
 - *marginalidad*
 - *inmigración*



LOS VALORES DE LA MEDICINA EN LA UNIVERSIDAD

Documento propuesto en la Subcomisión de Ética del Comité Permanente de Médicos Europeos. Bruselas.

Elaborado por la Comisión "Los Valores de la Medicina del siglo XXI" de la Organización Médica Colegial de España.

Coordinador:

Marcos Gómez Sancho

Rogelio Altisent

Jacinto Batiz

Luis Ciprés Casasnovas

Pablo Fernández Gutiérrez

José Antonio Herranz Martínez

Manuel Pérez Martí

Joan Viñas



La reflexión sobre los fines y las prioridades de la medicina lleva de la mano al análisis crítico de la formación universitaria. No hay duda de que los médicos europeos reciben una buena formación de pregrado y postgrado, lo cual viene avalado por el reconocimiento de los diferentes programas de formación de médicos y especialistas.

Sin embargo, también hay acuerdo en la necesidad de abordar reformas encaminadas a lograr un perfil de formación médica más centrada en la dimensión humana del paciente y en

- Fomentar la formación centrada en la dimensión social y humana del paciente (formación transversal y desde el primer año)
- La superespecialización conduce a la fragmentación conceptual del paciente :
 “despersonalización de la atención”
- Incremento de enfermedades crónicas
- Prioridades asistenciales (Intensivos/Paliativos)
- Promoción de la salud. Estilo de vida (médico educador y consejero)

- Respeto a los valores y los derechos del paciente
- Trabajo interdisciplinar y en equipo
- Incremento de la asistencia domiciliaria
- Formación en gestión de recursos (eficiencia, conciencia del coste, sostenibilidad...)
- La familia como microcosmos comunitario (asistencia domiciliaria).
- Coordinación sanitario/social (dependencia)
- Potenciar las cualidades del buen médico: cortesía, calidez, compasión...

*Si compadeces en algo, padeces.
Y médico que compadece
mejor medicina ofrece*

Aforismo popular

*Contra la enfermedad
juega también la amistad
comprensión y presencia,
aún más que ciencia.*

Aforismo popular



Ciencia y humanismo
han de ser un abrazo y no un muro
que separa razón y sentimiento.

Pablo Serrano



Sería bueno que cada profesor, que cada residente,
que cada estudiante,
tuviera presente al abordar al enfermo
la hermosa frase que sirvió de lema a la
“Segunda Conferencia Internacional
sobre la Humanización de la Medicina”,
(Roma en 1988):

“Todo enfermo es mi hermano”

Finalmente, el médico debe recordar que él mismo no está exento de la suerte común, sino que está sujeto a las mismas leyes de mortalidad y de enfermedad que los demás y se ocupará de los enfermos con más diligencia y cariño si recuerda que él mismo es su sufriente compañero.

Sydenham 1666

LOS VALORES DE LA MEDICINA EN LA INVESTIGACIÓN

*Elaborado por la Comisión
"Los Valores de la Medicina del siglo XXI"
de la Organización Médica Colegial de España.*

Coordinador:

Marcos Gómez Sancho

Rogelio Altisent

Jacinto Batiz

Luis Ciprés Casasnovas

Pablo Fernández Gutiérrez

José Antonio Herranz Martínez

Manuel Pérez Martí

Joan Viñas

EN LA INVESTI- GACIÓN



Introducción

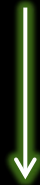
Investigar en medicina es buscar respuestas a las preguntas que plantean los problemas de salud del ser humano, y por ello la investigación debe estar siempre presente como una actitud en la práctica clínica, cualquiera que sea la especialidad o el nivel asistencial, puesto que la Medicina se cuestiona permanentemente nuevos interrogantes en su misión al servicio de la Humanidad.

Se puede afirmar, por tanto, que la investigación es un imperativo moral para la comunidad que forman los profesionales de la salud y especialmente para los médicos.

Modelos de investigación

Todo fenómeno humano es siempre y al mismo tiempo biológico, psicológico y social.

Modelo técnico-experimental



Investigación cualitativa

Promocionar investigación en Epidemiología y Salud pública

Aplicaciones y prioridades

OMS:

5% del gasto mundial en investigación está relacionado con las necesidades de los países en vías de desarrollo que sufren el 93% de la mortalidad prematura.

Estudios que por falta de rendimiento económico no reciben financiación de la industria

Aplicaciones y prioridades

Investigación en causas de mortalidad prematura evitable

- Accidentes de circulación y trabajo
- Hábitos tóxicos
- Estilos de vida poco saludables
(alimentación, sedentarismo...)
- Suicidio
-

El 47% de los españoles cree que la ética no debería poner límites a los avances científicos

- ▶ La anestesia, la lavadora, los medios de transporte y la energía eléctrica producida por el sol, los inventos más valorados

ABC / MADRID

Día 23/07/2012 - 17.35h



FÉLIX ORDÓÑEZ

Los ciudadanos de distintos países europeos y de EE.UU. valoran positivamente la ciencia

Aplicaciones y prioridades

- Tratamiento del dolor, cuidados paliativos
- Morbilidad, discapacidad y dependencia en la vejez
- Investigación sobre la tecnología sanitaria

“El PIB no refleja la salud de nuestros hijos, ni mide la belleza de nuestra poesía ni la solidez de nuestros matrimonios. No evalúa la calidad de nuestros debates políticos ni la integridad de nuestros representantes. No toma en consideración nuestro valor, sabiduría y cultura. Nada dice de nuestra compasión ni de la dedicación a nuestro país. En una palabra: el PIB lo mide todo, excepto lo que hace que valga la pena vivir la vida”

Bobby Kennedy

Cuando te comprometes profundamente
con lo que estás haciendo,
cuando tus acciones son gratas para ti y,
al mismo tiempo, útiles para otros,
cuando no te cansas al buscar
la dulce satisfacción de tu vida
y de tu trabajo,
estás haciendo aquello para lo que naciste.

Gary Zukav



El ejercicio de la medicina: valores científicos y técnicos

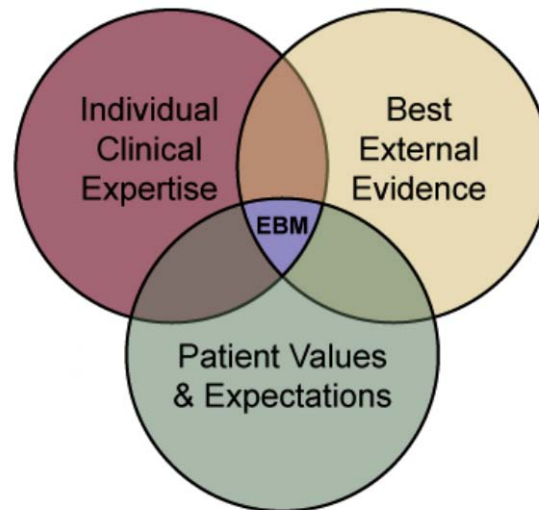
III Convención de la Profesión Médica

Un#poco#de#historia#

Medicina Basada en la evidencia

“Evidence-based medicine is the **integration** of best *research evidence* with *clinical expertise* and *patient values*”

- *Dave Sackett*



Escasos recursos en el cuidado de la salud podían ser eficientemente manejados, solo si nosotros conocíamos cuales tratamientos eran efectivos o cuáles no."

- @ Resaltó la gran utilidad de los ensayos clínicos aleatorizados."
- @ Denunció la falta de accesibilidad a informaciones de este tipo."
- @ Destacó la necesidad de llevar a cabo una revisión periódicamente actualizada de los resultados de las intervenciones sanitarias."

En octubre de 1993 un total de setenta y siete personas de once países cofundaron la Colaboración Cochrane. Responde al reto propuesto por el epidemiólogo Archie Cochrane: **ayudar al médico en el proceso de toma de decisiones**, realizando revisiones sistemáticas y de calidad de las investigaciones clínicas

Sistema SIGN* (I)

*: *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*

Niveles de evidencia científica

- 1++** Metaanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
- 1+** Metaanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgos.
- 1-** Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgos.
- 2++** Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
- 2+** Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
- 2-** Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
- 3** Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
- 4** Opinión de expertos.

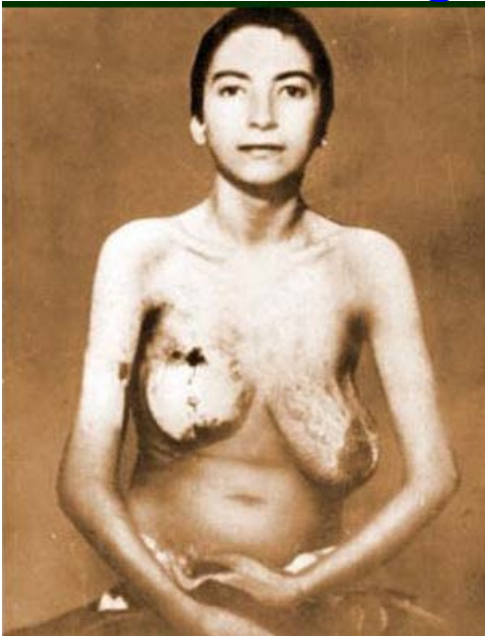
Sistema SIGN (yII)

Grados de recomendación

- A** Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
- B** Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+
- C** Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++
- D** Evidencia científica de nivel 3 ó 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+

Código de Nurember (1949)

Experimentos Nazis



ESTUDIO TUSKEGEE

(Alabama USA 1932 – 1972)

En 1932 el PHS (Servicio Público de Salud) de los Estados Unidos decide llevar a cabo un estudio sobre la evolución de la sífilis en la población negra de **Tuskegee**



ESTUDIO WILLOWBROOK

(USA 1950- 1970)

Estudio de hepatitis en **niños con defectos mentales**. Padres coercionados para aceptar.



ESTUDIO BROOKLYN

(Jewish Chronic Disease Hospital- 1963)

Inyección de células de cáncer de hígado en pacientes indigentes y ancianos sin su consentimiento (1963).



Declaración de Helsinki

La Declaración fue originalmente adoptada en junio de 1964 en Helsinki

Promulgada por [Asociación Médica Mundial](#)(WMA) como un cuerpo de principios éticos que deben guiar a la comunidad médica y otras personas que se dedican a la experimentación con seres humanos.

Por muchos es considerada como el documento más importante en la ética de la investigación con seres humanos, a pesar de que no es un instrumento legal que vincule internacionalmente.



CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA MÉDICA GUÍA DE ÉTICA MÉDICA

Capítulo XIV | INVESTIGACIÓN MÉDICA SOBRE EL SER HUMANO |

Artículo 59 |

cuando el avance científico no sea posible por otros medios

protección de los individuos pertenecientes a colectivos vulnerables

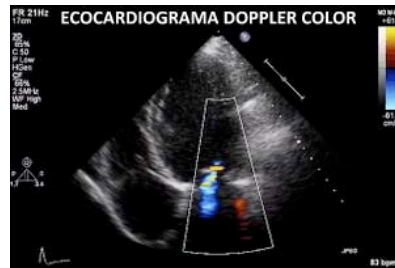
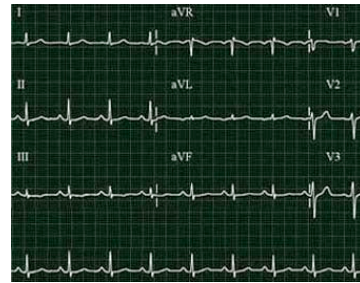
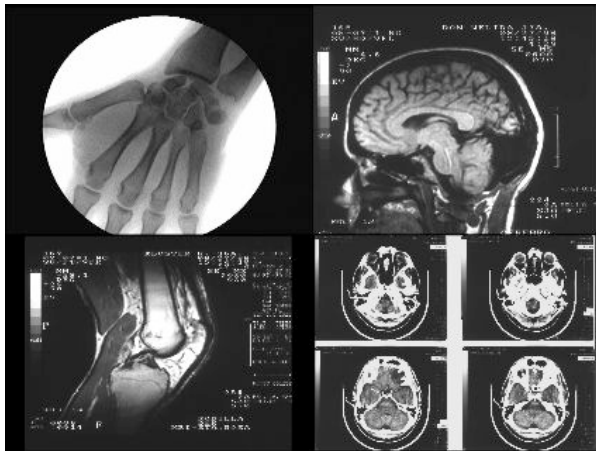
consentimiento explícito

embriones

publicar los resultados

células madre o de sangre del cordón

Tecnología en medicina

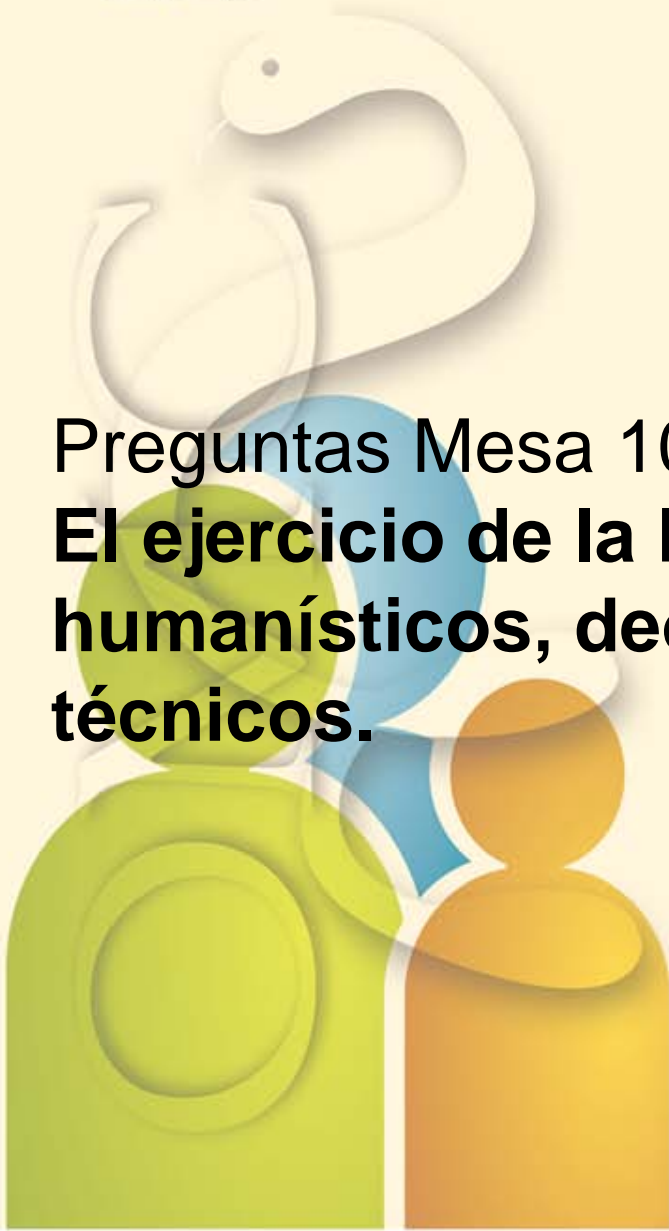




III Convención de la Profesión Médica

Preguntas Mesa 10:

El ejercicio de la Medicina: valores humanísticos, deontológicos, científicos y técnicos.



1. ¿Piensa usted que el médico debe participar en un proceso educativo social sobre el deber de apreciar y hacer un buen uso de los recursos comunes para la salud?

1. Si. Totalmente de acuerdo
2. Si. De acuerdo
3. No. En desacuerdo
4. No. Totalmente en desacuerdo
5. NS/NC

2. ¿Debe el médico defender una asistencia igual para todos los ciudadanos residentes en nuestro país?

1. Si. Totalmente de acuerdo
2. Si. De acuerdo
3. No. En desacuerdo
4. No. Totalmente en desacuerdo
5. NS/NC

3. Ante la actual situación económico financiera que atravesamos ¿Debe el médico comprometerse y participar junto a las Administraciones en la compleja tarea de designar hasta donde, como y a quienes deben llegar los recursos sanitarios?

1. Si. Totalmente de acuerdo
2. Si. De acuerdo
3. No. En desacuerdo
4. No. Totalmente en desacuerdo
5. NS/NC

4. El médico tiene la obligación deontológica de mantener la excelencia profesional, por ello la asistencia debe complementarla con la formación continuada. ¿Sería ético exigir que dentro de la jornada laboral se dedicase el tiempo necesario para mantener esta competencia?

1. Si. Totalmente de acuerdo
2. Si. De acuerdo
3. No. En desacuerdo
4. No. Totalmente en desacuerdo
5. NS/NC

5. Aunque los derechos de los pacientes son amplios y están legalmente protegidos los médicos, siguen proporcionando una asistencia que va más allá de la exigencia legal. En la actual situación de crisis financiera ¿cree que el médico sigue anteponiendo el principio deontológico de que el interés del enfermo está por delante de cualquier otro interés o conveniencia?

1. Si. Totalmente de acuerdo
2. Si. De acuerdo
3. No. En desacuerdo
4. No. Totalmente en desacuerdo
5. NS/NC

Mesa 11:

LOS COLEGIOS DE MÉDICOS EN EL SIGLO XXI: UN VALOR PARA LA SOCIEDAD.





III Convención de la Profesión Médica

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

Mesa I I



Los Colegios de Médicos en el Siglo XXI: un valor para la sociedad

- 1. Situación actual**
- 2. Los Colegios de Médicos en la sociedad de la crisis**
- 3. Los stakeholders de los Colegios de Médicos: identificando alianzas en la sociedad**
- 4. Nuevos retos, Nuevas formas, Nuevas utilidades**

1. Situación actual

Los Colegios de Médicos del siglo XXI están evolucionando al compás de las nuevas demandas de una sociedad cambiante. Los Colegios de Médicos como garantes del ejercicio profesional de la medicina son necesarios en esta sociedad que nos ha correspondido vivir.

Las voces críticas que cuestionan su necesidad siempre han existido y probablemente siempre existirán, pero para ello la autocrítica constructiva tiene que marcar el camino de mejora y sobretodo de voz que contribuya a garantizar el escenario adecuado para el ejercicio de la medicina.

Y así lo estamos haciendo, cada vez más y mejor, los Colegios enarbolamos con posicionamientos rigurosos los diferentes temas que constituyen el paradigma del nuevo profesionalismo médico.

Más allá de debates sobre la colegiación universal, resulta realmente importante que el colegiado sienta el orgullo de estar colegiado y su utilidad en la práctica de nuestra profesión.

Ese surco debe profundizarse para la mejora continua de la calidad en el desarrollo de nuestra función y que definitivamente rompa con discursos trasnochados sobre lo que significan los Colegios profesionales de Médicos.



2. Los Colegios de Médicos en la sociedad de la crisis

Nos encontramos en la sociedad actual un mundo globalizado definido por la palabra crisis. Movimientos múltiples están protagonizando en el entorno virtual de facebook y otras redes sociales grupos espontáneos de profesionales que están sembrando posicionamientos de indignación ante la política de recortes que se está cebando sobre los profesionales sanitarios.

No podemos permanecer impasibles a esta auténtica rebelión no callada que los colegiados están manifestando, y debemos encabezar una proximidad emocional y real con los colegiados españoles que perciben impotentes una cascada de medidas a golpe de ratón que no llevan pareja lo que debía ser una oportunidad para las reformas estructurales que posibiliten la sostenibilidad del sistema sanitario en la llamada sociedad del bienestar que se nos escapa de las manos.

Ser garantes adopta un sentido no reivindicativo sino profesional de las demandas del colectivo médico que debe pivotar más allá de la merma económica en la auténtica función que define la colegiación, la salvaguarda de la dignificación del ejercicio profesional de la medicina.

La presencia activa en los medios de comunicación con la presentación de propuestas concretas a la sociedad y las administraciones de cómo debe de gestionarse la sanidad del presente y del futuro, es misión obligada para los Colegios de Médicos y además desde una homogeneidad en las propuestas que se realicen tanto a nivel de los Colegios provinciales, como de los Consejos autonómicos y del propio Consejo General.

3. Los stakeholders de los Colegios de Médicos: identificando alianzas en la sociedad

La perspectiva de un Colegio de Médicos conlleva la apertura hacia la sociedad y la búsqueda de alianzas con los colectivos e instituciones. No podemos dar la espalda a relacionarnos con otras profesiones sanitarias e inclusive no sanitarias, asociaciones de consumidores y de enfermos, sociedades científicas, Universidad, partidos políticos y todos aquellos organismos o empresas que pueden compartir el camino de trabajo diario. Para ello los profesionales que gobiernan las corporaciones colegiales debemos tener las herramientas necesarias y manejarlas con el adiestramiento correcto para optimizar los resultados.

4. Nuevos retos. Nuevas formas, nuevas utilidades

La innovación tiene que presidir la actividad colegial. Las nuevas tecnologías con la presencia activa en las redes sociales y en todo el espacio virtual debe primar, así como asumir nuevas funciones donde la acreditación de profesionales, el marcar la carrera del profesional y la formación médica continuada son prioritarios, así como el desarrollo de metodologías de calidad y técnicas de reingeniería de los procesos claves de la corporación para lograr realizar y transmitir rigurosidad en nuestro quehacer diario huyendo de fotogramas del ayer.

LOS COLEGIOS DE MÉDICOS EN EL SIGLO XXI

ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL
Noviembre 2012

- LOS PROFESIONALES SE AUTORREGULAN EN LOS COLEGIOS DE MÉDICOS
- EL PODER QUE EJERCEN LOS C.M. DERIVA DE
 - LA FUERZA DE LOS ASOCIADOS
 - LA AUTORIDAD QUE DELEGA LA SOCIEDAD

LA FUNCIÓN DE LOS C.M.

- 1.DEFENDER LOS INTERESES DE LOS PACIENTES Y LA SOCIEDAD
- 2.DEFENDER LOS INTERESES DE LOS COLEGIADOS

LO PRIMERO POR ENCIMA DE LO SEGUNDO

CÓMO DEFIENDEN LOS INTERESES DE PACIENTES Y SOCIEDAD?

Que los que Estén Sean:

- Registro/intrusismo, publicidad engañosa ...

Que los que Sean Sean:

- Cuestiones de deontología; ética; Programa PAIME; Formación/Acreditación; sanción ...

Además:

- Asesoramiento en Leyes, Estrategias, ...
- Aplicación de Políticas, Programas, ...

VENTAJAS DE LA AUTORREULACIÓN

Detectar/corregir problemas de calidad (intrusismo-mala praxis; enfermedad).

Implicación en desarrollo de políticas, si se ha participado en elaboración.

Complementariedad/redes prof. y sociales

Conocimiento/Adaptación a cambios

COLEGIOS DE MÉDICOS EN EL S.XXI

Nuevas necesidades sociales

autonomía, autogestión, co-responsabilidad
transparencia, información, participación
control, medidas proactivas, evaluación resultados
equidad en el acceso, cobertura, esperas (crisis)

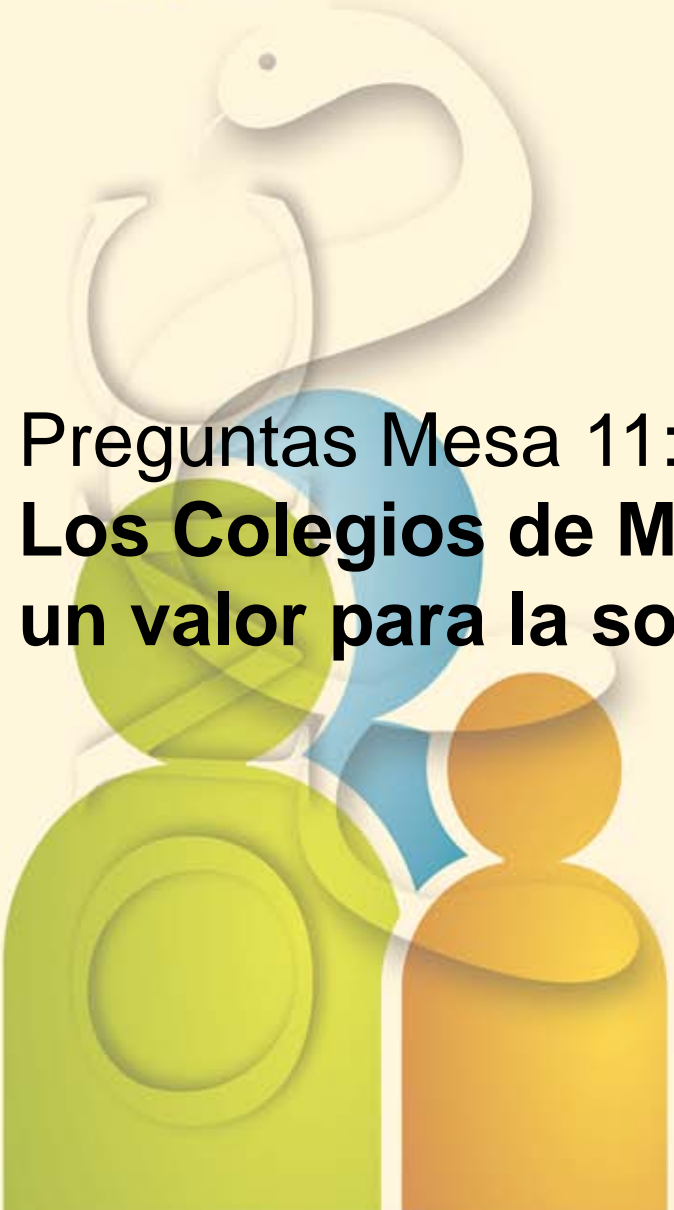
Nuevas necesidades profesionales

nuevos roles (entrenador, asesor del paciente)
nuevas formas organizativas (socio-sanitaria)
sanidad virtual (e-medicina)
problemas éticos (muerte digna, eficiencia, ive...)
condiciones de desempeño (dignidad profesional)

LA FUNCIÓN HIZO AL ÓRGANO.

EL ÓRGANO TIENE QUE JUSTIFICARSE
SIENDO EFICAZ EN EL CUMPLIMIENTO DE
SUS FUNCIONES:

EL BUEN SERVICIO A LOS PACIENTES, A LA
SOCIEDAD Y A LOS MÉDICOS.



Preguntas Mesa 11:
**Los Colegios de Médicos en el Siglo XXI:
un valor para la sociedad.**

1. ¿Piensa usted que en la actualidad los Colegios de Médicos han delimitado claramente cuál es su papel con respecto a las Sociedades Científicas y los Sindicatos Médicos?

1. Si. Totalmente de acuerdo.
2. Si. De acuerdo
3. No. En desacuerdo.
4. No. Totalmente en desacuerdo.
5. NS/NC

2. ¿Piensa usted que para exigir una Colegiación Universal, los Colegios de Médicos no deberían demorar la puesta en marcha del proceso de Validación periódica de la Colegiación que daría lugar a una verdadera Licencia de Ejercicio o Registro ante la actual situación de reconocimiento de titulación básica y especialidad?

1. Si. Totalmente de acuerdo.
2. Si. De acuerdo
3. No. En desacuerdo.
4. No. Totalmente en desacuerdo.
5. NS/NC

3. ¿Piensa usted que con la entrada en vigor de un nuevo Código de Ética y Deontología los Colegios de Médicos deberían difundirlo, explicarlo y aplicarlo decididamente?

1. Si. Totalmente de acuerdo.
2. Si. De acuerdo
3. No. En desacuerdo.
4. No. Totalmente en desacuerdo.
5. NS/NC

4. ¿Piensa usted que los Colegios de Médicos deben promover decididamente actuaciones orientadas hacia la prevención, corrección y compensación o reparación de los daños derivados de los errores médicos?

1. Si. Totalmente de acuerdo.
2. Si. De acuerdo
3. No. En desacuerdo.
4. No. Totalmente en desacuerdo.
5. NS/NC

5. ¿Piensa usted que en la actual situación de recortes en el SNS los Colegios de Médicos deben enfatizar conceptos del ideario profesional como: altruismo, vocación, voluntad de rendir cuentas, compromiso, integridad y servicio?

1. Si. Totalmente de acuerdo.
2. Si. De acuerdo
3. No. En desacuerdo.
4. No. Totalmente en desacuerdo.
5. NS/NC

6. ¿Piensa usted que los Colegios de Médicos deben abandonar su carácter voluntarista y devenir en organizaciones altamente profesionalizadas, con potentes equipos de pensadores y expertos que les permitan convertirse en organizaciones del conocimiento, con estructuras de gestión modernas y eficaces, que permitan su reposicionamiento en condiciones competitivas?

1. Si. Totalmente de acuerdo.
2. Si. De acuerdo
3. No. En desacuerdo.
4. No. Totalmente en desacuerdo.
5. NS/NC

7. ¿Piensa usted que los Colegios de Médicos deben encontrar el equilibrio en las relaciones con los Gobiernos que surja de una actitud proactiva y generadora de iniciativas de colaboración y, a la vez, de su actitud crítica, cuando la ocasión lo requiera, en beneficio de los pacientes y de la sociedad en su conjunto?

1. Si. Totalmente de acuerdo.
2. Si. De acuerdo
3. No. En desacuerdo.
4. No. Totalmente en desacuerdo.
5. NS/NC



Asamblea General





III Convención de la Profesión Médica

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





 **III Convención de la
Profesión Médica**
*Liderando la Profesión.
Comprometidos
con la sociedad
y con los médicos.*

Entrega de Premios



III Convención de la Profesión Médica

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



Entrega de Premios

III Convención de la Profesión Médica

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



Entrega de Premios

III Convención de la Profesión Médica

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







III Convención de la Profesión Médica

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



III Convención de la Profesión Médica

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





III Convención de la Profesión Médica

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





III Convención de la Profesión Médica

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



