

Abriendo nuevos horizontes en la Medicina General
PRESENTE Y FUTURO DE LA MEDICINA GENERAL EN ESPAÑA

PROPUESTAS DESDE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA GENERAL

Madrid, 1997

AUTORES

Juan José Rodríguez Sendín
Fernando Pérez Escanilla
Jerónimo Aizpiri Díaz
Pedro Javier Cañones Garzón

COLABORADORES

Francisco Javier Amorós Oliveros	Fernando Gonçalves Estella
Benjamín Abarca Buján	Julio Hernández Moreno
Carlos Arjona Mateos	José Ramón Huerta Blanco
Lorenzo Arracó Montoya	José Manuel Martín Gutiérrez
Ignacio Burgos Pérez	Ángel Modrego Navarro
Ricardo Canáls Lizano	José Manuel Muñoz Ruiz
Antonio Cardoso Muñoz	Francisco Ortiz Sánchez
Ángel Castro Villanueva	Vicente Palomo Sanz
Domingo Coronado Romero	Rosario Pérez Carbonell
Manuel Devesa Muñiz	Miguel Ángel Ripoll Lozano
Alfonso Encinas Sotillos	Celsa Rivera Seguí
Ángel Fernández-Cañadas Martínez	Fe Rosell Caraballo
Antonio Fernández-Pro Ledesma	José Manuel Solla Camino
Ignacia Mercedes Ferreira González	Antonio Sousa Pérez
Josep Fumadó Queral	Aquilino Vázquez Fernández
Miguel Ángel García Marco	Juan Antonio Trigueros Carrero

PRESENTACIÓN

Uno de los más antiguos proyectos de la Sociedad Española de Medicina General consistía en hacer un análisis profundo de la situación del *medio* en el que cada uno de nosotros despliega su actividad cotidiana: la Medicina General, dentro de su marco de actuación natural que es la Atención Primaria.

El presente trabajo no pretende descubrir nada nuevo ni ser solución mágica y obligada. Creemos que es posible cambiar la tendencia actual corrigiendo ciertos planteamientos e introduciendo modificaciones y desarrollos ajustados a cada problema, necesidad o situación. Se hace necesario exponer los graves errores cometidos en nuestro ámbito, por acción u omisión, para promover cambios que subsanen una situación que puede hacerse insostenible a corto plazo.

Para ello hemos evitado caer en la tentación de criticar por criticar y hemos tratado de adoptar una postura constructiva. En el texto, los aspectos censurados de la realidad sanitaria actual son acompañados siempre por propuestas de cambio, de solución y de mejora. Cada una de ellas es susceptible de discusión; políticamente, pueden ser asumidas por cualquier gobierno presente o futuro; de cualquier modo, estimamos que todas son viables y sentidas como perentorias por la mayoría de los profesionales.

No obstante, no todo son aspectos negativos en nuestro análisis. Hemos de reconocer que en los últimos tiempos han visto la luz numerosas mejoras de facetas laborales, profesionales y científicas de nuestro ejercicio, a lo que otorgamos todo el valor y el reconocimiento que merece. Por ello hemos de admitir que nos sentimos optimistas de cara al futuro, pues observamos un presente mejor que el pasado y una profesión vertebrada con capacidad de adaptación y de respuesta.

No creemos que la llamada "Reforma de la Atención Primaria" responda a un verdadero proceso de reforma. Es la consecuencia de una adaptación a los requerimientos sociales y sanitarios acordes a los tiempos que vivimos. Ha sido, en suma, un proceso de evolución de un sector abandonado históricamente.

Las expuestas no son cuestiones cerradas en ningún caso; han constituido la base de la posición conceptual de la Sociedad Española de Medicina General y de sus Juntas Directivas en sus ocho años de existencia. En todo caso, son opiniones que sería preciso cuantificar y constatar con el correspondiente estudio científico que supera la intención de este trabajo.

Por último, en nombre de la Sociedad Española de Medicina General deseo transmitir a todas las instituciones sanitarias, profesionales y políticas con capacidad de decidir e influir en la modernización de nuestro Sistema Sanitario, nuestra sincera invitación a entablar un debate sereno, intenso y permanente sobre lo que a continuación queda expuesto.

Juan José Rodríguez Sendín

Presidente de la Sociedad Española de Medicina General

ÍNDICE

1. JUSTIFICACIÓN

2.- EL MÉDICO GENERAL (MG) EN LA SOCIEDAD ACTUAL

1. JUSTIFICACIÓN

La experiencia personal, profesional e institucional de todos y cada uno de los que formamos parte de la Sociedad Española de Medicina General (SEMG) nos ha animado a hacer un análisis profundo de la situación actual del Sistema Sanitario, del papel de la Medicina General y de las demandas que la población, nuestros pacientes, directa o indirectamente nos transmiten como necesidades a cubrir por dicho Sistema Sanitario.

Hemos constatado, en primer lugar, la insatisfacción global de la población con el Sistema. Pretender universalizar la asistencia sanitaria a partir de recursos limitados y tratar de garantizar, además, la gratuidad de las prestaciones sólo puede hacerse reduciendo el número o la capacidad de dispensación de las mismas. Dado que no es asumible el precio político que habría que pagar por la primera opción, las autoridades sanitarias han ido permitiendo que la situación derive por sí misma hacia la segunda, lo que genera y seguirá generando, si no se remedia, interminables y progresivas listas de espera, las cuales afectan al acceso a la mayor parte del nivel especializado, a muchas pruebas diagnósticas y a casi todas las intervenciones terapéuticas no farmacológicas. Por razones obvias, a la larga esto supone el menoscabo real de la equidad en la prestación de servicios sanitarios que el Sistema Público debe propiciar. Somos todos iguales ante sus actuaciones; sin embargo, no ocurre lo mismo con sus omisiones, ya que éstas no tienen idénticas consecuencias sobre necesidades distintas y porque tales necesidades pueden ser cubiertas fuera del Sistema en función de los recursos económicos de cada ciudadano.

A lo anterior se unen, entre otras cosas:

- La despersonalización de la atención sanitaria, fruto de haber sido diluida la figura tradicional del Médico de Cabecera en el Equipo de Atención Primaria (EAP).
- La adecuación de la Sanidad a los supuestos teóricos determinados por los múltiples ideólogos al uso, en lugar de a las necesidades sentidas por la propia sociedad.
- La imposición de criterios puramente economicistas, si no oportunistas o electoralistas, en los métodos de gestión.

Por otra parte, la aparición de una clase dirigente de nuevo cuño en la Sanidad, apoyada desde ciertas opciones políticas, cuyo peor defecto es haberse convertido en una oligarquía endogámica y blindada a influencias de otros estamentos, genera confusión y desconfianza entre los propios profesionales de la Medicina, desaliento que se extiende al resto de la sociedad. Múltiples son las razones para ello generadas por estos nuevos *factotum* de la Sanidad; éstas son algunas de ellas:

- La postura de permanente desprestigio y desprecio hacia la actividad profesional desarrollada por los médicos generales antes de su llegada, como medio para ser encumbrados a los altares de la *mejor calidad asistencial* ("qué clase de ineptos teníamos como médicos hasta ahora?").
- La actitud de permanente huida hacia adelante como forma de justificar la propia existencia, a base de asumir, y lo que es peor, hacer que otros asuman, responsabilidades no siempre necesarias ni pertinentes.
- La creación de la figura del Coordinador Médico, cuya teórica función de dinamizador del EAP se ve aniquilada por la de transmisor y ejecutor de instrucciones recibidas desde la dirección del Área Sanitaria ("más parece un comisario político").
- La escasez de la formación continuada auspiciada por los Servicios de Salud; cuando existe, es, como poco, ideológicamente tendenciosa: se obvian los aspectos clínicos de la práctica

diaria y se hace mayor hincapié en los administrativos, los de gestión e, incluso, los meramente *doctrinales*.

- La eterna limitación de recursos humanos y tecnológicos destinados a la Medicina General en relación con el nivel exigido en cuanto a cantidad y calidad de los servicios que se prestan, que contribuye, además, al incremento permanente de la presión asistencial.
- La definición de criterios rígidos y sin consenso en cuanto a calidad de prescripción, nivel de utilización de pruebas complementarias y mecanismos de derivación al nivel especializado: la protocolización exhaustiva, en suma, de toda la actividad. Resulta, cuando menos, vejatorio tal grado de intervencionismo y de restricción de la autonomía profesional.
- La puesta en práctica de una política de farmacia, en la que, con argumentos más o menos científicos y fuertemente económicos, se prima el uso de unas moléculas frente a otras o la prescripción de medicamentos genéricos frente a las marcas de las empresas investigadoras o sus licencias legales ("si hay medicamentos poco eficaces o incomprensiblemente más caros que otros, ¿por qué se autoriza su registro, su comercialización y su disponibilidad en el Sistema Público?").
- La relación con el nivel especializado, que mantiene su grado de tutorización sobre la Atención Primaria (AP), a la que parece *soportar* como mal menor; la información clínica recibida desde este nivel especializado es escasa, denigrante y generadora de gasto sanitario inducido del que sólo responde el médico general.

La consecuencia de todo ello es un modelo sanitario inadecuado a los tiempos que corren y a lo demandado por la población y la profesión, algo que viene ocurriendo desde siempre en nuestro país con las normas legales relativas a la Sanidad. Nuestro sistema de asistencia sanitaria se halla agotado en muchas de sus parcelas y se hace urgente su modernización en orden a un mejor aprovechamiento de los recursos personales, técnicos y materiales existentes.

2. EL MÉDICO GENERAL (MG) EN LA SOCIEDAD ACTUAL

Somos el primer contacto del paciente dentro o fuera del Sistema Sanitario: resolvemos la mayoría de los problemas de salud que nos consultan y contribuimos a orientar adecuadamente los restantes. La educación en salud, la implantación de hábitos saludables y la prevención de las enfermedades descansan en nuestras espaldas de manera fundamental.

Como dice Vicente Palomo Sanz, "somos expertos de nada y aprendices de todo; los que, soportando el mayor grado de incertidumbre de todas las ramas de la Medicina, nos atrevemos a aventurar un diagnóstico/pronóstico/terapéutica, casi siempre acertado; los que contamos con el respeto profundo y mejor valoración de los pacientes".

Somos especialistas en nuestra propia comunidad, sus costumbres, cultura, hábitos e incluso formas de comunicación y de respuesta. Somos los herederos de la figura histórica del profesional de la Medicina por antonomasia.

Somos médicos de empresa, de urgencias, de centros de salud, de consultorios, de prisiones, subempleados o en paro, de pueblos diminutos o macrourbes, con o sin ejercicio libre, unos 30.000 en todo el Estado, con un fin único: nuestro enfermo, las causas de su enfermar y cómo sanarle o, en el peor de los casos, ayudarle a convivir con la enfermedad.

Hasta hace poco, salvo nosotros mismos, de nuestro trabajo sólo se conocía lo que no realizábamos, lo que realizaban otros niveles asistenciales. Seguramente por ello estábamos mal valorados, tendencia que está cambiando progresivamente.

Existe una inclinación a desprestigiar la Medicina General por la falta de evidencia de la relación causa-efecto en la mayoría de sus actos, muchos de ellos realizados de manera intuitiva en el contexto de su ejercicio profesional. Ante la presencia y diagnóstico de un problema de salud, el MG toma medidas a nivel individual y colectivo para evitar su extensión, desarrollo y consecuencias indeseables y evitables. Esto no es tangible ni medible, porque lo que se evita no existe aún. Nuestros responsables político-administrativos son reticentes a emplear recursos en acciones cuyos resultados no se pueden mostrar.

Históricamente los errores cometidos por la Medicina General han sido consecuencia más de la mala planificación y desconocimiento del medio que de falta de cualificación. Sin embargo, nunca ha disfrutado del nivel alcanzado en estos momentos. Los problemas sanitarios han sido siempre solucionados por los médicos y el resto de los profesionales de la salud, no por los economistas ni por los ejecutivos sanitarios. Y así seguirá siendo.

3. LA CRISIS DEL SISTEMA SANITARIO Y LA MEDICINA GENERAL

El Sistema Sanitario está perpetuamente en crisis y constantemente en reforma. Está afectado por planteamientos políticos, económicos y de gestión. Su gigantismo, en cuanto a personal y presupuestos, provoca una administración intervencionista que acaba interponiéndose entre el médico y el enfermo. Se hace necesaria la simplificación del Sistema Sanitario, de forma que únicamente participe como asegurador y garante de los servicios.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) español está totalmente abierto. No existen normas de acceso, control, limitación o participación alguna del usuario en los costos de los servicios. Exceptuamos la salud dental (salvo las extracciones) y el pago del 40% sobre el PVP de los medicamentos, del que están exentos jubilados, incapacitados de larga duración y algunos tratamientos de enfermedades crónicas. En consecuencia, la introducción de nuevas prestaciones en función de los avances tecnológicos es siempre expansiva 0.

Tenemos unos Servicios Sanitarios en los que el que financia dirige a distancia; el producto es gratis y demandado libremente por el cliente; los profesionales no perciben incentivos ni ligados a la intensidad del trabajo o la permanencia en los servicios, ni relacionados con el costo de sus actuaciones (Incapacidades Transitorias, pruebas diagnósticas, farmacoterapia, derivaciones), ni con los resultados, ni con la complacencia que generan. Los servicios no están estructurados en relación al paciente y sí en relación a la intereses de los profesionales. Por si fuera poco, el objetivo prioritario del SNS debería ser obtener un nivel óptimo de calidad y de satisfacción del usuario/paciente.

La Ley General de Sanidad es económicamente inviable y, de hecho, sigue sin ser desarrollada completamente diez años después de su promulgación. El médico ha sido relegado a una estricta función asistencial paralelamente dificultada. Se está provocando un deterioro progresivo del nivel de equidad e igualdad para el acceso a los servicios sanitarios del que sólo puede excluirse la AP. La adecuación de los servicios, la dotación de los mismos y el desarrollo de sus posibilidades no son universales ni se corresponden proporcionalmente con lo que se espera ni con lo que se exige. Asistimos a una Reforma de la AP permanente, que ha perdido el norte y se ha convertido en una enorme construcción dialéctica que trata interesadamente la realidad anterior y posterior a la misma y que sufre de metamorfosis continua.

Es bien conocido que la demanda de atención sanitaria está provocada, especialmente, por nuevas formas de enfermar, la cronificación de procesos, el envejecimiento progresivo de la población y el desarrollo socio-económico con nuevas formas de vivir y sentir (patologías del desarrollo, patología del disconfort) 0; pero también por la aplicación de nuevas tecnologías, no tanto por las innovaciones, sino por el aumento de su utilización y el escaso desplazamiento de las precedentes 0.

Es frecuente la descoordinación entre las diferentes Administraciones Sanitarias (Estado Central, Comunidades Autónomas y Ayuntamientos), así como entre las diferentes estructuras sanitarias y niveles asistenciales del SNS, de sus profesiones y profesionales, lo que origina la desintegración de actividades y funciones, cuando no su duplicidad.

A la situación descrita se añaden la burocratización excesiva, la judicialización de los problemas, la escasa participación profesional, la politización de cargos y direcciones (por otra parte muy alejados de los puntos de toma de decisión y responsabilidad), una centralización excesiva, escasa autonomía profesional y contraincentivos.

Mención aparte merece el comentar las desigualdades presupuestarias producidas por la Administración anterior al repartir los presupuestos de Sanidad entre las diferentes regiones. No se pueden distribuir más de tres billones de pesetas en todo el Estado valorando sólo el número de habitantes y otros intereses nada claros. Solamente la edad, factor de riesgo más importante en nuestro medio para que la gente enferme o se muera, hubiera conllevado un reparto muy distinto. Se daba la circunstancia de que Comunidades Autónomas, con una población de mayores de 65 años del 11%, según el censo de 1991, percibían las mismas cantidades por persona y año (80.000 pts, aproximadamente) que las que tenían un 18%, sin que ello conlleva, la mayoría de las veces, diferencias significativas en el nivel sanitario y situación de los profesionales de la Medicina.

Si analizamos, con los datos que tenemos en la actualidad y en función de lo que la mayoría de los ciudadanos espera del Sistema Sanitario Público, el desarrollo del hospitalocentrismo sanitario de los años 60-70, no cabe la menor duda de que la decisión fue de una miopía absoluta del futuro, pero de una rabiosa inmediatez en cuanto a contentar al usuario y a las necesidades momentáneas del Sistema (fundamentalmente reparadoras).

Para cualquier paciente, que no tiene por qué saber más de salud que su propia percepción de sano-enfermo, lo ideal es encontrar una institución sanitaria, lo más cercana posible a su casa, en la que, entrando por una puerta y, después de ser sometido al último grito de la tecnología sanitaria, saliendo por otra, le sean entregados su diagnóstico, tratamiento y se le garantice que, para los problemas que puedan surgirle, allí tiene permanentemente abierto un *espacio* para sus quejas.

Era una situación ideal que, además de resultar en la práctica totalmente inviable, suponía desconocer lo que los estudios realizados en los países de nuestro entorno demostraban: entre el 80 y 90% de los problemas de salud que plantea habitualmente la población pueden resolverse en un primer escalón sanitario, de una manera más eficaz y eficiente que en el mejor dotado de los centros hospitalarios y por las razones ya expuestas.

Las reformas sanitarias de todos los países del mundo desarrollado han surgido del análisis conjunto de las necesidades en salud de los ciudadanos y su posible resolución, y de la disponibilidad económica del Estado en materia sanitaria. Así, en cualquier publicación científica nacional o internacional, cuando se hace un análisis del futuro desarrollo de los Sistemas Sanitarios, siempre se encuentran, al menos, cuatro factores que los condicionan:

- . El aumento de la esperanza de vida de la población, con el consiguiente incremento de las necesidades asistenciales.

- . La aparición de nuevas patologías y la cronificación de las enfermedades degenerativas.

- . Los avances en tecnología médica, con un importante incremento del coste, tanto por sí misma como por el aumento de su utilización por los factores antes apuntados.

- . La capacidad limitada de cualquier Estado moderno para poner a disposición del Sistema Sanitario Público todos los medios necesarios, utilizables por todos los ciudadanos y en igualdad de condiciones, para la mejora de la calidad asistencial de la población.

Todos estos factores, de general conocimiento en nuestro entorno, y el constante debate de algunos aspectos relacionados con la AP en España, sugieren las siguientes deducciones:

- . No se puede conocer el coste relativo de la Reforma de la AP en España pues no existen elementos homogéneos de comparación.

- . Nuestros dirigentes político-sanitarios (la mayoría médicos de familia de las promociones 82-85) 0 han permitido que el gasto sanitario se haya efectuado más a expensas de la Atención Especializada que de la AP. Esta tendencia, lejos de invertirse, se mantiene e incrementa.

- . La proporción del gasto sanitario público en AP con relación a los recursos destinados a Atención Especializada no ha dejado de disminuir en los últimos 14 años (40,7% en 1982; 34,6% en 1995). Esto contrasta con la *voluntad oficial* de conceder especial importancia a la AP como eje del SNS y como filtro efectivo para el uso de los servicios especializados0.

- . Esos mismos dirigentes, después de 14 años de Reforma, han dejado más desestructurado que nunca el colectivo de médicos generales/de familia.

- . Esos dirigentes, con todo a su favor, no han encontrado ninguna alternativa para los miles de compañeros médicos generales/de familia que están en paro o con empleos precarios.

- . La Medicina General/de Familia ha tenido que seguir soportando, con esos mismos dirigentes, el mayor número de residentes cada año, cuando el reparto de las plazas MIR de una manera más equilibrada habría podido suponer una mejor distribución del trabajo existente en la Medicina.

Aunque, tal vez, como decía François-Marie Arouet, "Nada es grande ni pequeño; todo es lo que debe ser". Es decir, ni unos eran tan grandes (los 82-85), ni otros tan pequeños (muchos de antes

el 82 y otros muchos de después).

Queda claro, por tanto, que nuestro primer objetivo es que se elaboren unos presupuestos acordes con las necesidades sanitarias, teniendo en cuenta todas aquellas variables que desde el punto de vista económico, social, sanitario y, si se quiere, político, sean relevantes.

3.1. IMPORTANCIA DE LA MEDICINA GENERAL EN LOS SISTEMAS SANITARIOS

A nuestro modo de ver, la Medicina General es social y sanitariamente imprescindible y rentable por las siguientes razones:

- . Como disciplina fundamental de la profesión, se hace precisa su intervención para la resolución de los problemas más importantes del Sistema Sanitario.

- . La mayor eficacia y la mejor relación costo/beneficio y costo/proceso de las actuaciones de la Medicina General y de su polivalencia respecto de si las mismas fueran realizadas por el sector especializado.

- . Su actividad se realiza sobre población en general, sobre procesos no seleccionados ni en función de patologías ni por la edad o el sexo.

- . La continuidad y longitudinalidad en los cuidados a través de la vida del individuo, de su familia y en el entorno donde viven, no puede ser prestada por el nivel especializado.

- . La Medicina General es la que mejor controla la información clínico-epidemiológica que debería constituir la base de datos fundamental del SNS, hoy todavía inexistente.

En resumen, el especialista actúa sobre un grupo de enfermedades que sufren unas personas; el MG, sobre unas personas que sufrirán enfermedades que hay que evitar y cuidar antes, durante y después de sufrirlas.

3.2. GRADO DE PERCEPCIÓN DE LA REFORMA SANITARIA SEGÚN GRUPOS DE PROFESIONALES DEL SECTOR SANITARIO

De cambio y reforma se viene hablando mucho tiempo; sin embargo, la Reforma de la AP no se ha producido: es como se denomina a un proceso evolutivo que ha permitido adecuar las estructuras y recursos a los tiempos que vivimos como respuesta obligada a una situación de partida muy deficiente. Las circunstancias actuales son el fruto de cambios político-administrativos y laborales, de un incremento de la protección social, pero no de un proceso planificado en el tiempo con objetivos nítidos y recursos para lograrlos.

Se planteó una reforma de la AP, tan necesaria como incompleta y poco desarrollada, que es percibida según expresa el cuadro 1.

GRADO DE PERCEPCIÓN DE LA REFORMA SANITARIA SEGÚN GRUPOS DE PROFESIONALES DEL SECTOR SANITARIO

El "Estudio Delphi 2000", realizado en 1992, aportaba que tan sólo el 53% de los expertos consultados consideran que en España ha habido Reforma Sanitaria; el 47% restante consideraba lo contrario. Sin embargo, lo más llamativo era la distribución de esa visión entre los grupos de panelistas del cuadro 1, donde, del grupo de legisladores consultados, el 70,5% pensaba que sí y el 29,5% que no; se colocan en el otro extremo el grupo de panelistas profesionales: no la perciben el 83,5% y sí el 16,5%. Tales diferencias sólo tienen explicación en el gran alejamiento

entre los profesionales y el resto de responsables sanitarios.

El deseo de alcanzar más altas cotas profesionales y laborales ha impedido que el médico de AP fije sus ojos serenamente en el tipo de profesional y profesión que le ofrece la Reforma, y ha dificultado cualquier análisis que pueda modificar la realidad.

3.3. PÉRDIDAS EVITABLES DE ENERGÍA PROFESIONAL Y SANITARIA

La Seguridad Social, en su evolución, no fue capaz de resolver los defectos estructurales y de planificación que se hacen evidentes en la Medicina General.

En el medio rural, la carencia de estructuras y de evolución al ritmo de la tecnología de la época deja en completa orfandad la dedicación y la ilusión de los médicos. Esto se hace más evidente en las promociones recientes debido a la abismal diferencia entre los centros docentes y los clínicos, entre las enseñanzas de los primeros y la aplicación de las mismas en el ejercicio diario dentro de los segundos.

En el medio urbano, la falta de intimidad, la masificación de las consultas, el limitado tiempo del acto médico, la excesiva burocracia y otras limitaciones artificiales a la libertad e iniciativa individual del MG, han desacreditado al Sistema y han hecho perder el rumbo al profesional.

La Reforma Sanitaria, en un país como el nuestro, pretendió establecer un modelo único, exclusivo y excluyente. La única fuente de salud la otorga el Estado, de quien el ciudadano todo lo espera, y para el que el médico es un mero distribuidor.

A la inestabilidad de una Reforma de la AP, tan necesaria como incompleta en su desarrollo, se añadía la falta de incentivación profesional: no había relación entre objetivos, resultados e incentivos. Todo lo cual es causa fundamental de lo que llamamos *pérdidas evitables de energía profesional y sanitaria*.

El llamado *trabajo* en el peculiar EAP, su estructura y relaciones internas, son la solución universal; cualquier reconocimiento es sólo aplicable al EAP, donde los profesionales ven diluidas sus responsabilidades y funciones, y donde los incentivos y sistemas de promoción no existen.

La ordenación de la Medicina General es una asignatura pendiente puesta en evidencia en los últimos años tras el llamado "Conflicto de Postgrado".

En consecuencia, es necesario trabajar por una nueva Medicina General, cuya organización requiere una serie de transformaciones, unas estructurales y otras que modifiquen su marco de relación interna con pacientes, población y administración sanitaria. Todas son condiciones necesarias para mejorar los resultados y la relación calidad/precio de los servicios que presta e introducir otros nuevos.

Precisamos profesionales perfectamente identificados, que tengan asignadas responsabilidades, objetivos e incentivos colectivos e individuales y sistemas de promoción.

3.4. LAS DENOMINACIONES Y LA MANIPULACIÓN DEL LENGUAJE

La manipulación del lenguaje ha sido una constante que ha ocupado buena parte de las transformaciones realizadas en los últimos años. Ciertamente esta *desgracia* no es patrimonio de la Sanidad; otras parcelas, como la Educación, han sufrido una situación similar cuando han sido objeto de "Reforma".

Periódicamente se impone a los médicos un vocabulario que a duras penas comprenden, con el que se cambia a las cosas de nombre para, en el mejor de los casos, volver a contar lo mismo. Se pervierte una denominación al uso y se hace negativo todo lo ligado a ella; se la sustituye por otra cuya única mención coloca la situación que define en el *paraíso* sanitario, en la perfección extrema, en el *no-va-más*.

Las dialécticas positivas en salud pueden cambiar algunas cosas, entre ellas, temporalmente, las sensaciones de la población; pero no cambian la realidad que nos ha tocado vivir. Volver a contar la realidad de una forma diferente no la cambia, sino que la hace perdurar.

Veamos unos ejemplos:

El término "Primaria" es poco afortunado; introduce connotaciones desafortunadas y clasificatorias, en vez de definir inequívocamente. Porque, cuando responde a elemental, inicial, preliminar, primitivo o prístino, es incompleto o inaceptable, al igual que cuando responde a lo contrario de excelente o superior. Ni siquiera es correcto cuando es utilizado como anterior a lo secundario, porque se realizan cuidados a enfermos terminales y crónicos. Sería aceptable desde el escalonamiento del nivel de especificidad de los cuidados (ni siquiera nivel de especialización), para distinguirlo del cuidado hospitalario y más aceptable como primer o primero que como primario.

Al antiguo modelo se le llama "tradicional", como forma de enfrentarlo a lo nuevo, a lo considerado, por definición, "progresista". En ocasiones, los montajes dialécticos son insultantes, pero la clase sanitaria dominante los impone y ay de aquel "reaccionario" que se atreve a contestarlos! En los últimos años los profesionales (exceptuando los que la han propiciado) hemos sufrido una auténtica dictadura de un lenguaje sanitario críptico, lleno de neologismos siempre con connotaciones negativas para el pasado sanitario reciente, del que, por otra parte, todos procedemos. Se crearon falsas rupturas que la mayoría no comprendía, para que al final no cambie nada o, como mucho, vestir de "reforma" un proceso de evolución tan necesario y evidente como cualquier otro que ajuste la realidad a los tiempos que corren. Pero, al final, el tiempo pone a cada cual en su sitio.

Pasa algo parecido con el barbarismo "generalista" (ver página 41). Probablemente alguien pretenda dar solución a la necesidad de sectores de la profesión a sentirse especialistas sin serlo, por la connotación peyorativa del no especialista. El contenido más próximo que se nos ocurre para "generalista" es "amigo del general", que nada tiene que ver con el médico que practica la Medicina General. Hemos sido MG; nuestros mayores han sido MG; el comienzo de la profesión era Médico, en general; nuestros compañeros europeos se llaman MG; y el nombramiento que se recibe en el Sistema Público es de "Médico General". El especialista lo es por su especial dedicación y conocimiento a un área del saber médico. Por qué nos tienen que confirmar a la vez que nos cambian de nombre?

Se nos puede acusar de quisquillosos, lo que aceptaríamos suponiendo que tuviera explicación aceptable esta frecuencia con la que se nos somete a cambios de denominaciones al uso, y si las mismas no tuvieran connotaciones ajenas a lo que se pretende.

3.5. LA ESPERANZA O DESESPERANZA APRENDIDAS

Como consecuencia de lo mencionado, se observa entre algunos profesionales dos tipos de actitudes: la de aquéllos para los que cualquier tiempo pasado fue mejor; y la de aquellos otros para los que sólo existe un futuro aún por llegar. Cuando ambas posiciones invaden el ánimo de sus partidarios, los separan de la realidad en la que viven, de las obligaciones a las que deben responder y del disfrute y vivir cotidiano. Minimizan su aportación: los unos, respecto al pasado del que proceden, y que tenemos que cambiar; los otros, esperando un futuro tan irreal como en ocasiones irresponsable, que no alcanzaremos sino es mediante la modificación del presente sobre el que hay que configurar cualquier propuesta.

Una y otra posiciones son ficticias. Una vez instaladas y aprendidas son incapacitantes y, sobre todo, poco generosas.

Nuestra sanidad podrá ser mejor en función de los resultados, pero sobre todo en función de su capacidad de adaptación y respuesta a la situación social y económica. En este sentido, parece un tanto absurdo pensar en recursos que no se tienen, en vez de intentar mejorar los resultados con los disponibles. Cualquier administración debe aspirar a obtener los mejores resulta-

dos con los recursos que realmente tiene.

3.6. GRANDES PROBLEMAS DEL SNS

Como ya hemos comentado, el actual SNS está condicionado por nuevas formas de enfermar, por el envejecimiento de la población y por una Medicina donde manda la alta tecnología y las decisiones políticas. La Medicina burocratizada y despersonalizada plantea muchos conflictos al médico. Los hay de índole ética o de conciencia (ensañamiento diagnóstico-terapéutico, aborto, eutanasia...); otros son de índole económica: lo que se ofrece a un paciente puede ser razón para que algo necesario le sea retirado o aplazado a otro; algunos de índole jurídico-legal inducen la práctica de una Medicina defensiva incluso inconsciente en ocasiones.

Creemos oportuno ofrecer algunas consideraciones sobre los más llamativos, en función de las cuales deben modularse las respuestas:

3.6.1. Envejecimiento de la población

El concepto de vejez, el ser o estar viejo, es muy ambiguo y en ocasiones contradictorio, cuando no convencional. Está sometido a múltiples factores e intereses (económicos, sociales, culturales, políticos, médicos, demográficos...). La Medicina ha alargado la vida pero no ha logrado ofrecer la calidad suficiente para todos los que llegan a viejos. En estos momentos es un problema fundamental para la Medicina General.

En nuestra sociedad, cuando se tiene salud no se piensa en la enfermedad. El joven no piensa en la vejez. La juventud parece un patrimonio inacabable para quien la disfruta. Nuestra sociedad aún no se ha percatado de que "la única forma de no envejecer es morir" (Jean d'Ormesson). Como médicos optamos por lo primero, a lo que debemos procurar las mejores condiciones.

No se busca la prolongación de la vida a través de una vejez más grata, sino la perpetuación de una vida joven que retrase y evite la vejez. Los deseos, la esperanza, el futuro sólo existen para el joven. Buena parte de nuestra sociedad no ha considerado la vejez como algo natural, sino como una forma de enfermar irreversible, un grupo marginal que no produce y que ocasiona grandes gastos.

a) Antecedentes

En el año 2000 la población anciana en el mundo occidental se incrementará un 30% sobre la actual y constituirá el 20% de la total. En el año 2020 se prevé que la proporción mayores de 80 años/niños será de 2/1. La distribución de la población anciana no es uniforme y se concentra en algunas zonas, especialmente las rurales, donde puede superar el 50% de la misma.

El envejecimiento afecta al individuo anciano durante la cuarta parte de su existencia; pero también a las condiciones de vida de los individuos más jóvenes con los que convive con una mayor o menor dependencia, y a la estructura social, económica y sanitaria de nuestra sociedad. Es decir, el envejecimiento condiciona la salud de la familia y la comunidad y, en suma, su mayor o menor grado de felicidad.

El ejercicio profesional de los MG que atiendan a las poblaciones rurales estará dedicado casi en exclusiva al anciano y sus problemas. En consecuencia, la planificación de recursos y la adquisición de habilidades del MG en torno a los problemas y necesidades del anciano son ineludibles.

Con estos datos pronto observaremos que una sociedad que adora y vive sólo para lo joven y para el joven comenzará a preocuparse por los viejos como gran sector de consumo de ocio, que votan y que tendrán cada día una mayor importancia en las

opiniones y las decisiones políticas, económicas, sociales y sanitarias. Parece claro que nuestra sociedad cambiará la imagen del joven por la del viejo.

b) Interpretación de la vejez desde la Medicina General

El papel del MG puede ser trascendental para la calidad de vida de la población anciana a la que atiende. En ello intervienen no sólo los cuidados que pueda prestar, sino la actitud personal hacia el paciente que se siente anciano, aspecto que, a la vez, puede ayudar a modular la del entorno familiar y social que atiende. El objetivo es mantenerle durante el mayor tiempo posible con un nivel de autonomía suficiente, tanto física como psíquica.

"El envejecimiento es un proceso biológico, intrínseco, progresivo, universal, declinante, programado genéticamente, que puede ser modificado por factores externos" 0. Está determinado por cambios morfológicos, fisiológicos, psicológicos y sociales profundos. Requiere una valoración integral permanente del viejo y de su entorno.

Es época de "balance vital" que ya es difícil corregir, en la que el viejo piensa que su tiempo ya ha pasado. Los cuadros depresivos, el deseo de muerte y el suicidio afectan de manera especial cuando el marco afectivo-relacional se modifica y deteriora y no hay tiempo o capacidad para compensarlo.

Lejos de ofrecerle consuelo, la sociedad multiplica sus sentimientos de inutilidad, incapacidad, dependencia y, en consecuencia, empeora su estado. La esperanza es energía para vivir; por el contrario, el desprecio, la falta de cariño, la marginalidad, la desesperanza, son la antesala de la muerte.

La atención al viejo plantea conflictos con la distribución de recursos. La oferta asistencial y sanitaria debe cambiarse al igual que la actitud de los profesionales y de la sociedad, porque la atención al viejo es un problema sociosanitario de primera magnitud que aumentará progresivamente.

Los criterios para tratar los problemas médicos de la vejez no pueden ser aplicados como si se tratara de un grupo homogéneo. Es preciso realizar una valoración individualizada de cada caso y adoptar las medidas adecuadas al mismo. En todo caso, el médico debe observar al anciano como a cualquier otro ser humano: tiene con él las mismas obligaciones éticas y debe ayudarlo a mantener su libertad y dignidad como persona.

Los problemas del anciano y sus consecuencias son un excelente ejemplo del gran componente social y económico que tiene la Medicina; más concretamente la Medicina General, que debe trabajar con lo biológico, lo psicológico y lo social, e introducir esos componentes en sus decisiones tanto individuales como colectivas. Aunque la atención y cuidado del viejo son un problema de todos, la Medicina General tiene una importancia y responsabilidad más directa cuando toma decisiones o madura comportamientos al respecto.

3.6.2. Racionalización de los recursos

Ya se ha dicho antes que parece necesario introducir el sentido económico en la decisión clínica (lo que ya recordaba Hipócrates 0 y cualquier código de ética médica).

En este momento la mayor preocupación de las Administraciones sanitarias radica en cómo mantener un nivel de calidad aceptable ante el incremento imparable de la demanda de atención sanitaria y evitar, paralelamente, un crecimiento incontrolado del gasto público. Por otra parte, como médicos y desde una visión diferente, si analizamos en profundidad nuestro Código Ético 0 llegaríamos a idéntica conclusión.

Parece existir consenso en la necesidad de:

. Controlar el gasto sanitario.

- . Racionalizar la utilización de recursos.
- . Racionalizar la prescripción de medicamentos.
- . Controlar el gasto de la prescripción terapéutica.

Son afirmaciones con las que todo el mundo parece estar de acuerdo. Son necesidades relacionadas entre sí y que se condicionan mutuamente. Por tanto, estratégicamente, abordar una de ellas sin tener en cuenta las demás es garantizar el fracaso. El problema surge a la hora de poner en marcha acciones eficaces que permitan lograr esos objetivos y hacerlo en un SNS con unos condicionantes que determinan definitivamente el éxito de las mismas.

El médico es un profesional muy especial. Es un empleado público responsable de la oferta y de la demanda 0. Como consecuencia, determina en qué se gasta el dinero. Esto es específico de los médicos; ningún otro empleado público posee esta capacidad de decisión. Sin embargo, el nivel de participación de los médicos en las cuestiones determinantes para el SNS, como calidad, productividad y competitividad, es muy pobre.

a) Participación de los profesionales

La Reforma sanitaria ha colocado al médico en una situación similar a la del obrero tradicional: cumple un horario, produce y no participa en las decisiones ni en los beneficios de la Empresa. La única diferencia puede ser la retributiva y, en ocasiones, ni ésa.

La Administración en general tiene una desmesurada tendencia a controlar, dirigir y mandar. Disimula esa vocación absorbente contando la realidad de otra manera o haciéndola desaparecer. Los profesionales van acumulando una resistencia al cambio por la experiencia acumulada y porque no participan.

Participar es tomar parte en una cosa, es compartir la capacidad para condicionar los resultados y tener algo que ganar o que perder.

Todo el mundo coincide en que la participación es clave en el éxito de cualquier empresa. Y en nuestro caso no sólo para modular la oferta y la demanda; también condiciona la calidad del servicio, la relación con el paciente y, finalmente, su satisfacción.

Pero esta participación tiene que ser *adulta*, en sentido contrario a la que se nos pretende aplicar.

La Comisión para el Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud 0 informaba de la necesidad de tomar medidas presididas por:

- . Promover mecanismos que logren incorporar el mayor grado de responsabilidad en los profesionales del Sistema, como forma de alcanzar una mayor eficiencia en el uso de los recursos.
- . Crear una conciencia de costos en el profesional sanitario.
- . Obtener el mayor grado de participación activa, de vinculación al proyecto y de motivación de los profesionales sanitarios.

La Organización Mundial de la Salud, por medio de su Comité de Expertos para la Gestión de Recursos Humanos para la Salud decía:

. "La escasa motivación es un aspecto crítico, ya que es el núcleo de la gestión (...). Entre los elementos promotores se cuentan la participación en la toma de decisiones, el reconocimiento de la responsabilidad personal y oportunidades adecuadas para el desarrollo profesional y el progreso en la carrera".

. "Cuando el profesional no participa en las decisiones que lo afectan se deteriora el clima de la organización y se ven con suspicacia hasta las buenas

intenciones de la Administración superior".

Por todo ello, parece clara la necesidad de:

- . Considerar al MG como agente de asignación de recursos.
- . Introducir el sentido económico en sus decisiones.
- . Establecer relaciones entre incentivos y eficacia.

b) Motivación e incentivos

Nunca como aquí se cumple aquello de que "el mensaje siempre depende del receptor" (P. Watzlawick). Un mismo mensaje tiene un fin distinto en función de quien lo emite. Pero, sobre todo, depende de quien lo recibe. Estos mensajes no tendrían sentido si no los recoge el receptor oportuno, es decir, el médico, y si no se les asigna la interpretación adecuada.

Si hay algo que condiciona el mensaje es la motivación de quien lo recibe. Vamos a revisar el estado actual de la cuestión.

La motivación del médico puede ser fruto de un ejercicio intelectual gracias al cual todavía queda alguna, pero se trata de algo que pervive durante escaso tiempo.

En 1994 la SEMG se empeñó en mandar sistemáticamente mensajes dirigidos a introducir ese sentido económico en el profesional y a recordarle la obligación de racionalizar sus comportamientos profesionales, además de las imposiciones éticas contraídas en este sentido. Según manifestaciones públicas de la Administración Sanitaria, ese mensaje reiterado tuvo su efecto. El camino era bueno; sin embargo, perdió eficacia progresivamente por una inadecuada respuesta de la Administración hacia sus compromisos para con los profesionales.

Actualmente, la motivación y los incentivos profesionales no tienen relación con los objetivos y el mejor desarrollo de los servicios prestados. Parece imprescindible utilizar nuevas fórmulas para corresponsabilizar a los profesionales y para que éstos acepten las mismas a cambio de los incentivos y reconocimientos que les puedan corresponder.

c) Racionalización farmacoterapéutica: factores que condicionan la prescripción del MG

El medicamento no es sólo un bien de consumo que haya que limitar a efectos contables. Es un factor intermedio que, utilizado de manera adecuada, al final produce salud. La contabilidad está obligada a realizar el mejor análisis económico, pero no debe olvidar o menospreciar muchos efectos que condicionan el funcionamiento del Sistema y el estado de salud general.

La racionalización del uso del medicamento depende de otros agentes antes que del propio médico. Son agentes que interactúan sobre esa responsabilidad de prescribir que sólo debe ser del médico. No creemos adecuado que, como consecuencia de mejorar un factor, empeoren otros; más bien es necesario plantear acciones globales.

Es posible la racionalización de la prescripción, pero no como acción aislada, sino como actitud permanente del médico que, prescribiendo bien siempre, puede hacerlo mejor. Que un médico racionalice su prescripción y decisiones diagnósticas y terapéuticas parece más que necesario, éticamente obligatorio; lo que supone, entre otras cosas, prescindir de lo innecesario o superfluo.

Como médicos debemos entender que, dado que los recursos son finitos, de la exigencia de garantizar todo lo necesario se desprende la obligación de desterrar lo

superfluo, cueste mucho o poco. En Medicina "todo lo que no está indicado está contraindicado". Es preciso que los MG sean conscientes de la trascendencia de sus decisiones para la economía nacional y para la salud de sus pacientes.

A la hora de prescribir, el médico debe entender de los medicamentos más beneficiosos para su paciente y, dentro de los mismos, de aquéllos con menor costo. Sin embargo, no puede saber si el costo de un producto, que considera necesario, en sí mismo es mucho o poco. Tampoco puede entender cómo, cuando dos medicamentos son iguales, cuestan distinto: la diferencia de precio entre ambos tendrá una justificación razonable y, de no ser así, no se comprende cómo ambos son opciones disponibles en el SNS; es una cuestión previa de la que debe responsabilizarse la Administración Sanitaria.

Cualquier plan de actuación dirigido a racionalizar la prescripción médica debe cumplir las siguientes condiciones:

- . Diseñar programas de mejora de la calidad de la prescripción, centrados u orientados por los factores más relevantes.

- . Establecer prioridades a conseguir en un sistema de racionalización del consumo farmacéutico, basado en aspectos cualitativos.

- . Diseñar programas de formación de gran impacto potencial al estar basados en las necesidades científicamente definidas y en las causas de los problemas.

- . Recursos para garantizar mínimos útiles de autonomía profesional que eliminen otras dependencias:

- Información farmacoterapéutica rigurosa y garantizada.

- Autonomía suficiente para mantener sus foros de encuentro y debate, así como sus medios de información y comunicación.

- Cubiertas SUS necesidades de formación médica continua.

- Cubiertas las necesidades para la investigación y desarrollo de la ciencia médica.

- Reconocida su autoridad profesional y el poder legítimo que otorga el ejercicio de sus responsabilidades.

d) Autonomía e independencia profesional

En estos momentos el médico no tiene autonomía profesional y económica suficiente que le permita responder a las necesidades antes mencionadas. Los médicos han dejado de ejercer libremente su profesión y han perdido parte de su autonomía profesional al responder a un perfil que habitualmente es el que interesa al empleador; además, la formación, actualización y demás recursos para que la profesión pueda organizarse y responder a lo que de ella se espera, lejos de ser propios, corresponden al SNS o proceden de la industria farmacéutica.

Los recursos dedicados a investigación y desarrollo son siempre escasos y en buena parte proceden de entidades y organizaciones privadas. A pesar de la implantación de Centros de Salud, donde trabajan pequeños grupos de profesionales, la Medicina General precisa de una atención cuidadosa en materia de actualización y puesta al día de conocimientos, más aún cuando puede y tiene que afrontar, orientar y decidir en primera instancia sobre cualquier problema de salud. Por razones obvias esta necesidad en el medio rural es más relevante.

e) Medicamentos genéricos

Su utilización puede ser una consecuencia de la racionalización del comportamiento profesional si con ellos se logra proporcionar al paciente la solución terapéutica más eficaz, al menor coste posible y la que le genera mayor satisfacción; son tres condiciones paralelas: el médico debe procurar que al intentar mejorar alguna de ellas no empeoren las demás.

Sin embargo, lo cierto es que promocionar la utilización de medicamentos genéricos es una acción encaminada únicamente a limitar el crecimiento de la cuenta de gastos en fármacos que tiene el SNS. El médico no tiene nada que ganar o perder con la prescripción de genéricos por las razones ya mencionadas. No obstante, revisemos otros condicionantes importantes para el médico.

Los genéricos, según la definición de la Oficina de Evaluación Técnica del Senado, son copias de medicamentos que no están protegidos por una patente u otros derechos de comercialización exclusiva. Tienen un precio más reducido porque no tienen costes de investigación y desarrollo y porque funcionan en un mercado sin los límites de la patente y las marcas.

De alguna manera, su definitiva implantación puede llevar consigo una disminución cualitativa del *status* actual del que depende la profesión. Porque, si bien puede actuar positivamente sobre el *capital físico* del Sistema, puede modificar las condiciones del *capital humano* que también hay que cuidar y mucho. Ya hemos mencionado que la profesión ha perdido muchas cotas de autonomía y precisa de la ayuda de la industria farmacéutica para cubrir sus necesidades más elementales.

Una vez que la oferta en nuestro mercado está establecida con las consiguientes garantías, también tiene sentido económico que el MG considere, por ser necesaria para la toma de sus decisiones, la oferta de servicios que se le hace (información, bibliografía, congresos, reuniones profesionales...). No hay que "rasgarse las vestiduras": la propia Administración utiliza recursos privados como soporte de intereses propios (cursos, medios de comunicación, investigación sanitaria...).

La Administración Sanitaria debe decidir qué recursos terapéuticos admite en relación a su eficacia y costo. Si admite productos iguales con coste diferente será porque el producto o quien lo vende ofrece algo diferente o un valor añadido que posiblemente también condicione al médico.

La investigación y desarrollo, la inversión en capital humano y los puestos de trabajo también son formas de garantizarnos el futuro y es importante tenerlos en cuenta. Por tanto, la factura de un medicamento incorporará estos costos; si no los incorpora y son imprescindibles, alguien tendrá que decirnos en qué partidas presupuestarias están previstos para poder demandarlos.

3.6.3. Medicina defensiva: el círculo vicioso del cuidado médico orientado económicamente

La fe ilimitada en los avances científicos provoca que se viva como fracaso la propia muerte y el dolor. No basta con la suficiencia de medios ni con la dedicación del profesional; se exigen resultados 00.

Introducir el sentido económico en la decisión clínica es obligado; sin embargo, ello conlleva el riesgo de convertir la asistencia en una cadena de producción donde mande sólo la cantidad y no la calidad.

Los cuidados médicos orientados de forma económica originan que la práctica médica deje de ser una responsabilidad individual y se convierta en una mecanización del proceso asistencial, al final del cual el financiador-empleador debe tener las cuentas cuadradas, pero donde la responsabilidad siga siendo del médico.

En este sistema, el paciente no llega a identificarse con su médico y la relación entre ambos se rompe; se facilita de este modo el enojo y la denuncia en caso de error o disconformidad. Por otra parte, se crea una gran dependencia de la tecnología a la que se somete al paciente ante la mínima duda; el médico ofrece *más máquina* como mecanismo defensivo de práctica correcta que garantiza la defensa si se produce la denuncia del paciente. Como resultado, se incrementan los costos para lograr unos cuidados médicos más satisfactorios que probablemente no se consigan.

Las habilidades de relación, la relación médico-paciente y el proceso de empatización son instrumentos consustanciales al acto médico, insustituibles por la tecnología, con la que deben combinarse en dosis apropiadas. No se puede olvidar que la Medicina, que trata seres humanos, requiere una alta valoración de los mismos para poder abordarlos como elementos diferenciados con respuestas elaboradas en función de cómo es y cómo se encuentra cada uno de ellos.

3.6.4. La ética en el SNS

La ética en la distribución de los recursos exige una justa planificación sanitaria, el manejo correcto de los términos de eficacia, efectividad y eficiencia desde la Salud Pública, y el uso correcto del Sistema.

El planificador sanitario tiene que aplicar siempre unos criterios de selección de prioridades, fundamentados en una descripción detallada de las necesidades y un documentado análisis. Cabe cuestionar la ética de los cargos directivos que a veces no se esmeran en planificar correctamente, y, además, conscientes o no, discriminan a unos en beneficio de otros, bien porque no acaten la reforma impuesta (léase el caso de médicos que no aceptaron la integración en los EAP), o simplemente porque determinadas especialidades no son consideradas como estrellas.

Respecto a la ética del profesional médico, conviene resaltar que siempre ha de actuar según sus conocimientos científicos, los recursos económicos y el dictamen de su conciencia; en términos más económicos y de Salud Pública, debe tener en cuenta siempre la eficacia, efectividad y eficiencia de todas sus actuaciones, tanto en el ámbito de la prevención como de curación y diagnósticos, y oponerse al *snobismo* que no tenga reconocida su validez científica. El comportamiento del médico nunca debe estar mediatizado por preocupaciones o intereses oportunistas, como, por ejemplo, el lanzamiento de un producto farmacéutico o el chantaje enmascarado de los poderes fácticos de la profesión.

Es necesario que los MG identifiquen las actividades sanitarias que resultan inútiles a fin de retirarlas de su quehacer diario. No están justificadas ni siquiera como razón para mantener puestos de trabajo de ningún sector. La calidad cuesta dinero; pero, si se suprime lo inútil, es posible obtener más calidad o igual calidad a igual o menor costo (Donavedian, 1980).

Los médicos deberían analizar la relación coste/eficacia de sus acciones y decisiones, porque sólo en este caso el "dar un valor monetario a la vida" (Gray, 1979) "podría salvar otras vidas" (G. Mooney). No se trata de elegir entre economía o ética; desde nuestra concepción es ética y más ética dar a nuestro paciente lo mejor y al menor costo. En algunos comportamientos profesionales, entre los que incluimos el ensañamiento diagnóstico y terapéutico, se confunde ética con fanatismo, algo tan peligroso en Medicina como en cualquier otra profesión (Williams, 1989).

Sería muy importante, también, hablar de la ética del "usuario", máxime cuando la LGS contempla la universalización de la asistencia. Dicha LGS es víctima de su generosidad al no prever el uso y abuso del SNS por los pacientes.

El SNS debe dotarse de mecanismos de defensa contra los comportamientos de gestores, profesionales y usuarios que no respondan a las obligaciones éticas contraídas con el mismo.

3.6.5. Coordinación general sanitaria

RECOMENDACIÓN 63 DEL INFORME ABRIL 0:

"Es imprescindible garantizar una Coordinación General Sanitaria eficaz y eficiente para todo el Estado en materia de vigilancia epidemiológica y Salud Pública considerando la participación y competencias que establece la Ley General de Sanidad en esta materia para Ayuntamientos, Comunidades Autónomas y Administración Central".

El órgano competente en esta materia ha sido el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, cuyo papel, lejos de ser operativo, no ha respondido a las necesidades que le fueron encomendadas. Por otra parte, la distribución desigual y desproporcionada de los recursos y, en consecuencia, de la oferta de servicios entre las administraciones de los distintos territorios del Estado, aconseja proseguir en la descentralización funcional y financiera a la vez que ajustar la distribución de recursos para reducir las desigualdades progresivas entre los mismos.

Las diferentes estructuras sanitarias y niveles asistenciales del Sistema Nacional de Salud, así como sus profesiones y profesionales, deberán alcanzar un mejor grado de coordinación y evitar la desintegración de funciones y su duplicidad.

3.7. PROBLEMAS DEL SNS QUE PRECISAN DE LA PARTICIPACIÓN DE LA MEDICINA GENERAL

Parece fuera de toda duda que el SNS tiene, además de los mencionados, una serie de problemas cuya solución precisa específicamente la participación de la Medicina General:

- . La promoción de la salud y la educación sanitaria.
- . Las actuaciones preventivas sobre el individuo, la familia, la comunidad y el medio ambiente.
- . La vigilancia epidemiológica.
- . Actualizar la intervención en salud mental y laboral.
- . La organización de los servicios.
- . La descentralización funcional y financiera.
- . La gestión de recursos humanos y materiales.
- . El modelo profesional.
- . La actualización de la práctica profesional.

3.8. GRANDES PROBLEMAS DEL MG EN SU EJERCICIO

3.8.1. Certificados de salud

Cuando el médico realiza un examen de salud y emite el correspondiente certificado lo hace en función de la libre solicitud del interesado o de la persona responsable del mismo. A él entrega la información de que dispone y la que ofrecen los resultados de la exploración y pruebas complementarias e, incluso, la valoración requerida.

Un médico no ha de realizar un examen de salud en contra de la voluntad o intereses de sus pacientes o sin su consentimiento tácito; menos aún informar de sus resultados a terceras personas, máxime si de los mismos se desprende información cuyo contenido pueda atentar contra la intimidad, dignidad o intereses del paciente, así como contravenir el secreto

profesional obligado. Si por salvar lo anteriormente expresado el médico ocultara información de procesos incapacitantes o minusvalías que posteriormente pusieran en peligro la salud o la vida de su paciente, sería responsable de las consecuencias. Este círculo cerrado puede romperse solamente si la información sobre el estado de salud de un paciente es realizada y entregada al propio paciente o a la persona con capacidad jurídica que asuma su cuidado y custodia; independientemente de quien la requiera al interesado y de la voluntad de éste para hacer con ella lo que considere conveniente a sus intereses. En ningún caso el médico puede utilizar los conocimientos que del estado de salud de sus pacientes tiene para atentar contra los intereses legítimos del mismo.

El médico no puede contravenir las obligaciones contraídas con su paciente; menos aún sus obligaciones éticas cuando, como consecuencia de la información a él confiada, pueda derivarse perjuicio o discriminación para su paciente. Está obligado, aun en el caso de que su paciente goce de buena salud, a informarle sobre los riesgos conocidos que para la misma puede suponer la realización de una actividad.

3.8.2. Denuncias por enojo y mala praxis

Las denuncias por enojo y mala praxis son cada vez más frecuentes en la Medicina. Aunque ninguna profesión está libre de tener *hijos bastardos*, no es menos cierto que sobre el control y uso del Sistema tampoco existe regulación alguna. Para la mayor parte de la Opinión Pública, los médicos tienen la culpa de todo lo que acontece en la Sanidad.

Va siendo hora de que empiecen a delimitarse las responsabilidades. Se cometen fallos porque la Medicina no es exacta, el Sistema no es perfecto y los médicos no son infalibles. La puesta en marcha de un servicio de reclamaciones, regulación, asesoramiento, control y educación del uso del SNS evitaría muchos conflictos y ayudaría a conocer la realidad de la negligencia médica.

3.8.3. El intrusismo del médico en el ejercicio de la Medicina

Como tal, no existe. Es un planteamiento pobre, egoísta e insolidario a los problemas laborales y, en consecuencia, de mercado que tiene la profesión; algo que, por otro lado, está dañando su imagen y escandalizando a la población.

No hay intrusismo porque sólo hay una Medicina y dos sectores profesionales que la realizan (MG y Especialistas), imprescindibles y complementarios entre sí. Ambos observan un objeto común en su actuación, el paciente; pero son dos formas distintas y complementarias de responder a sus necesidades.

En los campos de actuación que se comparten, la competencia de la Medicina General permitirá convertir lo posible en probable; y la del especialista convertirá lo probable en cierto cuando se precise de su colaboración necesaria (ver párrafo 0).

4. LA MEDICINA GENERAL EN ESPAÑA

"Proporcionadme buenos médicos y haré buena medicina" (Prof. Amador Schüller).

La ruptura absoluta entre la formación pregrado, postgrado y también con la realidad diaria del ejercicio de la Medicina General se suma a las inadecuadas enseñanzas recibidas en la licenciatura, junto al desconocimiento en ésta del ejercicio profesional del MG. Todo lo cual hace muy difícil el desarrollo y progresión de la profesión; más difícil obtener vocacionalmente futuros MG: "Mal se puede optar por lo que se desconoce o por lo que se conoce mal". Así, la opción de "Medicina General" se convierte para el recién licenciado en obligada cuando por diversas razones no pueda optar por una especialidad.

Se han originado enfrentamientos y rupturas internas que han ido más allá de las tolerables diferencias generacionales, las cuales, provocadas intencionadamente o por la escasa o nula previsión administrativa, están impidiendo en el presente decenio y parte del pasado obtener toda la rentabilidad sociosanitaria que cabría esperar de la profesión.

Ante cualquier reforma podemos repasar las cuestiones que consideramos deficitarias o los factores que estimamos imprescindibles para mejorar los resultados. Sin embargo, es preciso dejar claro que lo fundamental es mantener el nivel útil de la oferta de los servicios, lo que en ningún caso es tolerable arriesgar.

Es prioritario reorganizar la Medicina General. La propuesta no puede entenderse como un hecho aislado; por el contrario, el SNS está obligado a dar respuesta a las necesidades sociosanitarias, y, en consecuencia, adaptarse permanentemente a los cambios introducidos. Precisamente, la Medicina General en nuestro país debe acostumbrarse al ajuste constante y permanente de sus respuestas, sin que ello suponga saltos al vacío ni ensayos con fuegos de artificio. No es necesario partir de cero; más bien, nuestro sistema necesita modificaciones importantes pero progresivas. En cualquier caso, proponemos una reorganización siempre pactada, a la que se accederá paulatinamente corrigiendo las desviaciones detectadas y los problemas que hay que acometer en el próximo decenio 0.

La reorganización no debe estar, desde luego, en manos del resto de colectivos profesionales no implicados en el asunto, por las razones expuestas. Tampoco pensamos que pueda venir desde los ejecutivos sanitarios oportunistas, mucho más preocupados habitualmente por criterios políticos y económicos, que se conjugan muy mal con lo que la población y los mismos médicos desean en cuanto a calidad asistencial, humana y profesional del Sistema Sanitario. Podemos esperar que las administraciones sanitarias y los políticos en general lleguen a ser sensibles con el tiempo a las demandas de la sociedad en este campo.

Pero, sin ninguna duda, tiene que ser la propia Medicina General la que promueva la verdadera *reforma* a partir de sus puntos de vista, sus actitudes cotidianas y su organización en instituciones profesionales y científicas con capacidad para influir en todos los estamentos sociales implicados. Dichas instituciones, a partir de la puesta en marcha de estudios y planes de actuación, deben diseñar estrategias para la permanente sensibilización sobre los problemas puntuales o estructurales presentes o futuros y utilizar todos los medios a su alcance para hacer llegar sus propuestas, de forma que, a la larga, se conviertan en asesores imprescindibles del Sistema Sanitario.

El ejercicio de la Medicina requiere un régimen de garantías especial, ya que no puede regularse en exclusiva por las leyes del mercado. Ello implica preservar los derechos del paciente y del médico, estructurar un modelo funcional adecuado y evitar las múltiples perversiones que genera el funcionamiento de todo el sistema.

No es admisible que las circunstancias actuales de la organización de la Medicina General, resultado de un monopolio en la prestación de servicios, deriven hasta un oligopolio compartido por varias entidades, con la gran disculpa de su experiencia en la gestión y dirección.

Actualmente la Medicina General no tiene tradición directiva y es insuficiente la organizativa. Es preciso comenzar un proceso real de innovación en la organización de la Medicina General que ésta debe asumir progresivamente, a la vez que se preparan para ello y cambian paulatinamente las costumbres de profesionales y población.

Como resumen, creemos que los siguientes factores son determinantes básicos que hay que transformar si pretendemos mejorar la realidad de la Medicina General:

- . Tutorización por el nivel especializado.
- . Nula presencia en la vida universitaria.
- . Presencia/ausencia de MG en niveles superiores de decisión.
- . Centralización económica/profesional.
- . Intervencionismo excesivo no profesional.
- . Nula/escasa participación profesional.
- . Escasa motivación ("nada que ganar o perder").
- . Escasos incentivos ("hoy igual que mañana").
- . Nula promoción profesional ("hoy es el futuro").
- . Modelo funcionarial inadecuado.
- . La plétora médica colocada expresamente en la Medicina General.

Para alcanzar la mejora de las situaciones descritas anteriormente, los objetivos intermedios a cubrir son:

- . Definición y defensa del campo de actuación: Autonomía.
- . Participación en la formación del futuro licenciado.
- . Reconocimiento del papel clave de la Medicina General.
- . Formación específica del MG.
- . Cambios y presencia en los niveles de decisión profesional.
- . Establecimiento de la propia identidad.

A pesar de la falta de referentes en su ejercicio profesional que sirvieran de patrón y guía de conducta apropiada, tanto individual como colectiva, el MG ha mantenido, por encima de su diversidad y número, un comportamiento que cumplía los criterios básicos de su ejercicio profesional. Siempre ha respondido y se ha adaptado a las necesidades que su población y entorno demandaban.

La aplicación matemática del "teorema central del límite" 0 a los criterios que definen el ejercicio profesional dentro del mismo medio y similares condiciones, nos permitiría, con toda seguridad, obtener siempre la misma muestra poblacional, que, a su vez, definiría el modelo de ejercicio del MG en nuestro país y en los diferentes peculiaridades y medios en los que actúa.

Esos criterios básicos son los que la SEMG defiende como una posición de partida abierta, dinámica y cambiante. De nada valen modelos impuestos, pretendidamente perfectos, si son extraños, si no parten del nivel general útil de comportamiento del MG, si no han sido diseñados cambiando los determinantes básicos del mismo, en un proceso a medio y largo plazo constante, que la Medicina General debe asumir como propio por ser ella su protagonista.

Lo que debe venir de fuera son los determinantes y condiciones del ejercicio profesional. Sin embargo, los cambios deben ser realizados por la Medicina General como resultado de la interacción de aquéllos sobre las posiciones donde la misma se encuentra en cada momento.

4.1. LA NECESIDAD SOCIOSANITARIA DE LA MEDICINA GENERAL

El desarrollo de competencias del MG ha tenido y tendrá que ver con las condiciones, prosperidad, nivel cultural, social y económico de las comunidades y corporaciones locales a las que asiste, los cuales, en definitiva, condicionan el nivel práctico y la utilización real de sus cometidos.

Esta falta de adecuación entre lo que se *encomienda* teóricamente y lo que

recomienda, permite y obliga la práctica diaria, es muy significativa y ajena a la voluntad del MG de variar el curso de las cosas. La situación puede ser más llamativa en las comunidades rurales, semi-cerradas y hostiles a todo lo que suponga cambios en sus costumbres al uso.

A lo mencionado se añade la falta de criterios y descoordinación entre las administraciones con competencias sanitarias. Así, el desarrollo de funciones específicas de la Medicina General, y dentro de ellas las asignadas a los médicos titulares, son tan distintas como los médicos, el interés y las posibilidades que depositan en su labor las distintas administraciones de las que dependen.

Por otra parte, cualquier profesional tiene bien aprendido que el ejecutivo sanitario responsable de la distribución económica de recursos no suele utilizar los mismos en actividades cuyos resultados son poco o escasamente tangibles. Éste es un gran *handicap* para las inversiones en prevención. Social y políticamente es más exitoso lo que se cura o se controla que lo que se evita o previene.

Es fundamental el papel definitivo de la Medicina General en todas las áreas de salud y muy especialmente en la prestación e integración de la atención sanitaria al individuo, la familia y la comunidad, así como en el seguimiento de los cuidados que no dependen de su actuación directa.

4.1.1. La Prevención y Promoción de la Salud

La protección de la salud es un problema social, político y económico que escapa a las posibilidades de resolución por parte del médico. Es un problema social, porque tropieza con hábitos y costumbres; político, porque los partidos utilizan los programas de salud como propaganda; y fundamentalmente económico, porque los grandes problemas medioambientales, la sanidad, la vivienda y el trabajo necesitan un soporte económico importante para su acometida y resolución. Como consecuencia, los mejores niveles de vida los tienen los países más ricos.

Aunque partimos del principio de que medicina preventiva y educación sanitaria (probablemente lo más eficaz) se realizan en la consulta de Medicina General y frente al enfermo, es evidente el desplazamiento incuestionable de ambos por la medicina asistencial, que, debido a su volumen y trascendencia política y social, acaba minimizando las otras tareas sanitarias.

La Reforma de la AP no ha resuelto el problema, y, aunque desde el punto de vista ideológico-doctrinal se presentaron la PREVENCIÓN y PROMOCIÓN DE LA SALUD como fundamentales, en la práctica, la dilución de responsabilidades en los EAP, el voluntarismo desde el anonimato y la falta de reglamentación básica para su funcionamiento, entre otras, no contribuyen a mejorar la situación.

La relación entre el estado de salud del hombre y el medio ambiente y la comunidad donde vive obliga a integrar la Prevención Primaria y la vigilancia epidemiológica en el primer nivel de atención y cuidados, y a coordinarla de forma íntima y oportuna con el resto de cometidos y funciones del mismo.

Las dificultades para aumentar la influencia de las actuaciones preventivas sobre la población proceden de:

- . La falta de sensibilización de la sociedad, de los políticos y de los propios profesionales.
- . La ausencia de estructuras específicas y recursos.
- . El desconocimiento de los problemas, puesto que lo que se quiere prevenir aún no existe.
- . La ausencia de resultados tangibles de las inversiones realizadas.
- . El carácter lucrativo de los factores mórbidos (tabaco, alcohol, drogas...).

. La fragmentación de las tareas y de los programas preventivos y su falta de continuidad en el tiempo, con lo que pierden crédito entre la población para la próxima ocasión (impacto).

. La desconexión y descoordinación de los vectores preventivos.

. La disminución de la responsabilidad de nuestra sociedad, provocada por la excesiva medicalización 0.

Por ello, cabe proponer, coincidiendo con la RECOMENDACIÓN PRIMERA del "Informe Abril" 0, que el presupuesto para Prevención y Promoción de la Salud sea real y específico, para llevar a cabo unas funciones previamente definidas y cuantificadas, que serían asignadas, en cuanto a competencias y responsabilidad, a personal cualificado, el cual actuaría desde la independencia y profesionalidad.

La vigilancia del estado de salud individual y colectivo, la anticipación en los cuidados, procurar la mejor calidad de vida para el que ha perdido la salud, son aspectos necesarios para nuestra sociedad actual donde contrastan la brevedad con la que se describen, la magnitud de lo descrito y las escasas inversiones realizadas. Parece poco exagerado pretender que la Medicina General deje de ser utilizada como almacén de funciones y recursos del Sistema, unas irrealizables, los otros inexistentes.

Los programas de detección de enfermedades evitables, el diagnóstico precoz y sus consecuencias en salud y costos, aconsejan la promoción de estilos de vida saludables. Precisan tiempo, recursos humanos y técnicos, perfecta definición, métodos ajustados, estudio de resultados y continuidad.

4.1.2. Qué debe ofrecer el MG al SNS

Siendo el Sistema Público 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 y mantenimiento de principios éticos. Están obligados a denunciar sus deficiencias en tanto las mismas puedan afectar a la correcta atención de los pacientes (Código de Ética Médica, Artículo 5.2) 0.

El MG es un profesional liberal que puede o no trabajar en el Sistema Público y, en consecuencia, debe estar preparado, en primer lugar, para solventar las necesidades del paciente; en segundo lugar, para responder a lo que la sociedad espera de él; por último, deberá ajustar sus condiciones de servicio a los requerimientos del Sistema Público en el caso de que tenga que servirle.

4.1.3. Qué demanda y espera la población y el paciente de la Medicina General

La población, los pacientes, esperan que el MG les atienda, les entienda y les aconseje lo que aprecie como de mayor utilidad en cada caso. Sigue vigente "...curar algunas veces, aliviar en la mayoría de las veces, consolar siempre".

El paciente necesita del seguimiento continuado de un médico de confianza, libremente elegido, que, con independencia de las actuaciones que en materia de salud requiera de otros profesionales, le garantice una continuidad de la atención en el tiempo y una visión global e integradora que no puede ser interrumpida ni siquiera a las puertas de un hospital.

Habitualmente, la población considera a su médico como el asesor por excelencia, y no sólo en temas de salud. Espera de él que le resuelva o que adopte las medidas necesarias para ayudarle a resolver sus problemas sanitarios e incluso sociales.

Progresivamente, la sociedad precisa de nuevo a un profesional médico capaz de escuchar, atender y entender al hombre y sus circunstancias; al cual conoce, con el que se relaciona y al que tiene fácil acceso. El MG retoma su papel en un ciclo histórico que, en esencia,

la sociedad y la profesión quieren redescubrir.

4.1.4. Qué debe ofrecer la Medicina General a la población

Además de los requerimientos que el SNS establece como necesarios, la Medicina General debe estar en condiciones de ofrecer que, sea cual sea el sistema asistencial, público, privado o libre, el MG constituya la viga maestra en la que descansa la asistencia sanitaria.

Es preciso que el ejercicio de la Medicina General sea seguro, de confianza, estable, de fácil acceso, con garantías, capaz de definir y medir la demanda del paciente, con respuestas rápidas y ajustadas individualmente; pero que, a la vez, se apoye en unos conocimientos suficientes que le permitan, desde la autonomía profesional, saber cuándo precisa ayuda, proteger a su paciente y población y orientarles frente a posibles excesos de la especialización.

Tiene que ofrecer médicos bien formados, competentes profesionales de gran humanidad; esto último, en la práctica, se comporta como un verdadero marcador genético del profesional vocacional. Precisamente por eso es necesario recuperar para la Medicina General este sentido vocacional que la sociedad, de algún modo, le demanda.

El MG debe ayudar al paciente a que sea consciente de su realidad biológica. Lo educará sobre esa realidad para que adquiera hábitos saludables y evite aquéllos que le sean perjudiciales. Por tanto, aunque la educación de la colectividad pueda llevarse a cabo en numerosas ocasiones, la más importante es la individual. De ella el MG es el protagonista.

Es claro que los MG no pueden ser los "porteros" del hospital. Actualmente, el MG pierde al paciente cuando entra en uno de ellos. Es necesario retomar el seguimiento del paciente dentro de estas instituciones y poner en marcha mecanismos que, sin estridencias pero sin más demora, permitan que el MG siga asesorando y asistiendo a su paciente cuando esté ingresado.

Con esas condiciones la sociedad recibirá una asistencia vertebrada y de calidad.

4.1.5. Qué espera el MG

Condiciones apropiadas para el ejercicio, reconocimiento social a su labor, prestigio como profesional y un nivel económico útil, de acuerdo con su responsabilidad y dedicación, que le permita el ejercicio cotidiano de su profesión sin distracciones. La Medicina General tiene como fundamento la confianza del paciente en su médico, basada en su libre elección, y la capacidad de éste para aconsejar a aquél sobre los tratamientos, especialistas o centros que considere más oportunos. Todo ello apoyado en la ausencia total de injerencias o imposiciones ajenas a ambas partes y en que el profesional asume la plena responsabilidad de sus actos.

Por otra parte, reclama preparación y estudio reposado de las funciones que realiza junto al nivel de dedicación y continuidad profesionalmente necesarios.

4.2. EL COMPONENTE IDEOLÓGICO DE LA MEDICINA GENERAL

La Medicina, además de ciencia curativa, es asistencial, preventiva y social y, en consecuencia, ser médico conlleva una ideología profesional sobre la cual configura todas sus respuestas.

Nadie puede dudar de los componentes culturales, económicos y también políticos que intervienen en la génesis de la enfermedad. Por otra parte, es difícil imaginar a un médico sin ideolo-

gía profesional, sin actitudes ante las grandes cuestiones en las que se debate nuestra sociedad actual. Sin pretender ofrecer soluciones mágicas, estamos obligados a plantear las controversias sobre las cuestiones sociales y medioambientales que condicionan la salud y la enfermedad.

Un médico sin ideales profesionales no es un médico, es otra cosa. Los ideales profesionales no son posicionamientos políticos, ni religiosos, ni adscritos a dogma alguno. "Suponen una actitud ética y estética basada en la solidaridad activa con el *ser doliente*, independientemente de su condición o situación personal, al que se debe ofrecer lo más adecuado a sus necesidades en cada momento" (Rodríguez Sendín).

Ser MG conlleva una manera de hacer y de entender el ejercicio de la profesión; pero también percibir, sentir y actuar sobre el mundo que nos rodea, porque, además de enfermedades, hay personas que se sienten enfermas y otras que generan enfermedad. En los últimos años han cambiado algunos factores importantes de la relación médico-paciente; pero el que ejerce la Medicina General sabe que perdura, en lo fundamental, la relación del médico con la persona que demanda ayuda. Esta relación ha variado en tanto que lo ha hecho el esquema de prestación de asistencia, pues se han modificado o introducido factores propios de la reglas de mercado al uso.

La profesión médica no puede someterse a las leyes del mercado. Es una forma de vida entre cuyos incentivos está la valoración económica, pero, en todo caso, es una aberración convertir esa forma de vida en un *proceso de cambio mercantil*.

El sistema asistencial público y de aseguradoras añade unas labores administrativas que pueden confundir la misión del MG. Por ejemplo, puede ser valorado por su dispensación de recetas, por su facilidad para suministrar bajas por enfermedad y volantes de complacencia, antes que por su competencia profesional.

4.3. EL CONCEPTO DE MG

De manera gradual se han ido desarrollando los diversos términos establecidos en la práctica para idéntica consecución de un objetivo a cumplir por los médicos que practican la Medicina General. El uso de un término u otro es más cuestión de matiz que diferencia sustancial.

4.3.1. El MG en Europa

Es definido como el médico de primera instancia para la persona enferma, cualquiera que sea su edad y sexo. Debe ser capaz de servirse de manera inteligente y racional de los medios de que dispone para llegar a un diagnóstico preciso y establecer un tratamiento adecuado o para orientar al paciente hacia un médico especialista o hacia el organismo especializado más conveniente. Es el que asegura la continuidad de la atención y el que deberá asumir el papel de *mensajero* en materia de salud, para lo que jugará con todos los recursos de la medicina preventiva (Unión Europea de Médicos Generales).

4.3.2. II Congreso Nacional de Médicos Titulares

Celebrado en Septiembre de 1988, entre sus conclusiones, propuso:

. El MG debe trabajar con y junto a otros profesionales desde la iniciativa individual. Debe recibir una información sin connotaciones ajenas a la realidad sanitaria y comunicar puntualmente todo aquello que pueda tener interés sanitario.

. Mantendrá un nivel de satisfacción suficiente, derivado de la incentivación y de una mayor generosidad y capacidad de servicio.

. Será buen conocedor de las ciencias del hombre y medio ambiente; manejará la relación médico-enfermo y los tres grandes síndromes (dolor, angustia y muerte). Sabrá atender, escuchar y aconsejar. Obviará toda relación jerárquica que no sea derivada de la

mutua confianza con el enfermo.

. Incidirá y provocará actitudes positivas en la sociedad. Su actuación estará centrada en el individuo, la familia, la Comunidad y el Medio, y los observará como un todo íntegro, sobre los que realizará el régimen de actuación apropiado.

. Constituirá la primera barrera sanitaria. Provocará los cambios cualitativos y cuantitativos que la sociedad precisa.

. Dentro del Sistema Sanitario, el MG debe regular y coordinar. Se incorporará a un modelo biopsicosocial en complementariedad con las especialidades médicas más próximas a un modelo biomédico.

4.3.3. Sociedad Española de Medicina General

El MG entiende y actúa sobre el hombre en su conjunto y el ecosistema en el que vive. Sólo se verá mediatizado por las condiciones de la realidad en la que ejerce. Es una actuación distinta y complementaria de la que se espera del especialista; por eso la Medicina General no entra en el juego de la distribución de competencias o de la disección del enfermo. La calidad de su ejercicio estará en relación directa con su formación específica, con su experiencia profesional, con su actualización continuada, con el conocimiento del componente ético de su ejercicio, con el reconocimiento e incentivos profesionales y sociales que se le apliquen.

Esa diferencia en actuaciones que va desde la persona que se siente enferma hasta la comunidad y el medio, pasando por la familia, es lo que permite hablar en España de diferentes MG, aunque poco a poco la mayoría quiera un futuro más uniforme en cuanto a actitud y competencias.

4.4. EL MODELO PROFESIONAL DEL MG

Pretendemos describir las condiciones individuales del ejercicio y del MG:

4.4.1. Responsabilidad

Una condición para el ejercicio responsable de cualquier médico es la libertad clínica individual; libertad que termina cuando la misma esté basada en procedimientos no justificados o ilusorios, o cuando no respete lo científicamente demostrado como lo más adecuado, o cuando sea coartada en función de factores ajenos al interés del paciente.

4.4.2. Población y objeto de la atención del MG

Queda descrita en la formulación dada en el apartado 0. El MG atenderá a toda la población, sin distinción de edad o sexo, en su consultorio, a domicilio o en centros hospitalarios, con carácter normal o de urgencia, según las condiciones en que se desenvuelva su ejercicio profesional. Cuando se cita al MG se entiende que es el MÉDICO por antonomasia; la función del mismo no tiene más límites que su conocimiento, competencia y prudencia.

4.4.3. Estructura de los conocimientos y habilidades exigibles al MG

Se han primado excesivamente los conocimientos técnico-científicos sobre las habilidades relacionales. Sin embargo, en los últimos tiempos la sociedad se ha encargado de recordarlo y lo cierto es que el paciente se fija más en la empatía personal con el médico que en la cualificación profesional. Abundando en ello, se podría decir que, aunque de los conocimientos técnico-científicos sólo entiende el médico, de las habilidades relacionales también sabe el paciente.

Es evidente que lo que la sociedad espera de los MG precisa de unos profesionales con gran competencia técnica, pero también de otras habilidades que, en el caso de la Medicina General, adquieren una importancia capital y no pueden ser evocadas romántica o bucólicamente, sino que requieren una madurez y una metodología específica para su aprovechamiento:

a) Formación teórica y práctica

Al conocimiento de los principios éticos que deben regir toda actuación hay que añadir la cualificación y formación mínima exigible, así como la experiencia profesional suficiente que determine el *qué hacer, cómo hacerlo, cuándo hacerlo y cómo relacionarse*, lo que sólo se adquiere tras el aprendizaje al lado de profesionales con experiencia y, posteriormente, con el trabajo en condiciones reales de ejercicio.

b) Actitud personal y adaptación al medio

La falta de vocación y algunas actitudes individuales incapacitan para el ejercicio de la Medicina General; es obvio que no sirve cualquiera para ejercer como MG. Todo MG que se incorpore a una comunidad debería dedicar un tiempo variable a conocer y observar las características de la misma, circunstancias y condiciones de su entorno, sus costumbres, dinámicas socioculturales y respuestas generales y específicas frente a acontecimientos espontáneos o provocados. Con el tiempo, el MG debe convertirse en un especialista en la comunidad a la que asiste, además de en un sensor y motor sanitario de la misma.

c) Relación Médico-Enfermo

La eficacia de la asistencia médica exige una plena relación de confianza entre médico y enfermo. "En el ejercicio de su profesión, el médico respetará las convicciones del enfermo o sus allegados y se abstendrá de imponerle las propias". "El médico actuará siempre con corrección; respetará con delicadeza la intimidad del paciente". Son consejos que aparecen en el Código de Ética y Deontología Médica. En él figuran las relaciones del médico con el enfermo de manera clara y concreta.

d) Relación Médico-Administración

Citando de nuevo el artículo 5.2 del Código de Ética Médica 0, en el momento del acceso a la función pública quedan establecidas claramente las relaciones entre el médico y la Administración; pero de ninguna manera deben condicionar el marco relacional del médico con el paciente.

El médico debe ser leal en la defensa de los intereses públicos y de los de la Administración a la que sirve (Código de Ética Médica).

4.4.4. Funciones del MG

Es evidente la trascendencia que un programa de identificación de personas con riesgos específicos de enfermar tiene para la población afectada. Sin embargo, cualquier avance en este sentido no debe fomentar el intervencionismo, ni la medicalización no justificada, innecesaria y, sobre todo, ineficaz, ni el ensañamiento diagnóstico. El MG debe ser asesor y guía de sus pacientes; les evitará excesos de otros profesionales y del propio Sistema; hará lo posible para que la vida del ciudadano no pivote sobre los profesionales sanitarios y las intervenciones del propio Sistema, sino al revés.

El MG, además de su función asistencial como tal, puede asumir otras en

relación con la Administración Pública o entes privados (Médico Titular, Forense, de Prisiones, Médico de Empresa...). Las funciones a desempeñar serán las determinadas por los reglamentos de su cargo. No hay un único MG; hay un perfil profesional capaz de responder a los requerimientos sociales y sanitarios en las situaciones que oportunamente se determinen.

4.4.5. Medios del MG

Para llevar a cabo las funciones ordinarias encomendadas, debe tener los medios necesarios para su realización con el nivel de resultados exigibles. Además, el MG debe ser capaz de incorporar, ordenada y racionalmente, cualquier medio y tecnología apropiada a sus funciones, que sirvan para mejorar los rendimientos de las mismas o, en todo caso, para aumentar su autonomía profesional. Lo que hasta un determinado momento es resuelto por una especialidad en función de su complejidad, puede ser resuelto en adelante por la tecnología. Por ello, cualquier profesional puede aspirar a disponer de la mejor tecnología, siempre que ésta sea adecuada y mejore sus rendimientos. Electrocardiografía, ecografía, espirometría, informática, radiología, análisis clínicos, unidades asistenciales para emergencias, son técnicas de ayuda al diagnóstico que en un futuro inmediato deben estar más próximas al paciente, fuera del hospital, a disposición del MG.

Todas cumplen las condiciones de necesarias, útiles, seguras, adecuadas y sensatas (Jennet).

4.5. LAS PECULIARIDADES DEL EJERCICIO EN MEDICINA GENERAL

El trabajo de todo MG viene condicionado por múltiples factores. De todos ellos, el más determinante está relacionado con el medio en el que se desenvuelve y con la población a la que va dirigido. En el medio urbano también resulta relevante el tipo de ejercicio desarrollado por cada profesional.

4.5.1. Medio Rural

El medio rural es el espacio nutrido por naturaleza. Las Comunidades que viven en él tienen formas de vida peculiares, características específicas, subculturas diferentes e, incluso, formas de entender y expresarse distintas, lo que las convierte en verdaderos ecosistemas humanos más o menos abiertos al exterior.

Cualquier comunidad rural puede ser motivo de estudio y tendrá unos determinantes propios que condicionarán cualquier actuación que sobre ella se quiera realizar.

La desprotección del medio rural, la falta de atractivos, las dificultades para la subsistencia, provocaron el éxodo a la gran ciudad de los individuos y familias en edad productiva con el consiguiente envejecimiento poblacional. Hoy se añade que parte de aquella población que emigró vuelve jubilada a sus pueblos de origen.

Las labores del campo no finalizan para su población con la llegada de la jubilación oficial. Buena parte de las tareas agrícolas, sobre todo en zonas de minifundio, son atendidas por personas mayores de 65 años, lo que desde el punto de vista médico y sanitario consideramos positivo por paliar los condicionantes del envejecimiento que mencionamos en el apartado 0.

Respecto de la población rural se puede afirmar que:

- . Interacciona con el medio ambiente.
- . Se conduce con hábitos tradicionales y tabúes.
- . Tiene una especial sensibilidad. Cualquier acontecimiento se extiende y afecta a la comunidad en mancha de aceite por la relación entre sus miembros.

Es resistente a variaciones promovidas desde la educación e información, que son eficaces para los jóvenes más en relación con el educador que la realice que con los contenidos de las mismas.

Su economía nunca está garantizada aunque ha mejorado, lo que ocasiona incertidumbre.

Los problemas del medio rural son multifactoriales y multidisciplinarios, pero se convierten en específicos, precisos, poco variables en una comunidad concreta. Son conocidos, previsibles y, casi siempre, técnicamente solubles.

En el medio rural el papel de la familia está muy reforzado. Su misión clásica, como colchón que amortigua las tensiones que sufre el individuo a lo largo de la vida, tiene una relevancia especial, porque concentra a buen número de personas en un entorno próximo, conocido, con escasas barreras y con relaciones internas muy fuertes.

El medio rural sobrevive en buena parte por una actitud paternalista, que no inversora, de la sociedad actual. Se ponen en práctica medidas parciales y coyunturales; se desvían los problemas y no se proponen soluciones que respondan a un diseño de futuro.

4.5.2. Medio Urbano

En general, no presenta características peculiares que diferencien unos núcleos urbanos de otros. Por el contrario, la población que habita en él posee cualidades absolutamente heterogéneas, cambiantes con el tiempo y relacionadas sobre todo con los movimientos demográficos que van teniendo lugar. Por lo mismo, no hay comunidades de referencia; lo más parecido a un ecosistema humano sólo tiene cabida en los núcleos familiares y ni siquiera todos pueden ser considerados como tal. No existen subculturas específicas y las costumbres pueden ser completamente extrapolables de una ciudad a otra, de un barrio a otro, de un suburbio a otro.

No es difícil encontrar edificios de pisos con más población que la mayoría de núcleos rurales dispersos por la geografía nacional. Sin embargo, este mayor hacinamiento de habitantes no causa una comunicación más estrecha entre ellos; por el contrario, el grado de relación entre vecinos se limita, en la mayoría de las ocasiones, al conocimiento del nombre del otro y poco más.

A ello contribuye el escaso tiempo dedicado a la vida doméstica, reducido por jornadas laborales que se prolongan con los periodos ocupados por los desplazamientos entre el hogar y el centro de trabajo y con las horas muertas que separan las medias jornadas, que no son suficientes para permitir o compensar comer en casa. Al mismo tiempo se condiciona de manera importante la capacidad de convivencia entre las personas del mismo núcleo familiar, algo especialmente grave para el desarrollo personal de niños y adolescentes y para la calidad de vida de ancianos y discapacitados. Esta desagregación familiar es causa directa o indirecta de algunos de los problemas de salud más importantes del medio urbano. Por lo mismo, la familia pierde completamente su carácter amortiguador de las tensiones personales y sociales; desaparece su capacidad para subvenir lo que la sociedad no está en condiciones de cubrir. Esto, que hasta ahora era una de las mayores riquezas de nuestra sociedad tradicional, dejará de existir completamente en unos pocos lustros.

La mayoría de las barriadas de los núcleos urbanos surgen como consecuencia de movimientos migratorios masivos de diferentes procedencias, los cuales nunca acaban de estabilizarse. Así, una proporción relativamente importante de los habitantes de estas barriadas es nueva permanentemente.

A pesar de la heterogeneidad de la población, ciertas circunstancias como el precio y la calidad de construcción, la dotación de servicios generales y los medios de comunicación con el resto de la ciudad o la metrópoli, condicionan el tipo de habitantes de cada barriada. Algo que tiene su mayor expresión cuando tales circunstancias son negativas, lo que da

lugar a auténticos *ghetos* de marginación en los que abundan las situaciones extremas, como la miseria, el desarraigo, la drogadicción, la prostitución, el alcoholismo, los malos tratos a mujeres y niños, los ancianos que viven en soledad, los niños deficientemente escolarizados, los adolescentes aprendices de delincuentes... Llama la atención la marginación y soledad progresiva del anciano en un medio hostil que no le integra y para el que no cuenta.

Paralelamente, la dinámica permanente de movimientos demográficos dentro de las ciudades obliga a redefiniciones periódicas de las fronteras de Áreas Sanitarias y Zonas Básicas de Salud, lo que conlleva la consiguiente modificación en la asignación de población o de médico.

Se generan así comunidades sanitarias difícilmente diagnosticables, en las que el médico deja de ser un elemento de influencia de tanta relevancia como en el medio rural. El trato personal con los pacientes y el descubrimiento de sus problemas de salud sólo tiene lugar en la consulta; a diferencia del medio rural, es impensable otro tipo de relación entre ambos. La actuación del MG a la cabecera del enfermo, su presencia y ayuda en situaciones límite, es un fenómeno cada día mas raro.

4.5.3. Modalidades de ejercicio profesional

a) Médico rural

Cualquier MG que ejerza en el medio rural debe conocer las características generales del medio y las específicas de la comunidad a la que asiste para poder obtener los mejores resultados de sus conocimientos: convertirse tras un tiempo de ejercicio en un especialista.

En este contexto, el MG que trabaja en el medio rural es un espectador privilegiado de lo que ocurre.

Es el médico de cabecera por excelencia, y, con el mismo nombre o con otro, en grupo o en equipo, constituye el modelo profesional de MG aún no superado. Es un producto de la formación universitaria recibida, del medio en el que trabaja, al que se adapta y acepta, de la realidad sanitaria del mismo, de la autoafirmación que realiza y de la sociedad en la que vivimos.

Cualquier liderazgo en el medio rural puede tener una penetración relevante en la comunidad, lo que confiere al médico la potencialidad de convertirse en un verdadero promotor de cambio de la misma. El médico rural es un punto de referencia para el comportamiento sociosanitario de su entorno; en suma, puede ser desde espectador a protagonista de su deterioro o desarrollo.

b) Médico urbano

Nos resistimos a utilizar los términos "médico de modelo tradicional" o "médico de cupo", acuñados hace algunos años por quienes pretendían desmarcarse rápidamente de la única forma de ejercicio de la Medicina General existente hasta entonces en la Seguridad Social. Resulta asombroso observar la facilidad con que se critica y se descalifica el trabajo de compañeros que durante años no tuvieron a su disposición más que una silla, una mesa, un talonario de recetas, un talonario de P-10 (el documento de comunicación de datos clínicos más exiguo e insultante jamás diseñado), su propio fonendoscopio y dos horas para solventar las demandas sanitarias perentorias de varias decenas (a veces alguna centena) de pacientes. Tal actitud comporta la más absoluta pérdida de perspectiva histórica; tratar de comparar la forma de ejercicio profesional de entonces con la de ahora sólo es sinónimo de estar en posesión de infinitas cantidades de hipocresía o de desconocimiento de la situación en la que el médico urbano debía trabajar.

A las dificultades inherentes al trabajo en el medio urbano anteriormente descrito, había que unir la creciente fascinación que producía entre la población y la profesión la medicina especializada o superespecializada. Se produjo así un paulatino desprestigio de la actividad del MG, al que se privó de acceder a elementos técnicos de diagnóstico y terapéutica y a cualquier avance tecnológico que pudiera producirse. Quedó relegado a un simple dispensador de recetas, volantes de derivación a especialistas (en P-10, por supuesto) y partes de baja. Por otro lado, la escasez de locales habilitados para consultas (primero, los antiguos Ambulatorios; después, los Consultorios) obligaba a acumular tiempos de consulta y profesionales en el mismo espacio, lo que dio lugar a que cada facultativo sólo pudiese dedicar dos horas diarias a sus pacientes.

Semejante profesional (poco resolutivo, desprestigiado, con escasa dedicación) sufrió la desconsideración incluso del Sistema, que nunca le retribuyó con la dignidad que merecía. Quien más, quien menos, tomó partido por el pluriempleo en entidades paralelas o dedicándose a otras especialidades. Todo contribuía a perder el escaso interés que presentaba un trabajo, por otra parte, tan poco gratificante. Cuando a principios de la década de los ochenta empezó a aplicarse la Ley de Incompatibilidades, muchos de ellos optaron por dejar su puesto como MG de la Seguridad Social.

En la actualidad persiste la figura del médico urbano en numerosos MG, quienes, por diferentes razones, no quieren ser asimilados por el nuevo modelo de AP. Los gestores se encargan de arrinconarles progresivamente, con maniobras siempre lícitas aunque arteras (disminución de cupos a los mínimos legales, pérdida de personal de apoyo, eliminación de los concursos de traslado...) como forma de presión para lograr su reconversión a un modelo de asistencia que no va a mejorar su situación personal ni profesional y que a casi ninguno produce suficiente credibilidad.

Por todo ello (de hecho está así previsto), puede decirse que es una clase de ejercicio a extinguir.

c) Médico de Urgencias

Se trata de un modelo de médico predominantemente urbano que, por su trascendencia de cara al paciente, resulta fácilmente asumible por cualquier Sistema Sanitario, público o privado.

Lo usual es encontrar un profesional que ha ido decantándose con el tiempo hacia este tipo de ejercicio y alejándose, por tanto, del trato con patologías prevalentes y crónicas.

Su grado de relación con los pacientes a los que atiende es nulo. La información clínica previa sobre ellos se limita a la que éstos o sus familiares puedan aportar, ya que el acto médico suele desarrollarse en el domicilio o en un centro habilitado a los efectos, que no suele coincidir con el Centro de Salud al que está adscrito el enfermo. Es éste un aspecto muy importante que le incapacita para tomar decisiones más resolutivas. Su labor asistencial sería optimizada si pudiera disponer de los medios tecnológicos adecuados que le facilitasen el acceso a la Historia Clínica informatizada de cada una de las personas a las que atiende.

Su trabajo consiste en una evaluación vertiginosa del cuadro clínico y de cuantos antecedentes personales del paciente puedan serle facilitados por éste o por quienes le acompañan. La falta habitual de medios tecnológicos hace que la mayoría de las veces sólo pueda emitir un juicio diagnóstico puramente sindrómico. Por razones elementales, su actitud terapéutica no va más allá de decidir entre prescribir tratamiento sintomático o evacuar al paciente a un centro hospitalario.

A pesar de la Reforma de la AP, la atención a la patología urgente constituye una asignatura pendiente del Sistema Sanitario.

d) Médico de EAP

Nos limitaremos aquí a especificar lo que se entiende por médico de EAP y dejaremos para más adelante el análisis y la crítica del modelo en su conjunto.

La Reforma de la AP trajo consigo la aparición de los EAP, lo que supuso una modificación importante de las condiciones de trabajo de los profesionales y del acceso a la asistencia sanitaria de la población. Los recursos personales, materiales y tecnológicos se multiplican en relación a lo acostumbrado en el "modelo tradicional". Aparecen los Centros de Atención Primaria (CAP), sede de los EAP, cuya concepción espacial nada tiene que ver con los antiguos Ambulatorios o los Consultorios

A partir de ese momento el médico cuenta con siete horas de dedicación a sus pacientes, en las que tienen cabida la consulta tradicional de "demanda", las visitas domiciliarias y el nuevo concepto de consulta programada, ya sea en el CAP o en el domicilio.

La idea de trabajo en equipo aporta novedades, como las sesiones clínicas, las docentes, las organizativas y el reparto de tareas individuales, permanentes o transitorias, a cada uno de los miembros del EAP. Se diseñan estrategias de planificación y educación sanitarias y programas de prevención y promoción de la salud generales o específicos en el ámbito de la población asignada al EAP. No obstante, uno de los objetivos del nuevo modelo, controlar la llamada *presión asistencial* (es decir, el número de personas que acuden a la consulta de "demanda"), por un curioso mecanismo aún no acabado de descifrar lejos de cumplirse invierte su tendencia: la población acaba por volverse más demandante. Si a esto se une el progresivo aumento de patologías crónicas y de la edad de la población, el desarrollo socio-económico con nuevas formas de vivir y sentir (patologías del desarrollo, patología del disconfort) y que el mayor grado de cobertura sanitaria, cuantitativa y cualitativamente, no ha ido acompañado de un incremento paralelo de personal facultativo, será fácil comprender que la actividad asistencial sigue eclipsando los buenos propósitos que el nuevo modelo se planteaba respecto de la preventiva, la educativa y la planificadora.

La responsabilidad individual de cada médico se diluye en la del EAP, del que pasan a depender todos y cada uno de los miembros de la población; de este modo, en muchas ocasiones la asistencia sanitaria a cada persona se hace anónima y aséptica. Paralelamente no se reforma el Estatuto Marco que fija los derechos y deberes, entre otros, del personal sanitario del SNS, lo que provoca una clara indefinición jurídica. Legalmente, el médico es responsable de cada uno de sus pacientes, no así funcionalmente.

Se estandariza el manejo de la Historia Clínica como elemento fundamental de recogida de datos y de comunicación entre los diferentes profesionales de cada EAP. Al mismo tiempo se genera una enorme carga burocrática, inexistente antes, lo que conlleva la necesidad de mayor cantidad de personal administrativo. Por otra parte se echa de menos el mínimo esfuerzo de recursos aplicado a la mecanización e informatización de la actividad en los EAP.

Mejoran ciertos aspectos de la autonomía profesional, como la relación con el nivel especializado, aunque sigue sin ser gratificante; sin embargo, empeoran otros referidos a la definición de criterios rígidos y no consensuados de actuación, los llamados "protocolos". Definidos a partir de premisas científicamente contestables y profesionalmente improcedentes, establecen la base para calificar la calidad de prestación de servicios por parte del médico y su posible percepción de incentivos; si bien tal percepción de incentivos está condicionada a la consecución global de objetivos previamente pactados por parte del EAP y no por cada profesional en particular, y ligada al cumplimiento general del llamado "contrato-programa" en toda el Área de Salud.

Teóricamente, la mayor cantidad de tiempo dedicado a los pacientes debe propiciar el mejor conocimiento de la situación sanitaria en la que se trabaja. Esto, que

era innecesario en el medio rural, aportaba interesantes perspectivas en el medio urbano; no obstante, el modelo no posee mecanismos de compensación para los elementos distorsionadores que se acumulan en dicho medio y que impiden la definición estable de una comunidad sanitaria. Indirectamente, el Real Decreto de Libre Elección de Médico podría haber introducido uno de dichos elementos de compensación; sin embargo, el tipo de trabajo en equipo definido impide que sea viable la posibilidad de que un médico acepte en su cupo a cualquier vecino de su localidad.

Una de las ventajas claras que el Sistema encuentra en la aparición de los EAP es el ahorro de recursos humanos que supone no tener que contratar personal para cubrir vacaciones o ausencias por enfermedad de corta duración, algo que, normativamente, asumen los componentes del EAP.

e) Médico de Ejercicio Libre

Se basa en el concepto de la Medicina como profesión: el médico ofrece sus servicios asistenciales de forma pública; establece su consulta en el lugar que le parece oportuno; corre con todos los gastos de instalación, instrumental y personal; paga los impuestos que dictaminan las normas legales; recibe y atiende a las personas o pacientes que elijan libremente sus servicios; establece sus honorarios, que son aceptados por el consultante, bien por acto médico, bien en forma de otras modalidades si tiene establecido convenio con compañías de seguro libre o si acepta un sistema de *iguales*.

Lo que la distingue de otras formas de ejercicio es que nada se interpone entre el médico y el paciente. No existen más condiciones que las establecidas por aquél para disponer mejor de su tiempo y forma de trabajar, las cuales son aceptadas libremente por el paciente.

Tiene el inconveniente social de poder dejar desprotegidas a las personas con pocos recursos económicos para poder acceder con facilidad a toda la asistencia médica necesaria, lo que no puede considerarse admisible en nuestra sociedad.

La mayor parte de los SNS de los países europeos han mantenido el ejercicio libre. Su función se reduce al pago por acto o al contrato de servicios de los médicos y de los centros hospitalarios que permiten en su totalidad la libre elección de médico y centro, indispensable para una correcta asistencia.

En España la cobertura total de asistencia que proporciona el Sistema Público limita y restringe el desarrollo del ejercicio libre, que sólo tiene como posibles clientes a los pacientes no contentos con el sistema o con sus plazos de espera, y a los acogidos a las compañías de seguro libre. Éstas, a pesar de adoptar fórmulas de contratos de servicios con libre elección de médicos y centros sanitarios, tienen, en muchas ocasiones, una importante limitación en los honorarios.

Existe otra forma de retribución al médico, pactada, que consiste en el pago de una cantidad fija y periódica con la que asegurarse la atención médica en caso necesario. Tiene una gran tradición, sobre todo en forma de *igualada* en el medio rural, y aún mantiene cierta preeminencia.

El actual estado de la prestación de servicios sanitarios implica enormes dificultades profesionales a quienes pretenden dedicarse a este tipo de ejercicio; todavía más si se trata de médicos que aún no han llegado a crearse su propia clientela.

4.6. LAS CONDICIONES DEL SERVICIO PÚBLICO

La cualidad de propietario de una plaza de personal sanitario en cualquiera de los Servicios de Salud se hace cada vez menos frecuente; la situación de interino o contratado temporal, lejos de ser algo provisional, se ha convertido en norma. El futuro profesional ya no depende, fun-

damentalmente, del previsible recambio generacional; han aparecido elementos *innovadores* tendentes a limitar artificialmente la capacitación de los que aspiran a suceder a las generaciones anteriores. Al margen de consideraciones estrictamente laborales, en las que no vamos a entrar, cada una de estas connotaciones en las diferentes formas de acceso al empleo público condicionan la actividad asistencial de quien la desempeña, y, desde luego, no siempre de forma positiva.

4.6.1. Médicos Titulares 0

"Si el Médico Titular no existiera, habría que inventarlo" (J. Aizpiri Díaz).

Dentro de la Medicina General, el Médico Titular, es una de las figuras más antiguas de la Administración Española. Su origen se remonta a la Ley de Sanidad de 28 de Noviembre de 1855, por la que se obligaba a los municipios a crear la Beneficencia Municipal. Ciento treinta y tres años antes de la Conferencia de Alma-Ata, las Leyes Españolas determinaban la obligación de los Ayuntamientos de prestar asistencia a sus vecinos carentes de medios económicos.

En el transcurso de los años, con diferentes denominaciones (inspectores municipales, médicos de APD y nuevamente médicos titulares), han tenido como misión la asistencia médica, tanto de la población pudiente como de la de beneficencia, la medicina preventiva y la sanidad municipal. Constituyeron el pilar fundamental de los cuidados de salud en el medio rural y resultaban de gran importancia en el medio urbano, donde prestaban sus servicios incorporando a los mismos las labores asistenciales que compartían con los MG estatutarios de la Seguridad Social. Las siglas APD significan Asistencia Pública Domiciliaria, precisamente por ser la atención domiciliaria una de las facetas que más han valorado al MG como médico de cabecera. El hospitalocentrismo y el sacar al paciente de su hogar como costumbre, es una de las causas de la deshumanización de la Medicina moderna.

A lo largo del tiempo ha tenido distintas vinculaciones con las Administraciones Central y la Local. Actualmente transferidos a las Comunidades Autónomas, constituyen un colectivo de alrededor de 8.450 profesionales en diferentes situaciones: unos, funcionarios del Estado transferidos a la Comunidad respectiva; otros, funcionarios propios de su respectiva Comunidad en el caso de que las mismas tengan asumidas competencias sanitarias; unos, con plaza en propiedad; otros, como funcionarios interinos.

Forman un colectivo perfectamente definido, con alta autoestima, que conoce sus funciones y está orgulloso de su desempeño. Su modelo de ejercicio, adaptable a cualquier situación administrativa y modelo sanitario, lejos de ser superado sigue siendo un ejemplo a imitar.

Son el órgano técnico encargado de exigir el cumplimiento de las disposiciones sanitarias de la comunidad a la que asisten. Conjuntamente con su función puramente facultativa o de asistencia, actúan por delegación del alcalde en las competencias y obligaciones sanitarias que confiere la Ley General de Sanidad (LGS) y la Ley de Régimen Local (LRL) a los Ayuntamientos. No debe olvidarse tampoco la relación obligada con la Administración de Justicia y las Fuerzas Armadas.

Nos encontramos, pues, con un Funcionario del Estado que junto a Veterinarios, Farmacéuticos y ATS Titulares completa e integra el dispositivo epidemiológico básico. Además, sirve directamente como funcionario local de Sanidad para asesorar a las Corporaciones Locales y actuar en su competencia por delegación del alcalde.

Se siente comprometido con las competencias que de siempre ha tenido asignadas. Tiene identidad como colectivo y una actitud necesaria para continuar de este modo. Se resiste a olvidar su pasado; se mantiene en un presente en el que sus fines profesionales, lejos de perder vigencia, se presentan como descubrimientos. Tampoco entiende por qué, sintiéndose colectivo profesional, tiene que olvidar sus raíces y referencias históricas.

Cuando hablamos de cometidos integradores dentro de la atención sanitaria

nos referimos a vivir *en y con* la comunidad realizando una total asistencia sanitaria y cumpliendo los cometidos habituales en Salud Pública, alimentación, higiene, medicina medioambiental, medicina laboral, factores de riesgo más importantes y, además, realizando la medicina asistencial correspondiente, incluidos los accidentes de tráfico, auxilio a la justicia, fuerzas armadas... Funciones que le acaban haciendo "especialista en su propia comunidad".

La atención sanitaria que practica el Médico Titular es aproximadamente el 50 por ciento de la que se realiza en España por parte de los MG y significa la práctica totalidad de la llevada a cabo en el medio rural. No es lo mismo la AP practicada por unos profesionales que por otros; no es lo mismo la practicada en la proximidad de un hospital y en las grandes ciudades, que la realizada en comunidades semicerradas. En definitiva, no es lo mismo atención sanitaria que asistencia sanitaria. Aun dentro del campo asistencial, podríamos hacer apartados y diversas consideraciones referidas ya no sólo a nivel y calidad, sino a grado de satisfacción de la población y costos.

De no existir la figura del Médico Titular, quién desempeñaría los cometidos de vigilancia epidemiológica, en particular, y de Salud Pública, en general? Acaso todos los MG del sistema? El Estado y las Autonomías no van a tener un cuerpo de Salud Pública con actuación en primera línea? Se retirará a los Ayuntamientos los cometidos y competencias que les otorga la LGS y la LRL?

En el artículo 42, apartado 2, de la LGS, se dice que las corporaciones locales participarán en los órganos de dirección de las áreas de salud. El mismo artículo, en el apartado 3, comenta "No obstante, los Ayuntamientos, sin perjuicio de las competencias de las demás Administraciones Públicas, tendrán las siguientes responsabilidades mínimas en relación al obligado cumplimiento de las normas y planes sanitarios...". En el apartado 5 del mencionado artículo de la LGS: "El personal sanitario de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas que preste apoyo a los Ayuntamientos en los asuntos relacionados en el apartado 3, tendrá la consideración, a estos solos efectos, de personal al servicio de los mismos, con sus obligadas consecuencias en cuanto a régimen de recursos y responsabilidades personales y patrimoniales". La LGS distingue entre el personal sanitario al servicio del Ayuntamiento para las funciones sanitarias que les otorga, de aquellos otros profesionales que prestan, si fuera preciso y recabado, apoyo técnico para el desarrollo de sus funciones (artículo 42, apartado 4). Algunas de las preguntas formuladas anteriormente, con estos preceptos legales, no precisan comentario.

Como tampoco lo precisan las palabras pronunciadas por el entonces Ministro de Sanidad, D. Julián García Vargas, en el Senado (Comisión de Sanidad), recogidas en el Diario de Sesiones del 31 de Octubre de 1990: "Es verdad que en la (Atención) Primaria existen algunos fallos. Se insiste más en la asistencia que en la prevención y esto lo he comentado algunas veces con Su Señoría. Creo que el fallo tiene raíces bastantes profundas. Los antiguos y bien experimentados Médicos de APD, los Médicos Titulares, no hacían nada mal esto; todo lo contrario, lo hacían muy bien. Pero los nuevos médicos de AP, los que se llaman de Medicina Familiar y Comunitaria, se forman en hospitales y, al ser así, tienen una formación técnica excelente, pero se dedican poco a la prevención....".

4.6.2. Médicos Interinos y Eventuales

La avalancha de contratación de MG interinos se produjo hace algo más de una década, como resultado de la coincidencia de dos hechos: por un lado, la referida aplicación de incompatibilidades llevó a muchos de los propietarios de plazas a optar por abandonar la Medicina General de la Seguridad Social; por otro, el comienzo de la aplicación de la Reforma de la AP, que preveía la transformación de las plazas de "modelo tradicional" en plazas de EAP. En tanto se dotaba presupuestariamente dicha transformación, se contrató a médicos con carácter interino para desempeñarlas hasta que fueran cubiertas reglamentariamente por propietarios.

Con el tiempo, los gestores descubrieron las ventajas de mantener una alta proporción de personal interino en sus plantillas: flexibilidad para la movilidad geográfica y de

horario dentro del Área de Salud, sumisión absoluta a las decisiones de los gestores, escasez de conflictos generados por temor a represalias... En el colmo de la perversión, muchos de los interinos fueron nombrados coordinadores de los EAP, lo que aseguraba un *adecuado cauce de comunicación* entre la Gerencia y el EAP (una variante del "síndrome de Estocolmo").

La situación ha acabado de enrarecerse cuando las últimas promociones de Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria se encontraron con la escasez de empleo para ellos. Las presiones corporativas de este colectivo -muchos de ellos encumbrados a altos cargos de gestión en la Administración Sanitaria 0- junto con el habitual pánico a un plante general de todos los residentes en los hospitales, dio lugar al diseño de estrategias (amparadas más o menos por los Tribunales de Justicia; absolutamente mezquinas, en todo caso) para prescindir de todo titulado no especialista en favor de los Médicos de Familia. Hasta principios de 1993 se aplicó rigurosamente lo previsto en la normativa vigente; ello suponía que a todo médico de "modelo tradicional" (propietario o interino) se le ofertaba la integración en EAP cuando se libraba la necesaria dotación presupuestaria. A partir de ese momento, las gerencias de AP decidieron amortizar las plazas de "cupo" cubiertas por interinos, lo que conlleva su cese automático, y crear en su lugar plazas de EAP a las que se asignaba la misma población que a las amortizadas. Si el interino no era Médico de Familia sus posibilidades de volver a entrar en el Sistema desaparecían casi por completo: en el mejor de los casos pasaba a engrosar una Bolsa de Trabajo en la que sus méritos (principalmente laborales) eran infravalorados en relación con los de los Médicos de Familia (principalmente formativos); en el peor, se le impedía literalmente ser incluido en tales Bolsas por no ser Médico de Familia.

Todo esto sin olvidar que hablamos de los privilegiados de entre los desheredados: muchos compañeros con la misma situación académica jamás han tenido un contrato de trabajo. Si la situación no cambia a corto plazo, el destino final de este colectivo es esperar contratos de muy corta duración, cada vez más escasos, o quedar definitivamente apeados del Sistema, si es que alguna vez tuvieron una mínima posibilidad en el mismo.

La autoafirmación pasa, al parecer, por denigrar lo que ocupa el espacio que se aspira a ocupar. Por ello, lo peor ha sido observar la descalificación gratuita y sistemática de todo lo anterior a *Alma-Ata* por parte de estas últimas promociones de Medicina Familiar y Comunitaria, incluso a través de campañas de *intoxicación* en los medios de comunicación, de manera que en muchos lugares los pacientes comenzaron a reclamar ser atendidos por Médicos de Familia.

El resultado final es el de un colectivo de interinos paulatinamente sustituido por otro, más sumiso y convencido, si cabe, de los dogmas y, por qué no, de las falacias del Sistema.

La realidad es que, en una alta proporción, los médicos de AP son interinos o contratados temporales, con derechos laborales muy cercenados y al arbitrio de los gerentes; con perspectivas de futuro escasas, ya que los Concursos-Oposición son cada vez menos frecuentes. Al mismo tiempo, una generación maldita de médicos, que ha posibilitado el funcionamiento del sistema durante años, que no ha tenido acceso a la formación de postgrado (limitada a un número fijo de licenciados) y que ronda los cuarenta años de edad media, ha sido poco a poco arrinconada en virtud de la "excelencia" otorgada por títulos dudosamente necesarios y por un tipo de formación específica utilizada como instrumento de propaganda política y sospechosa de ser el pretexto del *status* de unos cuantos.

4.6.3. Médicos de Refuerzo

La "Atención Continuada" es el nombre que recibe el periodo de tiempo que diariamente y durante los fines de semana no está cubierto por el horario habitual del personal médico en un Centro de Salud. Como consecuencia de las reivindicaciones de dicho personal médico, que perseguían limitar a un número máximo de horas al año las que debían prestarse por este concepto, apareció la figura del Médico de Refuerzo, encargado de cubrir las restantes.

Indudablemente es una figura necesaria, pero parecen inapropiadas la aplicación práctica que se ha hecho de esa necesidad y, mucho más, las condiciones en que se desarrolla su trabajo. Las ridículas retribuciones que percibe (por debajo de las de cualquier operario no especializado, en horas nocturnas y festivas) y el escaso nivel de reconocimiento por parte de la Administración, el resto de la profesión y la población, hacen que el médico se plantee su situación como Refuerzo como algo pasajero que abandonará a la menor ocasión de mejorar. Ello genera un contraincentivo en orden a tratar de superar su capacitación para ese tipo de trabajo (fundamentalmente relacionado con patología urgente), capacitación que habitualmente sólo se le supone y que tampoco se favorece desde la Administración.

Se trata, además, de un profesional absolutamente desligado del medio en el que trabaja: no tiene información sobre el entorno, no conoce a los pacientes y no suele tener acceso a la información clínica existente sobre ellos. Y así seguirá siendo mientras no se adopten medidas como la informatización de la historia clínica. Ese desconocimiento del paciente tiene una relevancia mayor que la atención que pueda ser prestada, ya que la misma se lleva a cabo en urgencias y, por tanto, con el consiguiente menoscabo de su desempeño.

La consecuencia de todo esto es que son Médicos de Refuerzo los que no consiguen otro tipo de trabajo, lo que conlleva ofrecer una asistencia potencialmente de mala calidad y poco resolutiva, desprestigiada, mal retribuida, poco incentivada profesionalmente y, por supuesto, sanitariamente mal planteada.

4.7. LA FORMACIÓN DEL MG

4.7.1. Formación Universitaria

La crisis de la enseñanza de la Medicina es algo que nadie debe discutir. Está claro que el modelo es obsoleto, inadecuado y constituye un despilfarro.

Uno de los objetivos de la Facultad de Medicina es formar a los futuros médicos en función de las necesidades previsibles y de los factores que condicionan el ejercicio de la profesión. Sin embargo, la Medicina General en las Facultades de Medicina no existe. Es un término de uso infrecuente en su vocabulario útil.

¿Para qué forma un licenciado en Medicina y Cirugía nuestra sociedad actual? ¿Para qué sirven las enseñanzas recibidas en la Facultad de Medicina? En el mejor de los casos se diría que para examinarse y optar a un título que permite luego aprender Medicina; en el peor, la respuesta acabaría por inferir que las Facultades de Medicina se han convertido en academias caras de preparación del examen MIR. Probablemente suene duro, pero creemos que buena parte de los médicos puede pensar algo así.

Los principios de la enseñanza se fundamentan en la memorización de un gran listado de procesos sobre los que se describen la lista más exhaustiva de signos, síntomas, hipótesis, porcentajes, pruebas diagnósticas y resultados. Los procesos así tratados se repiten en varias materias, donde sólo varía el momento de la exposición, el autor de la misma y el especial hincapié en los contenidos propios de la especialidad a la que se dedica el docente. De tal manera que la vertebración del programa formativo y del programa específico de cada materia parece cubrir más las necesidades del profesorado que las necesidades sociosanitarias del país y las formativas de los estudiantes.

El paciente no es considerado nunca como un todo único al que hay que valorar integralmente: no se estudian pacientes, sino entidades nosológicas y, en los últimos tiempos, conceptos desagregados que hay que memorizar exhaustivamente de cara al examen MIR.

¿Qué técnicas pedagógicas se utilizan? ¿Se utilizan los avances que ofrece el mundo de las comunicaciones y de la informática?

En ningún caso habíamos imaginado que la licenciatura fuera, como así es, un embudo cuyo cuello se estrecha progresivamente, cuya única opción al acabar fuera realizar formaciones complementarias para que los años anteriores no constituyan una pérdida de tiempo.

Formulamos algunas preguntas más: ¿Qué conocimientos precisa un recién licenciado para cubrir las expectativas que de él se esperan? ¿Cómo se influye en la conducta de los estudiantes para mejorar sus resultados y mantener o incrementar su nivel de complacencia con las enseñanzas recibidas? ¿Cómo garantiza la Facultad de Medicina que su oferta responde a los objetivos previstos?

Desde el primer año de licenciatura el estudiante de Medicina sólo es preparado para aprobar el MIR. En función de ello surgen varias preguntas: ¿Es necesario una licenciatura de seis años para preparar un examen test? ¿Es precisa la actual estructura de las Facultades de Medicina para realizar tal función? ¿Acaso el examen MIR no es, exclusivamente, un proceso de selección, un mal menor que permite elegir a los que mejor responden a una batería de preguntas sobre conceptos casi siempre extraordinarios? ¿Acaso el examen MIR evalúa otras condiciones, habilidades, capacitación, aptitudes o actitudes del futuro médico?

Si la licenciatura convierte la opción vocacional por la Medicina en un examen test, cuando éste concluye la suerte, el número y otras zarandajas determinan la especialidad a la que tendrá que dedicarse el futuro médico.

Es difícil separar el concepto de médico del ejercicio profesional. Si además se le impide la opción vocacional, convertimos a los aspirantes en *ciudadanos licenciados en Medicina con la especialidad correspondiente* que pelean por un trabajo remunerado para subsistir. La salida final del aspirante a médico es componérselas para ganar, en una carrera loca, un puesto de trabajo.

Si las enseñanzas de la Facultad de Medicina resultan a todas luces inadecuadas, no ajustadas ni a lo que la sociedad necesita y espera de los profesionales, ni a lo que la profesión precisa; si el sistema pedagógico es caduco y si esto es público desde hace tantos años, ¿cómo es posible que aquí no pase ni cambie nada?

a) La Medicina General en el Pregrado

Creemos que el objetivo de las Facultades de Medicina es proporcionar a los estudiantes una formación integral de la mejor calidad, considerada básica, pero suficiente, para poder actuar como médico y, en consecuencia, prestar al enfermo y a la sociedad la mejor atención posible.

Al final del proceso formativo el licenciado debe conocer las diversas opciones que el ejercicio de la Medicina le ofrece para poder decidir vocacionalmente y en función de otras condiciones personales sus preferencias. Es decir, si algo debe conocer el recién licenciado y estar preparado para iniciar, es la Medicina General, aunque tenga que profundizar en las habilidades que otorga la formación específica.

El futuro médico debe ser orientado hacia la casuística, patología y necesidades más frecuentes, con la utilización de los medios y tecnología adecuados a la Medicina General, y en las condiciones reales de ejercicio, sin olvidar los conocimientos previstos en otras disciplinas sanitarias y parasitarias.

El abordaje y la valoración integral del enfermo, el manejo de los procesos más frecuentes, los grandes grupos de riesgo, sus consecuencias y prevención, el comportamiento ante las emergencias, normas de actuación, la prevención como actividad sistemática, estado de salud y medio ambiente, dirección y gestión de servicios sanitarios, control y garantía de calidad, metodología de la investigación... Estos contenidos, entre otros, requieren un tratamiento integrado y el consiguiente refuerzo, de forma que el estudiante no sólo conozca la disciplina teóricamente, sino que pueda conectar con la realidad del ejercicio

diario de la Medicina General por el que muchos creemos podrían optar vocacionalmente.

Es necesaria la adecuación constante de los contenidos y de la puesta en práctica de los mismos, así como técnicas de aprendizaje de lo que la sociedad demanda con los medios de que dispone. El estudiante debe conectar y formarse en y con la realidad con la que luego tiene que convivir.

Es preciso lograr la creación de Departamentos de Medicina General, en íntima relación con el ejercicio habitual de la profesión, capaces de integrar buena parte de la formación de los futuros licenciados en Medicina y Cirugía, por un lado, con la respuesta a las necesidades formativas y de actualización continuada de la profesión, a la vez que colaboren y realicen investigación en Medicina General.

La visión del MG es necesaria para cualquier médico. Además de ayudar a la orientación vocacional de los futuros MG, tanto en la formación pre y postgrado, permitiría mejorar el nivel de investigación y desarrollo formativo específico.

b) La situación de los licenciados antes de 1995

Constituyen una generación fruto de la expansión de los años 60, que, como en otros ámbitos de lo cotidiano, sufren las consecuencias de llegar *demasiado tarde* o *demasiado pronto*, según las circunstancias. Sólo unos pocos de las promociones de los años ochenta y principios de los noventa han podido escapar de una situación que para el resto se antoja sin salida. No es ético ni razonable apelar a que las posibilidades fueron las mismas para todos, porque la realidad habría sido idéntica: podrían haberse sustituido los nombres de unos por los de otros, pero, en cualquier caso, el número de los afectados habría sido el mismo.

Llegaron *demasiado tarde* porque ya se había acabado la posibilidad de acceso a una formación de postgrado más o menos liberalizada, con sus virtudes y sus inconvenientes, en la que las opciones vocacionales primaban sobre otras cosas, para dar paso al sistema MIR, cuya oferta formativa ha sido puramente testimonial durante sus primeros años de andadura en relación con el número de licenciados. También se había acabado la época en que el SNS ofertaba anualmente plazas en propiedad mediante Oposición; en el mejor de los casos, los más afortunados han podido mantener cierto nivel de vida exento de ningún tipo de futuro a partir de entrar en la rueda del subempleo del Sistema Público (ver apartado 0).

Demasiado pronto, porque terminar la licenciatura unos años más tarde habría significado acceder automáticamente al postgrado sin más requisito que haber acabado la carrera después del 1 de Enero de 1995. Habrían conseguido, además, un contrato de trabajo para, al menos, tres años, al tiempo que un título de especialista. Su inoportunidad vital les ha hurtado la formación de postgrado, el contrato de trabajo y el título de especialista.

El nivel de estupefacción generado entre estos compañeros sólo es superado por el de su indignación e impotencia. Son víctimas de la degeneración de los principios éticos provocada por la opción de poder de unos cuantos, la más influyente a fin de cuentas dentro de nuestra Sanidad, que mediatiza la adopción de soluciones generosas y justas para quienes han cometido el grave delito de *nacer a destiempo*. Algo tan evidente desde cualquier punto de vista continúa sin visos de solución pues ni siquiera la razón parece ser útil en estos casos.

c) El sistema MIR

A partir del 1 de Enero de 1995, la licenciatura en Medicina es la única que no faculta al titulado para comenzar a trabajar. La legislación comunitaria, de hecho, ha

vaciado de contenido los estudios de pregrado al establecer como obligatoria la formación de postgrado para el ejercicio en el Sistema Público, algo que los responsables de aseguradoras privadas comienzan a hacer efectivo en sus compañías. Por tanto, en España la normativa vigente ha convertido al examen MIR en paso obligado para todo licenciado en Medicina.

Se trata del mejor sistema de formación de postgrado de nuestro país dado que es el único. Se llega a él tras someterse a un examen de acceso (no una oposición, como algunos pretenden denominarlo) cuyas cuestiones rayan en muchas ocasiones lo inaudito, lo improbable y lo improcedente. No se ha previsto la evaluación de la capacidad personal, profesional y técnica ni las habilidades relacionales ni exploratorias del aspirante a especialista. No sería difícil demostrar que basta con rodearse de abundantes libros durante meses, sin tratar con paciente alguno, para superar la prueba sin demasiada dificultad. Tal y como se ha dicho antes, lo más grave es que, desde hace unos años, el pregrado está enfocado, exclusivamente, a entrenar de forma específica al estudiante en la resolución más eficaz posible de este examen.

Es también el mejor sistema porque todas las partes implicadas en su estructura tienen algo que ganar:

- . El aspirante a especialista elimina a buena parte de sus posibles competidores en el mercado de trabajo, ya que, hasta ahora, la oferta de plazas formativas ha sido absolutamente ridícula si se compara con el número de licenciados.

- . Los centros sanitarios consiguen mano de obra abundante, barata y sumisa dada la peculiar relación contractual que les liga a los MIR. Como contrapartida, los centros sanitarios se convierten en adalides de cualquier reivindicación de tipo extralaboral que puedan plantear los Residentes.

- . Los médicos de *staff* se descargan de la parte más desagradable y rutinaria del trabajo cotidiano, lo que les permite dedicarse a actividades más gratificantes.

Nadie puede discutir que gracias a este mecanismo de elección de especialidad se pierde definitivamente el carácter vocacional de la misma y se liga completamente al azar de la puntuación obtenida.

Por otra parte, estimamos que dista mucho de ser un método perfecto; es más, ni siquiera creemos que sea bueno. El diseño de los programas formativos de cada especialidad difiere sustancialmente de lo llevado a la práctica habitualmente. El entrenamiento y la adquisición de habilidades y conocimientos del Residente tienen que ver, sobre todo, con el flujo de patología a través del Servicio al que está adscrito y se basa fundamentalmente en un mecanismo de ósmosis, impregnación o implosión, antes que en una docencia reglada.

La falta de evaluación efectiva del aprovechamiento formativo del residente al final del proceso (algo explícitamente previsto en la Ley) priva al sistema de mecanismos de discriminación entre futuros especialistas. De alguna manera, el residente tiene asegurado y limitado el grado de futuro profesional a partir de encontrarse entre los elegidos tras el examen MIR, sea cual sea su nivel de perfeccionamiento durante el periodo de residencia.

La actual estructura de la formación especializada está concebida en función de garantizar el acceso inmediato al mercado laboral del residente. El número de plazas MIR viene determinado por las respectivas Comisiones de las distintas Especialidades, que establecen las teóricas necesidades de especialistas a corto y medio plazo. A nuestro modo de ver esto constituye una perversión del planteamiento original del sistema. El MIR no puede convertirse en el sucedáneo de los cursos de formación de las oficinas de empleo.

Se hace necesario abrir la oferta formativa a las instituciones privadas para aprovechar todas las capacidades docentes existentes en nuestro país. El único requisito exigible debe ser la acreditación de su capacidad formativa, con todas las garantías que se

estimen necesarias. Con ello se generará la lícita competencia entre centros sanitarios que debe dar lugar, a su vez, a propiciar mecanismos de discriminación en cuanto a calidad de la docencia y aprovechamiento de la misma por el Residente.

4.7.2. Formación Específica

El médico se especializa, tradicionalmente, ante la imposibilidad de asumir con éxito todas las responsabilidades derivadas de su ejercicio profesional. Entre los criterios clásicos de especialización de la Medicina podemos citar las complicaciones de la patología frecuente, la infrecuencia de la patología y la sofisticación de la tecnología, entre otros. No parece que estos criterios sean aplicables a la Medicina General, donde más que de especialidad hemos de hablar de formación adecuada o, como muy bien reconoce la Directiva Comunitaria 16/93, de Formación Específica.

a) Interés social y sanitario de la Formación Específica

Ya han quedado claros el papel y la importancia de la Medicina General en nuestra sociedad.

Es una disciplina que no resulta de la agregación de pequeños conocimientos de las distintas especialidades, sino la formación sólida en la ciencia médica y una metodología de trabajo. Si sólo se tratara de una agregación acabaría generando un conflicto de competencias e, incluso, de intrusismo. No se puede adquirir formación en lo que después no se va a ver o tratar porque no exista casuística de patología suficiente para mantener los conocimientos apropiados.

Una Formación Específica ajustada y realizada en condiciones similares a aquéllas en las que luego tiene que ejercer el profesional no es más que la solución a una necesidad social: responder de la mejor manera a las características y demandas de la población atendida.

Tampoco se pueden adquirir conocimientos en las distintas tecnologías si no se cumplen los requisitos mínimos de fácil manejo, uso frecuente, inocuidad y bajo coste.

El MG sólo es especialista en la comunidad a la que atiende, en sus problemas de salud, costumbres, cultura, hábitos, formas de vivir, de comunicación y de respuesta.

Conceptualmente, sólo podríamos hablar de especialidad en Medicina General en función de las características de la plaza. Es decir, un MG, ejerciendo en una plaza donde existe una alta prevalencia o incidencia de algún problema de salud (ya sea una zona minera, un barrio marginal o un pueblo aislado), puede ser considerado un especialista. De hecho, el MG que lleva más de cinco años ejerciendo en un pueblo determinado debe ser considerado un especialista en ese pueblo: es muy probable que tenga más conocimientos de algunas enfermedades que los especialistas de esas patologías que ejercen en zonas donde la incidencia es nula.

b) Directivas Comunitarias 0

(.) Directiva 86/457/CEE del Consejo, de 15 de Septiembre de 1986

Pretende ofrecer una reglamentación sobre el reconocimiento mutuo de diplomas que confirmen una formación específica en Medicina General y sobre las exigencias mínimas a que debe ajustarse dicha formación específica, en cuanto se

estima que aspectos importantes de la Medicina General no pueden impartirse de forma solvente en el marco de la formación médica tradicional básica de los Estados miembros.

Establece que, a partir del 1 de Enero de 1995, los Estados miembros configurarán la posesión de una formación específica en Medicina General como condicionante imprescindible para el ejercicio de las actividades de "Médico General" en el marco de un régimen de Seguridad Social.

Determina cuáles han de ser las condiciones mínimas que ha de cumplir la formación específica en Medicina General (artículos 2 y 3):

(-) Duración de, al menos, dos años a tiempo completo o combinada con una formación a tiempo parcial.

(-) De carácter más práctico que teórico.

(-) Será impartida durante seis meses, al menos, en un medio hospitalario reconocido que disponga del equipo y los servicios adecuados.

(-) Por otra parte, será igualmente impartida durante otros seis meses, al menos, en un consultorio de Medicina General reconocido o en un centro reconocido donde los médicos presten primeros auxilios.

(-) Se desarrollará en relación con otros centros o estructuras sanitarios que se ocupen de la Medicina General.

(-) Incluirá la participación personal del candidato en la actividad profesional y en las responsabilidades de las personas con las que trabaje.

Los cambios que trae consigo esta Directiva provocan disposiciones sobre derechos adquiridos, entendidos en un sentido amplio:

(-) El artículo 6 prevé que los Estados miembros podrán expedir el mismo diploma, certificado u otro título que acredite la formación específica en Medicina General a un médico que no la haya seguido, pero que sí posea otra formación complementaria confirmada por un diploma, certificado u otro título expedido por las autoridades competentes de un Estado miembro, siempre que se acrediten conocimientos de un nivel cualitativamente equivalente a los de la formación específica que prevé la Directiva y que el solicitante haya adquirido una experiencia profesional en Medicina General de seis meses como mínimo en un consultorio de Medicina General. En su apartado 3 establece que "Los Estados miembros (...) determinarán, en particular, en qué medida la formación complementaria ya adquirida por el solicitante, así como su experiencia profesional, pueden ser tenidas en cuenta para sustituir la formación prevista en los artículos 2 y 3".

(-) El artículo 7 proclama el derecho que corresponde a todos los médicos que puedan ejercer las actividades de "Médico General" en el marco del régimen nacional de Seguridad Social sin el diploma, certificado u otro título contemplado en esta Directiva, siempre que estuvieran establecidos el 31 de Diciembre de 1994 en el territorio de un Estado miembro. La forma de acreditar este derecho adquirido es ostentar un certificado expedido por cada Estado miembro, a instancia del interesado, que expresamente recoja la situación de hecho antes descrita.

(.) Lista de las denominaciones de los diplomas, certificados y otros títulos de formación y títulos profesionales de Médico General (90/C/268/02, Diario Oficial de las Comunidades Europeas de 24 de Octubre de 1990)

- Denominaciones de diplomas, certificados y otros títulos de formación:

BÉLGICA: *Titre d'agrégation en qualité de médecin généraliste / Titel van erkenning als huisarts*

DINAMARCA: *Tilladelse til at betegne sig som alment praktiserende laege*

ALEMANIA: *Zeugnis über die spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin*

GRECIA: *Τίτλος ιατρικής ειδικότητας γενικής ιατρικής*
ESPAÑA: *Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria*

FRANCIA: *Diplôme d'État de docteur en médecine (avec document annexé attestant la formation spécifique en médecine générale)*

IRLANDA: *Certificate of specific qualifications in general medical practice*

ITALIA: No comunicó denominación
LUXEMBURGO: No hay título, ya que no hay formación

HOLANDA: *Certificaat van inschrijving in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der geneeskunst*

PORTUGAL: *Diploma do internato complementar de clínica geral*

REINO UNIDO: *Certificate of prescribed/equivalent experience*

- Denominaciones de títulos profesionales:

BÉLGICA: *Médecin généraliste agréé / Erkende huisarts*

DINAMARCA: *Alment praktiserende laege*

ALEMANIA: *Praktische/r Arzt/Ärztin*

GRECIA: *Ιατρός με ειδικότητα γενικής ιατρικής*

ESPAÑA: *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria*

FRANCIA: *Médecin qualifié en médecine générale*

IRLANDA: *General medical practitioner*

ITALIA: No comunicó denominación

LUXEMBURGO: *Médecin généraliste*

HOLANDA: *Huisarts*

PORTUGAL: *Assistente de clínica geral*

REINO UNIDO: *General medical practitioner*

A la vista de las listas anteriores es fácil concluir cuáles son las denominaciones al uso en nuestro entorno europeo.

(.) Directiva 93/16/CEE del Consejo, de 5 de Abril de 1993

Además de constituir la refundición en un solo texto de las Directivas 75/362/CEE y 75/363/CEE, que habían sufrido importantes modificaciones con el transcurso de los años, contiene el texto de la Directiva 86/457/CEE sobre la formación específica de los "Médicos Generales". Se trata de la norma comunitaria en vigor que reúne, en un único texto, todas las reglamentaciones de las Directivas anteriores sobre la materia.

En referencia a la Directiva 86/457/CEE:

(-) Los artículos 31 y 32 recogen lo previsto en cuanto a condiciones mínimas que ha de cumplir la formación específica en Medicina General.

(-) El artículo 36 recoge lo previsto en cuanto a derechos adquiridos, entendidos en un sentido amplio.

(-) El artículo 35 recoge lo previsto en cuanto a procedimientos extraordinarios de acceso al diploma, certificado u otro título que acredite la formación específica en Medicina General. En el apartado 2 recoge lo previsto en cuanto a que "Los Estados miembros (...) determinarán, en particular, en qué medida la formación complementaria ya adquirida por el solicitante, así como su experiencia profesional, pueden ser tenidas en cuenta para sustituir la formación prevista en los artículos 31 y 32".

c) La Medicina General como disciplina específica

En la formación clínica tiene que darse especial realce a la visión integral de la Medicina y minorar algunas materias. Es necesario concienciar al futuro médico de que nadie puede asumir todas las funciones.

El MG es el asesor por excelencia del paciente y el coordinador sanitario; en ningún momento ha de perder esas funciones. Por trabajar en primera instancia se convierte en el *agente social de la Medicina*. Tiene que adquirir práctica en los problemas de salud prevalentes o de mayor incidencia, y saber abordar con metodología todos los demás. Tratará la patología siempre que llegue al diagnóstico y el paciente no requiera ser ingresado en un hospital. Evitará el secuestro de la patología que pueda contribuir al avance de la Medicina, para lo cual remitirá al paciente o su historial al centro sanitario que corresponda. Su experiencia y conocimiento del medio en el que ejerce le permitirá hacer el diagnóstico precoz de muchas enfermedades; en ocasiones, abortar los procesos antes de que se establezcan definitivamente en sus pacientes.

En la Formación Específica en Medicina General es fundamental enseñar a trabajar con una metodología y a utilizar la informática. Ambas permitirán, por sí mismas, la unificación de criterios diagnósticos y de tratamiento, el seguimiento perfecto de pacientes, la vigilancia epidemiológica, la planificación y la gestión sanitaria.

Existen tecnologías de apoyo al diagnóstico, como la Ecografía, que se adaptan perfectamente al ejercicio de la Medicina General y que deben ser implantadas en su ámbito. El ecógrafo acabará por convertirse en el fonendo del siglo XXI. Se corresponde sutilmente con el modelo y ejercicio de MG (ver apartados 0 y 0. En consecuencia, es una técnica cuyo aprendizaje se debe incorporar al programa de Formación Específica en Medicina General.

Una parte del aprendizaje del futuro MG deberá realizarse al lado de un médico experimentado, rural o urbano, que le enseñará lo que debe y no debe hacer. De este modo, podrá conocer el límite real de sus posibilidades.

El objetivo de la formación específica es lograr un profesional cuyas características se resumen en lo siguiente:

- . Estar capacitado para resolver problemas clínicos y tomar decisiones.
- . Poseer un amplio conjunto de conocimientos y habilidades que le permitan trabajar en equipo con personal dedicado a otras disciplinas.
- . Haber sido educado científicamente en cuanto a experiencia práctica en la metodología de la investigación.
- . Haber recibido formación sobre actitudes profesionalmente correctas: dedicación, responsabilidad, pensamiento crítico, conciencia ética, capacidad de comunicación con el paciente y la sociedad, conciencia del gasto, integración en el Sistema Sanitario...

d) Realidad y espíritu de la Formación Específica

El sistema MIR ha aportado algunos aspectos útiles para el ejercicio profesional del MG. No obstante, pensamos que ha sido infrutilizado puesto que podía haber servido para aumentar aún más los conocimientos y aptitudes del MG. Estimamos que se debe a que se ha tomado como pilar fundamental al Médico de Familia y a sus estructuras organizativas, con lo que el esquema ha quedado *cojo* en algunas actividades y *se ha pasado* en otras.

Le ha faltado imbuir a los profesionales formados en el sistema de un espíritu médico en el más amplio sentido de la palabra, que se basa en unas buenas relaciones afectivas hacia el paciente, unos sólidos conocimientos y una gran dosis de humildad: "La Medicina es, como profesión, excelsa; pero como ciencia, humildísima" (G. Marañón).

Le ha faltado, también, considerar que el MG en el ejercicio de su profesión suele estar en soledad, soledad personal y de medios materiales. El Residente emplea demasiado tiempo en aprender a valorar los problemas de la Comunidad, bastante menos en los de la Familia y prácticamente nada en la preparación para el manejo de los del individuo, fundamento de cualquier actuación sanitaria. La formación debería dedicar el mayor tiempo posible al entrenamiento en la orientación y solución de los problemas de los enfermos en las condiciones reales de lo que será el trabajo del MG y no demorarse, como ocurre, en el conocimiento de técnicas y tecnologías más o menos sofisticadas que nunca podrá tener a su alcance.

El sistema MIR se ha extralimitado en considerar que el Centro de Salud, tal y como se concibió originalmente, es la mejor estructura sanitaria para la AP. Se da demasiada relevancia a todo lo que en realidad debería ser algo complementario, es decir, lo que se refiere a organización, planificación, gestión y el resto de actividades parasanitarias.

Nuestra propuesta para el planteamiento de la Formación Específica del MG pasa por:

- . Tener en cuenta la realidad cotidiana del MG:

Sería conveniente que durante la etapa de formación hospitalaria el responsable o tutor de la docencia fuera un MG de reconocida experiencia, que ayudase a mantener permanentemente la visión integral en la interpretación de la patología del paciente ingresado.

- . Establecer un programa sólido de Formación Específica en Medicina General:

Constituido por los principales aspectos de la Patología, no

debería olvidar estar acompañado por otros de formación humanística y de actividades básicas en la época en que nos encontramos, como informática, ecografía, nutrición básica, técnicas de entrevista con el paciente... "El médico que sólo sabe Medicina, ni siquiera Medicina sabe" (Letamendi).

La formación del futuro MG debe ser completa e integral en función del *ser enfermo*, lo que se deduce del planteamiento de que sea él quien siga TODO el proceso patológico del paciente. Por ello durante su etapa formativa hospitalaria, el futuro MG debería seguir en contacto con los pacientes, incluso después de que éstos abandonen el hospital, a través de visitas al domicilio o en su Centro de Salud.

. Motivar e ilusionar al futuro MG:

Sería deseable que, mediante un sistema objetivo de valoración, existiera la posibilidad de que el SNS ofreciera automáticamente un puesto de trabajo como MG a los MIR que hubieran demostrado durante su etapa formativa una mayor valía profesional y humana.

4.7.3. Formación Continuada (FC) y actualización de conocimientos del MG

Podemos decir que en los últimos años son prácticamente nulos los recursos del SNS dedicados a esta función tan importante. Pero, incluso cuando hay recursos, se utilizan en una formación reiterativa, paroxística, aburrida, de mala calidad, impuesta, con matices más laborales que formativos, más ideológicos que profesionales, de carácter endogámico, dirigida al *staff* de Dirección y Gestión, donde la libertad de escuela no existe.

La inestabilidad formativa, laboral y profesional propicia la organización de cursos "masters"... de alto costo, dudoso interés y nulas garantías, realizados por instituciones y organismos que, de forma oportunista, estafan a los profesionalmente peor situados.

El MG debe identificar y resolver sus necesidades formativas y también realizar la definición de los parámetros y condiciones técnicas de su ejercicio. Por otra parte, la atención integral del individuo que debe prestar el MG nos obliga a revisar constantemente las áreas del conocimiento médico que, por su alta incidencia o prevalencia, sus consecuencias sociales y sanitarias, precisan actualización de conocimientos o incluso de comportamientos sanitarios.

Siempre es difícil de concretar, debido a que el MG deberá llevar a cabo su actualización en función de sus propias necesidades y en la forma y con los medios más adecuados a cada momento, contenidos y disponibilidades.

El Forum Europeo de Asociaciones Médicas y la Organización Mundial de la Salud, reunidos en Basilea el 30 y 31 de Enero de 1992, afirmaban:

- . Los conocimientos médicos sufren continuos y rápidos progresos.
- . El nivel de conocimientos alcanzado al finalizar la formación básica o postgraduada en breve deja de estar a la altura de los avances más recientes.
- . La FC es una obligación moral y ética de todo médico.
- . Los médicos que actualizan periódicamente su formación realizan su trabajo mejor y de manera más económica.

Por todo ello recomendaron:

- . Animar a todos los médicos a someterse a FC.
- . Lograr que por parte de las Asociaciones Médicas se asegure el reconocimiento de la FC como un componente importante para la mejora de la capacidad

profesional de los médicos; en este sentido, se debe prever una incentivación adecuada para que los médicos lleven a cabo su propia FC.

. Encargar a las Asociaciones Profesionales de Médicos que establezcan el contenido, la naturaleza y el resto de las condiciones para la FC, de forma que pueda ser puesta en práctica con la colaboración de organismos políticos, administrativos o técnicos.

El Comité Permanente de Médicos de la Comunidad Europea, en su reunión celebrada en Lisboa en Abril de 1992, declaró:

. La FC es una obligación para todos los médicos.

. La FC no podrá ser financiada exclusivamente por la profesión, por lo que habrá que recurrir a fuentes como la industria farmacéutica, la Seguridad Social o el Estado.

. Deberá garantizarse, no obstante, que la FC mantenga una independencia total respecto de los organismos que la financien.

Por último, conviene hacer mención de la necesidad de la puesta en marcha de lo que llamamos "Formación Complementaria", que deberá diseñarse en función del tipo de plaza, competencias, funciones y lugar de ejercicio profesional. Sus contenidos estarán centrados en conocimientos relacionados con ciencias sociales, medio ambiente, gestión, dirección, planes de actuación, emergencias y nuevas tecnologías. Deberá llevarse a cabo en Escuelas o Instituciones de Formación específicos.

4.7.4. Titulación y Competencia (ver párrafo 0)

El título de Licenciado en Medicina y Cirugía faculta al interesado para ejercer la profesión (Decreto de 7 de Julio de 1944, que desarrolla la Ley de Ordenación de la Universidad).

La Ley de Especialidades de 1955, sobre Enseñanza y Titulación para el Ejercicio de las Especialidades Médicas, y el Real Decreto de 1984, que regula la Formación Médica Especializada y la obtención del título de Médico Especialista, especifican que, para titularse de modo expreso como médico especialista y para ocupar cargos de este carácter, será preciso estar previamente en posesión del correspondiente título de especialista, condición necesaria para ocupar un puesto de trabajo en establecimientos o instituciones públicas o privadas con tal denominación; sin embargo, en ambos se recuerda que el título de Licenciado en Medicina habilita para la total práctica de la Medicina, sin que los preceptos de estas disposiciones pretendan reducir su reconocida integridad. Las facultades conferidas por el título de especialista son "sin perjuicio del libre ejercicio de la profesión médica en el conjunto de sus aplicaciones" (artículo 1 de la Ley de 1955), "sin perjuicio de las facultades que asisten a los licenciados en Medicina y Cirugía" (RD 127/84).

En este modelo, la PARCELACIÓN del conocimiento que establece la especialización no es más que una forma de orientarse hacia lo que posiblemente sea la respuesta adecuada a determinados procesos, a una enfermedad; pero, en ningún caso, debe ser un mecanismo incapacitante del acceso libre al conocimiento, al que todo médico que trate enfermos debe aspirar, y que sólo está limitado en función de la responsabilidad individual de cada uno.

La ESPECIALIDAD, como garantía positiva (aunque no suficiente) o como lectura positiva de un quehacer profesional, no obliga a realizar una lectura negativa sistemática del quehacer en esa misma área del no titulado especialista.

La acción del médico depende de su conocimiento con independencia de su titulación. En el Código Ético 0 está descrito que "todos los pacientes tienen derecho a una atención médica de calidad científica y humana y el médico debe abstenerse de actuaciones que sobrepasen su capacidad" (artículo 21).

El hasta ahora llamado *especialista* debe dejar paso a los profesionales de *alto*

rendimiento, para lo que no vale sólo titularse, sino demostrarlo a diario. Esto se consigue midiendo lo importante para el paciente con los factores mencionados y no lo accesorio o importante para el *loby* que controla la profesión.

Si la profesión médica está al servicio del hombre y de la sociedad, ésta, a través de sus órganos administrativos y profesionales, tiene que proporcionar los medios para que la competencia profesional sea máxima y constantemente actualizada; que cada médico pueda capacitarse de acuerdo con su vocación y habilidades a lo largo de su vida profesional.

4.7.5. Acreditación de la Competencia

Cada día es más necesario crear mecanismos para garantizar el mantenimiento de los conocimientos y habilidades del MG y permitir, a la vez, la incorporación de otros nuevos en una adaptación constante y precisa a los requerimientos socio-sanitarios y a los avances tecnológicos.

Debe ser una pretensión permanente de las Organizaciones representativas de la Medicina General mejorar la oferta de servicios y las cualidades que permiten elevar el nivel de satisfacción del paciente, y aumentar su capacidad diagnóstica y resolutive junto con su autonomía profesional. Pero no son sólo requerimientos técnicos y acceso a la tecnología adecuada; también son conocimientos y habilidades de relación así como las condiciones precisas que estimulen la capacidad creadora del ser humano.

a) Definición

Es un sistema que permite reconocer e incentivar la Formación Médica Continuada Voluntaria (FMCV) del MG para incorporarla como mérito preferente de promoción profesional en el SNS. Debe dar soporte a la discriminación objetiva, continua y permanente de los profesionales que más esfuerzo realizan por mantener el mejor nivel de capacitación profesional.

Dicha FMCV debe entenderse como el conjunto de acciones, actividades y experiencias formativas del profesional que con carácter universal, permanente e incentivado, podrá realizar a lo largo de su vida profesional.

La FMCV sustituirá progresivamente a la obligatoria (FMCO), cuyos requerimientos y contenidos serán establecidos por la Administración Sanitaria para lograr cubrir de la forma más adecuada las necesidades sociosanitarias y sus objetivos específicos, con el mejor nivel de calidad, así como ordenar el acceso de los profesionales al SNS. La FMCO, además, debe ser retribuida.

b) Objetivos

. Motivar a los profesionales para la realización de actividades encaminadas a mantener, mejorar y actualizar su competencia profesional.

. Reconocer el esfuerzo de los profesionales e incentivar la competencia desde la objetividad.

. Ordenar la promoción interna de los MG del SNS y unificar la misma en base a mérito y capacidad.

. Otorgar a la profesión la autonomía necesaria para el diseño, organización, realización, supervisión y acreditación de las actividades formativas de los profesionales que la integran, así como la coordinación de las colaboraciones multidisciplinares que fueran necesarias.

. Abrir un foro de debate profesional permanente, leal y solidario entre

los sectores implicados.

c) Necesidades

. Acuerdo general y convencimiento pleno de las partes implicadas para defender de forma consensuada y unánime un Proyecto de Acreditación de Competencia ante la profesión. Ceder el protagonismo al interés general de la profesión.

. Establecer los criterios para que los profesionales puedan acceder a la acreditación periódica de conocimientos y habilidades mediante la regulación oportuna de la oferta formativa para su realización voluntaria.

. Crear un Sistema de FMCV abierto, acreditado, evaluable, de financiación mixta, adecuado a las necesidades socio-sanitarias y a la demanda de los profesionales.

. Establecer los mecanismos para el control y gestión de calidad de las actividades formativas y de los mecanismos de acreditación.

. Constituirse en pilar fundamental de la carrera profesional del MG.

. Establecer el marco general y condiciones para la financiación.

4.8. LA CARRERA PROFESIONAL (CP) DEL MG

En Sanidad, al igual que en otros estamentos, se está poniendo de moda la carrera profesional. En Medicina, concretamente, por dos razones: una, porque es una necesidad sentida por la mayoría de los médicos para que se le reconozca el mantenimiento actualizado de su formación; y otra, por el interés político de los diferentes partidos, que ven en esta idea un incentivo para la mejora del funcionamiento del SNS después del fracaso de muchos directivos por el desconocimiento del medio.

Resulta evidente que el ascenso en la CP tiene que ser a costa de la mejora de la calidad profesional o de asunción de nuevas responsabilidades y no de la cantidad de trabajo exclusivamente.

La CP tiene tres ámbitos perfectamente definidos:

. Uno el científico, que condiciona la CP propiamente dicha (del "yo" de cada uno), y que a su vez reconoce el mérito de mantener los conocimientos actualizados al paso de los años (tenerlos en la juventud, más que mérito es un requisito).

. Otro, el de las relaciones con los demás compañeros que condiciona la CP mixta en el marco de los Servicios de Medicina General, entendiendo éstos no como jerarquizados, sino como garantes de la oferta de servicios al MG en cada una de las parcelas más relevantes de su ejercicio (ver apartado 0).

. El tercer ámbito para el desarrollo de la CP es el de las relaciones con la Administración. Nadie duda de la necesidad de cargos sanitarios, pero sí de su forma de acceso. La designación tiene que recaer en profesionales que tengan la categoría suficiente para conocer el medio que pretenden administrar.

Los responsables del INSALUD en 1990 hacían resumen de problemas por falta de CP, tanto para el profesional como para el Sistema Público:

a) Para el profesional:

. No existe correlación esfuerzo-incentivos.

. No hay asociación entre la capacidad y dedicación de un profesional y su participación en los procesos de organización y control del sistema.

. No existe progresión en el nivel decisorio en función de los contenidos ocupacionales.

. La CP, desde su vertiente científico-técnica, únicamente encuentra como mecanismo de promoción la opción a plazas con componentes administrativos (jefaturas de Sección, de Servicio, Directores de Atención Primaria). Estas plazas se encuentran limitadas a las necesidades de organización del Sistema y están, además, ocupadas de forma vitalicia en muchos casos y por personal con una jubilación distante.

. La carrera puramente gestora ha carecido de una planificación sobre los mecanismos de aprendizaje y valoración para acceder a ella.

. No hay mecanismos universales y homogéneos que propicien la movilidad profesional.

. La opción a plazas de promoción supone un sobreesfuerzo personal y familiar que nada tiene que ver con el ejercicio profesional, al tener con frecuencia que modificar la residencia para optar a estos limitados puestos.

. En el caso de puestos gestores, no ha existido una valoración objetiva de la experiencia personal para su provisión y la vuelta al lugar de origen se efectúa sin ningún tipo de reconocimiento.

. No existe correlación clara entre el esfuerzo individual y el acceso a incentivos investigadores y formativos.

b) Para el SNS:

. El techo de frustración existente hace que los recursos profesionales del Sistema no sean competitivos.

. El Sistema ha admitido el carácter vitalicio de los puestos organizativos. Al no darse el paralelismo esfuerzo-reconocimiento, el Sistema ha potenciado por omisión, en algunos casos, a aquéllos que menos se perfeccionan profesionalmente, con lo que se ha consagrado, no ya una injusticia, sino una merma de calidad del servicio público sanitario.

. Los mecanismos de formación continuada, básicos para la profesión médica, se dejan en manos del voluntarismo del médico o del criterio o impulso del jefe de Servicio, con lo cual la Administración pierde el control sobre los recursos profesionales. Desconoce el potencial profesional real de que dispone, pierde la referencia de la profesión y es incapaz de rentabilizar sus efectivos.

Todas las instituciones contemplan la CP propiamente dicha como la base para el desarrollo de las demás modalidades. Nosotros tomaremos de referencia los niveles y categorías de la CESM y de la OMC por ser pioneras en nuestro campo. Constará según estas organizaciones de cuatro categorías, que a continuación se reflejan, y a ellas podrán acceder todos los médicos, sin limitación, que reúnan los méritos necesarios:

- . Especialista o Acreditado.
- . Adjunto.
- . Consultor.
- . Consultor Clínico.

La categoría de consultor es la clave para acceder a los puestos de Jefe de Servicio/Sección, y de libre designación de la Administración Sanitaria en la CP mixta y administrativa, respectivamente.

En las comisiones de valoración de méritos participarán activamente las organizaciones científicas de la Medicina General para considerar aquellas actividades que realmente mejoren el funcionamiento de la misma.

Dado que la implantación de la CP propiamente dicha tendrá que afectar a todos los MG en ejercicio, se hará la adaptación necesaria para que todos puedan acceder a ella.

4.9. LAS RELACIONES DEL MG

El MG es probablemente el profesional que de manera constante mantiene un espectro de relaciones más amplio. Lo hace a diario con la población que atiende, con la Administración o Administraciones para las que trabaja, y se relaciona con otras instituciones o profesionales para la solución de problemas que se le plantean o para mejorar su situación profesional o laboral.

En este sentido hablamos de relaciones del MG con:

. Población a la que atiende: Aparte de la atención sanitaria, el vínculo médico-paciente y la función asesora están siempre presentes.

. Administración Local: De ella depende la población que tiene adscrita. En estas relaciones se basa la lucha contra los problemas de Salud Pública.

. Administración Sanitaria: Son relaciones de tipo burocrático, jerárquico, de promoción...

. Los compañeros de la misma Zona de Salud: Se trata de personal sanitario y no sanitario. Tiene especial relevancia la establecida en la unidad básica asistencial que constituyen médico y enfermería.

. Atención Especializada: Destinada a resolver, o intentarlo, los problemas de salud pe-
rentorios, tanto a nivel ambulatorio como hospitalario.

. Medicina Privada: Con el mismo fin que en el caso anterior.

. Administración de Justicia: Su fin es llevar a cabo sus funciones jurídico-legales.

. Universidad y Centros de Investigación: Siempre han sido pobres por la falta de departamentos y servicios específicos de Medicina General y, todo hay que decirlo, por la escasa inquietud del MG en este campo; con el agravante de que los que la han tenido, se han dedicado, con el tiempo, a otra faceta de la Medicina.

. Sociedades Científicas: Quizás sean éstas las que más se han desarrollado en los últimos años a raíz de la reforma de la AP y del cambio laboral, el cual ha supuesto una nueva forma de ejercer la Medicina General. Tampoco hemos de olvidar las consecuencias que trajo al sector la creación de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria.

. Organización Médica Colegial (OMC) y Sindicatos:

En el caso de los sindicatos nos referimos, en concreto, a la CESM, por ser la organización mayoritaria en el Sector Médico.

Por razones de aislamiento y de número, estas organizaciones tienen una bipolarización de gobierno muy clara en "Medicina General" y "Medicina Especializada". No obstante, el MG ha estado marginado de las cotas de poder más altas.

Se hace necesario un cambio rápido en la estructura y mecanismos de participación de estas instituciones que garantice la representatividad y el poder ejecutivo, al menos, de esos dos sectores básicos de la Medicina dentro de las propias instituciones. No hay que olvidar la necesidad de complementariedad de ambos sectores. Además, el avance de la Medicina no se concibe sin el mutuo reconocimiento entre la Medicina General y la Especializada.

. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina de Familiar y Comunitaria:

La creación de la especialidad en 1978 supuso un revulsivo para la Medicina General con aspectos positivos y negativos.

Estos últimos han resultado ser más frecuentes. Se han debido a la incertidumbre creada por la especialidad; a la instrumentalización política que se hizo de ella en muchas ocasiones y que desde tantas instancias se ha denunciado; y, también, a que un sector muy importante de los Médicos de Familia pretendía hacer prevalecer su concepto de la Medicina General a base de hundir el de los demás.

Después de casi veinte años de su creación, las cosas van cambiando. Los MG se vieron obligados a buscar otros foros que les identificaran consigo mismos y con sus colegas europeos. Nació así la SEMG y la Federación de Sociedades de Medicina General, formada por aquélla y la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN).

Si la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria pretende ser el motor de Medicina General tendrá que mantener una representación proporcional de los distintos sectores profesionales que a ella se dedican y que hasta ahora han sido marginados de dicha Comisión Nacional.

. Comités de Ensayos Clínicos y Ética:

La participación en ellos de la Medicina General es nula. Sus decisiones están mediatizadas por la visión de la realidad que tiene el Especialista. En consecuencia, son poco sensibles a las necesidades y condiciones del ejercicio de la Medicina General.

Es imprescindible la incorporación de MG a los actuales Comités de Ética; o mejor la creación de unos específicos que permitan a los profesionales liberarse de esta inadecuada supervisión.

4.10. LA REPRESENTACIÓN DEL MG

4.10.1. El objeto

La SEMG pretende ayudar a transformar social y sanitariamente nuestra profesión desde el propio médico y no en tanto en cuanto forma parte de una condición única y homogénea, sino desde la identificación, valoración y profundo respeto de cada uno de los individuos que ejercen la Medicina General.

El objetivo último es el mejor y más adecuado desarrollo científico y profesional de la Medicina General y los profesionales que la realizan, todo ello puesto al servicio de la sociedad a la que pertenecemos.

4.10.2. La diversidad

La gran diversidad dentro de la Medicina General es un factor positivo si la misma se canaliza de forma adecuada. Garantizar la participación de todos los colectivos y situaciones profesionales que la integran requiere unas estructuras autónomas perfectamente definidas, que bien pudieran estar dentro de las actualmente existentes o ser nuevas y específicas, si, como hasta ahora, las resistencias corporativas y falta de sensibilidad del resto de la profesión lo impidieran.

4.10.3. La necesidad

Tiene que ser la propia Medicina General la que promueva los cambios que la afectan, sus actitudes cotidianas y su organización en instituciones profesionales y científicas con capacidad para influir en todos los estamentos sociales implicados. Dichas instituciones, a partir de la puesta en marcha de estudios y planes de actuación, deben diseñar estrategias para la permanente sensibilización sobre los problemas puntuales o estructurales presentes o futuros y utilizar todos los medios a su alcance para hacer llegar sus propuestas, de forma que, a la larga, se reconozcan como asesores imprescindibles del Sistema Sanitario.

La participación de los MG en algunas estructuras que los representan no está garantizada, ni proporcional y democráticamente de baja calidad. Colegios profesionales y sindicatos tienen definidas sus funciones y vías de participación de tal forma que el MG está claramente perjudicado. Tales vías no están vertebradas suficientemente, ni respetada su diversidad, ni se observan proporciones mínimas, más aún cuando, en el caso de los colegios profesionales, la afiliación es obligatoria.

En democracia, si el ciudadano no está contento con el funcionamiento de una organización a la que pertenece, puede retirarle su confianza y marcharse a otra y, en todo caso, crear una nueva. Esto no es posible en el caso de la OMC. Si la adscripción a la misma, por su propios fines, ha de ser obligatoria, los mecanismos internos que la rigen, el respeto a sus estatutos y la representación y participación democráticas del más alto nivel han de estar garantizadas. Porque, de no ser así, ni sus objetivos ni la colegiación obligatoria debe ser aceptada.

Es preciso exigir un cambio profundo de las estructuras de representación; en el caso de la OMC resulta más que perentorio, pues se trata de un ente preconstitucional y la colegiación es obligatoria. O bien reivindicar el derecho a crear un Colegio de Médicos Generales independiente, de afiliación voluntaria. No puede seguir ocurriendo que los intereses de la Medicina General estén sometidos a la pinza que en ocasiones han realizado otros colegios profesionales, o a las presiones ejercidas internamente por una profesión muy parcelada, tremendamente socializada, con intereses muy diversos, a menudo enfrentados, gobernada mayoritariamente por el sector especializado.

5. LOS SERVICIOS DE MEDICINA GENERAL (SMG)

La Medicina General deberá trabajar y organizarse en función de las necesidades sanitarias de la sociedad a la que asiste y de las tendencias y ofertas que puedan realizar los MG. En este sentido es prioritaria la adecuación de tecnología para uso en Medicina General con el fin de reforzar su independencia como disciplina.

Llegados a este punto debemos plantearnos algunas preguntas: ¿Es la actual estructura y relación de los EAP la más aconsejable? ¿Es el llamado *trabajo en equipo* la solución universal? ¿Es oportuno que cualquier reconocimiento sólo sea aplicable al EAP? Trataremos de contestar en adelante.

"Volver al aislamiento del Médico de Cabecera es impensable, imposible y políticamente inaceptable" (F. Pérez Escanilla).

Esta frase resume la necesidad imperiosa que tiene el MG de trabajar en grupo, y nada mejor para ello que la concepción de su trabajo dentro de un SMG. Hoy es posible gracias a las grandes conquistas laborales y al avance de la ciencia en general (comunicaciones, tecnologías...) y al de la Medicina en particular.

Nadie duda de que los EAP son una aproximación, pero no llegan a consumarse como SMG, porque se parte de premisas insalvables: igualitarismo inter e intraprofesional, dilución de responsabilidades, doble dependencia de sanitarios locales, centralización e intervencionismo excesivo de la Administración Sanitaria, escasas expectativas de cambio, mínima participación profesional, alejamiento entre los puntos de decisión y los de gasto, inexistencia de carrera profesional... Los contraincentivos anulan las iniciativas individuales y colectivas; éstas, además de intrascendentes, dependen sólo del voluntarismo.

Únicamente corrigiendo estos defectos y disminuyendo el ámbito de actuación podría emerger el concepto de SMG.

El MG no tiene inconveniente en que otros profesionales trabajen en los SMG para mejorar el nivel de salud con sus tareas y actividades perfectamente definidas; no obstante, la relación médico/paciente no debe ser interferida, pues es fundamental para llevar a cabo la mayor parte de su trabajo.

En la modalidad de ejercicio para el MG que estamos defendiendo, serán los demás profesionales los que hayan de adaptarse a su Medicina Integral Preventiva-Curativa. Colaborarán en aquellas tareas en que puedan tener competencias.

Los SMG deben permitir que los MG constituyan con el resto de profesionales con los que trabajan verdaderas organizaciones de servicios sanitarios. Para ello precisarán un nivel de autonomía suficiente de manera que la gestión de parte o de todos los servicios que prestan pueda tener relación con funciones y responsabilidad, con eficacia y eficiencia, con motivación e incentivos.

Conceptualmente nada tienen que ver con los Servicios Jerarquizados de hospitales. Por tanto su misión no es obligar a cumplir funciones, sino ofertar la posibilidad de que se cumplan. El SMG debe configurarse como el instrumento que permita al médico el mejor desarrollo posible de su ejercicio profesional, personal e independiente, y le garantice, a su vez, el conocimiento perfecto de la realidad sanitaria en la que trabaja para una correcta planificación y gestión de los recursos.

Los cometidos y funciones encomendadas a la Medicina General, y dentro de un modelo teórico, pueden ser realizados por cualquier MG. Sin embargo, nunca podrán llevarse a cabo en su totalidad por un MG concreto, en un tiempo y espacio concreto, para cualquier tipo de medio y población asignada.

Las funciones precisarán una cuantificación y posterior parcelación y asignación individual, y, en su caso, el apoyo de otros profesionales sanitarios y parasanitarios. Deberán organizarse y distribuirse tanto aspectos ordinarios y comunes a la práctica diaria como los programas específicos o especiales que no precisen la participación de todo el SMG, o los que, por sus características, deban ser realizados por alguno de sus miembros, para que, sin perder la perspectiva de un ejercicio integral de todos los profesionales, puedan abordarse manteniendo el mejor nivel posible.

La asignación de funciones o programas específicos a alguno de los profesionales que integran el SMG no tiene por qué ser permanente ni especial; sólo es necesario el adiestramiento apropiado del profesional, sin que ello implique abandonar su actividad ordinaria y la actuación integral sobre sus pacientes. Posteriormente, se adiestrará a otros miembros del SMG con el fin de que el primero sea apoyado o relevado periódicamente.

La participación de cualquiera de los componentes del SMG en la atención sanitaria a un paciente concreto puede ser útil en determinadas circunstancias. Sin embargo, prevalece el derecho del paciente a elegir su propio médico, en el que deposita su confianza; la responsabilidad y la atención tienen que ser exclusivas de un solo médico.

Como cualquier organización, el SMG necesitará un desarrollo y una acreditación condicionada por una serie de factores.

5.1. OBJETIVOS

- . Cambio de la organización y funcionamiento de los Centros de Salud.
- . Conocer mejor la realidad sanitaria y las necesidades asistenciales.
- . Evitar el aislamiento profesional del MG.
- . Evitar la dilución de responsabilidades.
- . Cumplir los objetivos específicos del MG correctamente.
- . Mejorar la coordinación con la atención especializada.
- . Evitar que el médico sea víctima de la democracia cuando haya que votar las necesidades sanitarias.
- . Garantizar el funcionamiento del sistema al eliminar intermediarios entre los productores de salud y la población.
- . Permitir el desarrollo de la CP y, con ella, la realización plena de los médicos dentro de la AP.
- . Convertir a los MG en protagonistas para poder llegar a acuerdos de producción con entidades públicas o privadas.

5.2. EL MARCO DE RELACIONES

El SMG debe tener repartidas adecuadamente sus tareas para poder conseguir los objetivos previstos y poseer una dirección y estructura organizativa capaz de asumir una descentralización progresiva de los servicios sanitarios y de su gestión.

5.2.1. La Dirección-Coordinación

La capacidad de decisión y autonomía que otorga el sistema al Coordinador del EAP, partiendo del procedimiento mismo seguido para su nombramiento, es a todas luces insuficiente. Le incapacita para poder asumir responsabilidades en la organización y gestión de la Medicina General y del EAP, y, por tanto, de las prestaciones que podemos considerar básicas. Más difícil aún es pensar en ofertas complementarias de nuevos servicios, en su creación y su posterior gestión. El Coordinador se ha convertido en un punto de referencia para la Administración, en un mero portador de decisiones; es, en suma, un simple mensajero.

Formamos parte de un Sistema Sanitario con el que tenemos relaciones, vías de comunicación, entradas, salidas y reglas de juego. Sin embargo, es preciso un nivel de autonomía del SMG y de sus profesionales, que permita reconocer y diferenciar a los individuos, definir sus responsabilidades, asignarles sus recursos, conocer sus resultados y que logren su

motivación e incentivos.

5.2.2. La Autonomía

Hoy se emplea mucho el término "autogestión" entre los profesionales de la Medicina. No es seguro lo que quieren decir los que lo emplean. Cuando los responsables intermedios de la Administración Sanitaria hablan de autogestión de los EAP da la sensación de que el término se vacía de contenido. Las ofertas resultan oscuras y escasamente definidas. Se les coloca el nombre que define lo contrario de lo que realmente se hace.

Actualmente el EAP es un sistema poco abierto y menos flexible. La profesión y el ejercicio profesional están muy intervenidos, tienen pocas o nulas posibilidades de autoorganización. Unas veces por imposibilidad real; otras, porque el sistema lo hace desaconsejable.

El consenso debería ser la pauta inicial para la toma de decisiones; pero éstas son escasas, ya que están determinadas previamente.

5.2.3. La gestión de los recursos

De los recursos sanitarios, son los factores de producción humanos los que realmente plantean dificultades en su gestión. Condicionan definitivamente la utilización de los recursos técnicos, los resultados, sus costos y beneficios en salud y, en consecuencia, al SNS.

Ya se piensa en planes de gestión por objetivos que permitan definir y evaluar el grado de efectividad-eficiencia de los mismos en relación con su finalidad y por un periodo de tiempo. Pero esos planes de gestión resultan incompletos por los escasos y débiles factores de los que depende la motivación profesional.

Es nula la participación en la gestión económica, parcial o total, de los servicios que se prestan. Resulta impensable poder concertar los mismos con entidades, colectivos o iniciativas públicas o privadas; más impensable gestionar los recursos económicos generados.

5.3. DEMANDA DE SERVICIOS

Ya hemos comentado con anterioridad los factores que condicionan la demanda actual de asistencia sanitaria. Algunos no son modificables; incluso tenderán a aumentarla, como la cronicación de patologías, el envejecimiento poblacional, las nuevas patologías... Sin embargo, el nivel de exigencia de los ciudadanos, la oferta de servicios, el nivel cultural y económico, sí son modificables y, en consecuencia, sobre ellos habrán de dirigirse las actuaciones, de forma que se salvaguarde igual acceso para igual necesidad (G.H. Mooney).

Las medicinas alternativas incrementan su presencia en la vida sanitaria, sobre todo en los problemas más relacionados con las formas de sentir y vivir la realidad. Estas medicinas recurren a campañas de *marketing*, en algunos casos creando la necesidad a la que responden. Cualquier organización de servicios debe estar preparada para poder competir y utilizar éticamente todos los instrumentos de nuestro mercado *social* y sanitario, o al menos estar preparados para contrarrestar sus efectos indeseables.

5.4. OFERTA DE SERVICIOS

La oferta de servicios debería enguantar con las necesidades sanitarias previamente definidas y con la ubicación, condiciones y distribución de la población. Determinadas y cuantificadas las prestaciones, el presupuesto se corresponderá con los objetivos previstos, de tal forma que puedan establecerse relación entre costos y resultados. Hubiera sido preciso el desarrollo de estrategias concretas en salud así como la descentralización de los recursos asignados, y aproximar la gestión a los puntos de toma de decisión.

Hoy la actividad realizada se somete a procedimientos de validación y evaluación, tanto interna como externa; pero las formas no son las adecuadas.

El sistema de protocolización y burocratización excesiva no es razonable, y, al fin y al cabo, cambia algo en función de los resultados? Cualquier validación y revisión de comportamientos y actuaciones profesionales debe someterse a los criterios científicos, profesionales y éticos, universales y específicos según el momento. En ningún caso lo mencionado puede conculcar los derechos del paciente y la fidelidad a la institución para la que se actúa.

El camino hacia una competencia entre los centros sanitarios está abierto y sustituirá a las actuales y estériles connotaciones de lo público contra lo privado. En un futuro cercano se debe reorganizar el Sistema Público de cara a crear su propia competencia interna utilizando procedimientos mercantiles.

El SMG ofrecerá unas prestaciones mínimas; concertará otros servicios y podrá organizarse con otras instituciones en la prestación de los mismos. Cada centro deberá tener una relación nítida de los servicios que presta y su acreditación profesional, como parte fundamental para el control de calidad de los mismos.

El análisis del coste/efectividad y coste/utilidad serán elementos fundamentales en la evaluación de tecnología y en programas de actuación de los servicios 0 (ver párrafo 0).

La financiación pública mediante Presupuestos Generales del Estado tiene que permitir una prestación asistencial y de cuidados suficiente para todos los ciudadanos.

La concertación de servicios con la iniciativa privada deberá concretarse en módulos mínimos para una cobertura asistencial concreta en función de una población y/o demarcación territorial.

5.5. MOTIVACIÓN E INCENTIVOS (ver párrafo 0)

Además de convertir al MG y a la AP en pieza clave del SNS, es imprescindible procurar que ese cambio sea universal, eficaz y eficiente, y, sobre todo, no doloroso ni traumático, además de aceptado e incentivado profesionalmente.

Es admitida y denunciada unánimemente la ausencia de incentivos dentro del SNS, entre los que destaca la falta de reconocimiento del esfuerzo profesional y la ausencia de promoción interna.

La necesaria autonomía sanitaria exige que los comportamientos e incentivos tengan como fundamento científico y ético los surgidos de la propia profesión; en ningún caso de agentes o factores ajenos a la misma.

Actualmente, la motivación y los incentivos profesionales no son factores fundamentales para lograr los objetivos y el mejor desarrollo de los servicios que se prestan. En el ya mencionado "Estudio Delphi 2000" 0 se entiende que el sistema retributivo de los profesionales debe estar condicionado en orden de importancia por:

- . Rendimiento/productividad.
- . Nivel del Centro sanitario.
- . Docencia e investigación.
- . Penosidad del puesto de trabajo.

6. LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA GENERAL (SEMG)

6.1. CONSTITUCIÓN

Fue creada en 1988 por un grupo de MG que comprendieron la necesidad de organizar una sociedad científica en torno al médico que ejerciera la Medicina General sin otra distinción.

Los fundadores entendían por MG aquel licenciado en Medicina y Cirugía que realiza de forma continuada, sistemática o como ejercicio profesional fundamental, la Medicina General. Para ello es necesaria una titulación y a partir de 1995 una formación específica; sin embargo, la condición de MG sólo la otorga el ejercicio de la profesión.

Surgió como respuesta a las necesidades del médico y de la Medicina General española que en 1988 formulaban los fundadores y para las que no obtenían cumplida respuesta. Por aquel entonces la denominación de la profesión era una entelequia. La Medicina General había desaparecido del vocabulario útil y pretendían sustituirla por denominaciones de nuevo cuño o, en su caso, por barbarismos. Si se quiere destruir algo basta con cambiarle el nombre y hacer desaparecer y olvidar su historia.

6.1.1. Necesidades de la Medicina General

Teniendo en cuenta las necesidades sociosanitarias de la población, la evolución vertiginosa de nuestra sociedad, con nuevas formas de sentir y de vivir tanto la enfermedad como la salud, con cambios rápidos en su comportamiento y poco tiempo de adaptación a los mismos, con un crecimiento constante de la demanda y de las condiciones para la respuesta a la misma, con la exigencia progresiva de respuestas a la carta, inmediatas y eficaces, con una oferta tecnológica que transforma constantemente los comportamientos y exigencias profesionales, se consideraba imprescindible:

- a) Aumentar su capacidad preventiva.
- b) Aumentar su capacidad diagnóstica.
- c) Aumentar su capacidad resolutive.
- d) Aumentar su autonomía profesional.
- e) Aumentar su prestigio social y sanitario.

6.1.2. Necesidades del MG

Hay una serie de necesidades sin cumplida respuesta y cuyo soporte debería estar garantizado. Buena parte de esas necesidades son cubiertas por la industria farmacéutica en exclusiva:

- a) Reforzar y concretar su IDENTIDAD en función de su propia historia y del modelo de MG europeo.
- b) Aumentar su PARTICIPACIÓN Y PRESENCIA en la vida profesional y sanitaria.
- c) Participar en el DISEÑO, elaboración y realización de la FORMACIÓN del MG.
- d) Definir las CONDICIONES del ejercicio en Medicina General.
- e) Participar en su desarrollo CIENTÍFICO y TÉCNICO.
- f) Definir, estandarizar y normalizar comportamientos profesionales.
- g) Introducir vías de comunicación de la profesión con el establecimiento de

Congresos y Foros específicos de debate científico y profesional.

- h) Soportes para INVESTIGACIÓN y PUBLICACIÓN.
- i) Presencia y participación en FOROS INTERNACIONALES.
- j) Relación con SOCIEDADES CIENTÍFICAS Nacionales e Internacionales

6.2. QUÉ ES LA SEMG

a) Es la sociedad científica del MG, independiente de su ubicación geográfica, relaciones administrativas, nivel de empleo, ejercicio público o privado, condiciones y tipos especiales de ejercicio, formación, titulaciones o procedencia.

b) No es un fenómeno asociativo con fines sindicales u objetivos políticos. Intenta modificar la realidad sociosanitaria por medio de transformaciones en el campo científico y profesional de la Medicina General.

6.3. OBJETIVOS DE LA SEMG

El objetivo último es el mejor y más adecuado desarrollo científico y profesional de la Medicina General y los profesionales que la realizan, todo ello puesto al servicio de la población a la que pertenecemos y servimos.

En sus Estatutos la SEMG establece como sus fines últimos:

- a) El estudio, bajo la metodología científica, del ejercicio del MG, así como la definición de las funciones del mismo.
- b) El fomento y la defensa de los intereses profesionales de los MG.
- c) Contribuir a la formación, promoción profesional y capacidad docente de los MG.
- d) Contribuir a la mejora de los servicios y funciones que corresponden a los MG.
- e) Colaborar con la Administración en la elaboración de las disposiciones que afecten a la salud, tanto pública como privada, así como a las que de modo directo afecten a los MG.
- f) Colaborar en la formación de los futuros MG, tanto en el pregrado como en el postgrado.
- g) Mejorar la calidad asistencial del MG.
- h) Es fin primordial consolidar la identidad del MG.

6.4. ESTRUCTURA DE LA SEMG

La SEMG es una entidad jurídica única regida por los Órganos de Gobierno y estructurada en forma de secciones autonómicas que reciben el nombre de Sociedades Autonómicas de Medicina General.

6.4.1. Órganos de Gobierno y funciones

a) Comisión Permanente

Está compuesta por un Presidente, dos Vicepresidentes, un Secretario General, un Vicesecretario General, un Secretario de Información y un Tesorero. Además tiene potestad para nombrar cuantos Consejeros estime oportunos, que tienen voz aunque no voto. Todos los cargos son gratuitos y elegidos por la Asamblea General Ordinaria. Su man-

dato tiene una duración de tres años.

Es la encargada de dirigir las actividades sociales y llevar la gestión económica y administrativa de la Sociedad.

b) Pleno

Está compuesto por los miembros de la Comisión Permanente, los Presidentes de las Sociedades Autónomas y los Responsables de las Secciones y los Grupos de Trabajo.

Sus funciones son:

.() Conocer todos los aspectos de la marcha de la Sociedad y aprobar sus directrices.

.() Ratificar la creación de las Sociedades Autónomas, su Reglamento de Régimen Interior y la Comisión Gestora de las mismas.

.() Aprobar la creación de Secciones y Grupos de Trabajo y nombrar a sus responsables.

c) Asamblea General de Socios

Es el órgano supremo de la Sociedad y está compuesta por todos los socios. La de tipo Ordinario tiene lugar con motivo del Congreso anual de la Sociedad.

Sus facultades son:

.() Elegir a los miembros de la Comisión Permanente.

.() Aprobar la gestión de la Comisión Permanente y del Pleno.

.() Conocer y ratificar los Estados de Cuentas.

.() Modificar o reformar los Estatutos y los Reglamentos de Régimen Interior.

6.4.2. Las Sociedades Autónomas

A todos los efectos son los órganos oficiales de representación de la SEMG en cada Autonomía y el interlocutor oficial de la misma con las instituciones regionales y locales. Tienen su representación en todas las provincias o, en su defecto, Áreas Sanitarias de la Autonomía.

a) Constitución

Cuando en una Comunidad Autónoma los socios de la SEMG superan los 25, pueden constituirse en Sociedad Autónoma de Medicina General de acuerdo con las directrices recogidas en los Estatutos.

b) Organización

De manera paralela a la SEMG, sus Órganos de Gobierno son la Comisión Permanente, el Pleno y la Asamblea General.

.() Comisión Permanente: está formada por un Presidente, dos Vicepresidentes, un Secretario General y un Tesorero.

.() Pleno: está compuesto por los miembros de la Comisión Permanente, los Responsables Autonómicos de Secciones y Grupos de Trabajo y los Representantes Provinciales o de Área Sanitaria.

.() Asamblea General: es el órgano supremo de las Sociedades Autonómicas y está compuesta por todos los socios.

c) Autonomía de gestión

Tienen plena libertad de acción dentro de las Autonomías, si bien todas sus iniciativas y actuaciones deben someterse a los Estatutos de SEMG y al Reglamento de Régimen Interior.

d) Participación en Órganos de Gobierno

Los Presidentes de las Sociedades Autonómicas son miembros natos del Pleno de la SEMG. Ante ella actúan como representantes de aquéllas.

6.5. QUÉ HA REALIZADO LA SEMG

6.5.1. Contenidos

Aunque todos los contenidos de este libro, siempre abierto y dinámico, son la expresión de los planteamientos y posiciones realizados por la SEMG, así como de los conceptos que en este momento defiende de cara al futuro, a continuación matizamos expresamente algunos de ellos:

a) La Profesión

Con frecuencia observamos que los procesos de selección profesional, que deberían permitir competir libremente a los titulados en relación a mérito y capacidad, son sustituidos en nuestro país por la exclusión profesional. Un grupo organizado, tras determinar un área de interés, perfila las condiciones para poder excluir progresivamente o colocar en desventaja a otros a la hora de competir.

La experiencia, el conocimiento, la libre escuela, la posibilidad de aprender, de mejorar, de competir, en resumen, los estímulos profesionales, son sustituidos por especialidades o superespecialidades, por jefaturas nuevas, niveles jerárquicos innecesarios, siempre con la disculpa de garantizar la mejor cualificación, el mejor servicio, los mejores resultados, que luego nadie garantiza y, menos aún, comprueba. Es difícil librarse de la sospecha de que algunos de estos artificios disfrazados de avances científicos tienden únicamente a hacer acopio de cotas de poder para unos pocos.

En el caso de la Medicina General, cuando no han sido otros médicos titulados con idénticas funciones, ha sido el resto de la profesión. Si tuviéramos que destacar algo, probablemente el mejor ejemplo fuera el alejamiento sistemático del MG de las ofertas tecnológicas del momento, algunas de las cuales pueden adaptarse a su ejercicio; igualmente, el haber sido apartado de un sistema de formación continuada riguroso y sistemático que contrarrestaría las condiciones del propio ejercicio.

b) Formación Específica

La promulgación de las normas de la Unión Europea en materia de

formación exigible a los que quieran desarrollar su trabajo en el ámbito de la Medicina General (ver párrafo 0 llevó a las autoridades españolas a disponer un mecanismo transitorio por el que homologar a los profesionales que ya ejercían con los que, a partir de ese momento, cumplirían con lo previsto en dichas normas. Desde el primer momento la SEMG no aceptó la denominación de "Cursos de Nivelación", por considerar los mismos como un proceso de formación continuada para profesionales en activo, los cuales han constituido el pasado, el presente y formarán parte del futuro de la Medicina General en España. En ningún caso podíamos aceptar el término NIVELACIÓN por el contenido peyorativo que del mismo pudiera hacerse.

Más recientemente, la SEMG ha defendido un esquema de Formación Específica, que se corresponde con lo expuesto en el apartado 0. Al margen de las consideraciones hechas en ese lugar, estimamos que su puesta en práctica disminuiría los requerimientos de recursos personales y materiales a emplear y facilitaría el acceso a dicha formación a un número más elevado de licenciados de lo que ahora puede hacerlo.

c) Actividades formativas

Al MG le corresponde protagonizar la identificación y solución de sus necesidades formativas y también realizar la definición de las condiciones profesionales de su ejercicio.

La atención integral que prestamos nos obliga a revisar constantemente las áreas del conocimiento médico, que, por su alta incidencia o prevalencia, consecuencias sociales y sanitarias, precisan revisión y actualización de conceptos o, incluso, de comportamientos sanitarios.

Por este motivo la SEMG ha puesto en marcha dispositivos de Formación Continuada que procuran en todo momento constituir una respuesta a lo percibido desde la Institución como las necesidades y los intereses de los compañeros de profesión en materia de actualización de conocimientos y habilidades.

6.5.2. La Escuela Española de Medicina General (EEMG)

Fue creada en 1993 y tiene dos claros componentes:

(.) El primero conceptual y de principios, constituido por las actividades formativas y de actualización científico-profesional que realiza la SEMG por cualquiera de sus Secciones o Grupos de Trabajo, bien de forma esporádica o continuada. En suma, es una manera de entender y organizar el método, los recursos, el tiempo y las áreas de interés que los MG deben dedicar a su actualización y formación continuada.

(.) El segundo físico, formado por los recursos materiales de la SEMG, necesarios para hacerla funcionar. La EEMG tiene su ubicación permanente en Madrid, donde se coordinan y realizan las actividades formativas mencionadas. Las mismas son descentralizadas a los distintos puntos de la geografía española cuando las circunstancias lo permiten.

Es, por tanto, la oferta docente de la SEMG, constituida por conceptos, programas, metodología, recursos físicos, colaboraciones y reconocimientos externos.

La Dirección de la EEMG corre a cargo de la Comisión Permanente de la SEMG; la cabeza visible y la encarnación de tal Dirección recae en la persona de su Presidente.

Se ha establecido una Dirección Adjunta, encargada de la coordinación de toda la actividad formativa de la EEMG. Se ocupa de la difusión y publicidad de la labor de la EEMG, de proveer los medios materiales para las actividades y de remitir la información necesaria a los interesados en cada una de ellas.

Existe, además, un Consejo Rector formado por los Responsables de las

Secciones y los Grupos de Trabajo de la SEMG, cuya misión es la promoción y organización de las actividades docentes, tanto las centralizadas en su sede de Madrid como las itinerantes por las diferentes provincias españolas. Este Consejo Rector se encuentra apoyado, a su vez, por los Responsables Autonómicos de cada una de las Secciones y de los Grupos de Trabajo.

CORRESPONDENCIA E INFORMACIÓN:

Escuela Española de Medicina General

C/ Goya 99 - escalera A - 3ª izda.

28009 - MADRID

Teléfono: 91 / 435 86 59

Fax: 91 / 577 61 53

Horario: de 9,30 a 13,30 y de 16,30 a 20,30 horas.

6.5.3. Las Secciones y los Grupos de Trabajo

Habitualmente cada Sección o grupo de trabajo tiene diseñado un curso formativo con los contenidos y habilidades que se consideran suficientes en esa área del conocimiento para el MG. Los cursos incluyen una Monografía específica y un número de horas lectivas.

Todos los cursos de la SEMG cuentan con un sistema de evaluación que tiene dos partes, ambas anónimas. Mediante la primera, y con un test de entrada y otro de salida, se pretende medir las diferencias provocadas en el nivel de conocimientos de los asistentes al mismo. Con la segunda, conocer la valoración individual que los asistentes hacen de todos los apartados del curso: contenidos, duración, docentes... Con los resultados obtenidos y tras estudio y discusión se introducen los cambios necesarios.

a) Sección de Ecografía

En 1991 la SEMG realizó el primer curso de Ecografía Abdominal para MG en el que participaron 30 profesionales. Inmediatamente constituyó en su seno una Sección de Ecografía por decisión unánime de todos los alumnos, que intuían que "aquello" era algo muy grande y fundamental para la Medicina General. Posteriormente, decidió formar parte con otras Sociedades y profesionales de la Sociedad Española de Ecografía (SEECO). Desde entonces viene realizando una oferta docente compuesta de cursos, jornadas, seminarios y talleres, con una evaluación y resultados excelentes, de la que se han beneficiado, además, otros profesionales médicos y veterinarios. Desde 1991 se han desarrollado numerosos cursos residenciales en Madrid de 125 horas lectivas (60 horas de teoría y vídeo y 65 prácticas).

La SEMG apuesta por la Ecografía como técnica de apoyo sistemático al diagnóstico en Medicina General. También pretende estimular su divulgación entre los médicos que, sin realizar la técnica, tienen necesidad de comprender su lenguaje, indicaciones, limitaciones y, en definitiva, la utilidad en su quehacer cotidiano. Todo ello, sin duda, redundará en un incremento de la oferta de cuidados a la población y del nivel de competencia profesional. En definitiva, contribuirá a cumplir las aspiraciones de desarrollo y progreso profesional.

Acceder a la imagen en tiempo real, la gran variedad de transductores en cuanto a forma, tamaños y frecuencias para aplicaciones externas o transcavitarias, la aplicación simultánea del doppler, las aplicaciones en el campo musculoesquelético, la dirección de punciones y toma de muestras para biopsia y drenajes controlados... Todo esto ha

permitido desarrollar y adaptar progresivamente la ecografía a las necesidades de la profesión, de la que, desde luego, no podía quedar excluida la Medicina General. Podemos afirmar, con escaso margen de error, que en breve será difícil imaginar una especialidad clínica que, en su sistemática diaria y adecuada a sus necesidades, no haya introducido la ecografía. Buena prueba de ello es la creación, a partir de esta Sección, de una línea investigación pionera consistente en la realización de necropsias dirigidas por ecografía (ecopsias).

La sofisticación progresiva de los equipos y el crecimiento vertical de la ecografía debe ir acompañado de un crecimiento horizontal con la introducción del ecógrafo en la práctica diaria de cualquier profesional médico que pueda beneficiarse de ella. No se trata de una prueba complementaria; más bien debe ser considerada como un segundo fonendoscopio. No es aventurado asegurar que en el futuro formará parte de la rutina de exploración habitual. Su empleo es inocuo y la relación costo/eficacia ha progresado extraordinariamente. Su utilidad y aplicabilidad sólo está condicionada por el conocimiento implícito a su utilización y por las voluntades interesadas de *algunos* en su introducción y aprovechamiento socio-sanitario y profesional.

Es una técnica muy ajustada al modelo de ejercicio del MG. Permite ser utilizada en la atención y cuidados personales primarios y continuados, a individuos, familias y a una población de edad, sexo y enfermedad inespecíficos. Puede ser empleada en la consulta, a domicilio y en urgencias. Con ella, la aspiración de diagnosticar rápidamente es extraordinariamente potenciada. Permite y ayuda a tomar una decisión inicial en buena parte de los problemas que se presentan a diario: cuadros con afectación de cualquier órgano abdominal, patología muscular y tendinosa, testículo, tiroides, corazón, grandes vasos, así como la exploración sistemática de los mismos. Ayuda en el seguimiento y control del estado de pacientes con enfermedades crónicas, reproducidas o terminales.

El contacto prolongado con el paciente supone que el MG podrá usar de repetidas exploraciones y oportunidades para conseguir información según la necesidad de cada uno; llegará a establecer una frecuencia en la exploración ecográfica que aprovechará profesionalmente.

Facilita la discusión, estudio y revisión de casos en colaboración con otros profesionales y con el apoyo de otros medios diagnósticos. Permite, con facilidad y con mínimo esfuerzo, la revisión, el estudio y la discusión repetida y a distancia. En consecuencia, es un excelente mecanismo que facilita la formación continuada.

Permite la aproximación tecnológica al paciente fuera del hospital. Es, en suma, una razón de progreso para zonas aisladas como las rurales, pues disminuye las desigualdades actuales en el acceso a los servicios.

Puede constituir un derecho constitucional, por cuanto es preciso aproximar a toda la población los medios de diagnóstico adecuados a los tiempos y en igualdad de condiciones, algo que hoy es posible hacer con la ecografía.

Es una necesidad para los profesionales sanitarios, especialmente del medio rural, porque la ecografía, además de lo mencionado, puede actuar como elemento integrador y dinamizador: motiva e incentiva las actividades y permite el seguimiento del paciente.

b) Programa "HIPÓCRATES"

Son imprevisibles las consecuencias derivadas del impacto que producirá la incorporación de las tecnologías de la información y de la comunicación sobre el Sistema Sanitario. Provocarán modificaciones profundas del enfoque tradicional sobre la planificación estratégica y la estructura organizadora y originarán cambios considerables en las fórmulas de interrelación dentro del Sistema Sanitario. Reducirán considerablemente las

distancias y efectos marginadores de factores geográficos y demográficos, que facilitarán la integración de zonas rurales a una oferta de servicios cada día más accesible y equitativa. Estos tendrán efectos revitalizadores sobre la economía rural.

La tecnología informática permite una oferta asistencial cualitativamente superior, al permitir disponer con facilidad, continua y permanentemente, de toda la información clínica del paciente e incorporar ayudas tanto a la decisión diagnóstica como terapéutica. La atención a urgencias en buena medida se realiza sin la información generada por la historia clínica previa del paciente; éste es un perfecto desconocido para el médico que le atiende salvo que coincida en su médico de cabecera. Es imprescindible adecuar la historia clínica a los requerimientos actuales y garantizar su utilidad y comprensión universal.

La investigación en AP se viene haciendo sobre registros complementarios tomados con estos fines, que suponen una sobrecarga de las funciones habituales y están sometidos a distorsión por tratarse de una manipulación de la información con fines específicos. Estos registros manuales son un mal menor, pero no son deseables.

La gran dispersión de población y profesionales en AP hace que todo proceso de obtención de datos de su actividad sea enormemente complejo y difícil. Los profesionales de AP siguen unos métodos de registro de sus actividades asistenciales dispares, sin interconexión utilizable y con grandes diferencias individuales en sus formas. Esta dispersión y actividad no reglada convierte en poco fiable y costosa la obtención de indicadores y datos relevantes de la asistencia prestada, tanto clínicos como epidemiológicos.

La Historia Clínica es base fundamental de la Formación Continuada del MG. Es preciso adecuarla y garantizar su utilidad y comprensión universal. En función de lo expuesto, la utilización por parte de la Medicina General de instrumentos de trabajo con soporte informático es algo necesario e inevitable. Es precisa la universalización de métodos y equipos para garantizar la recogida, ordenación y análisis de la información generada por la AP.

Con las premisas anteriores la SEMG definió unas condiciones y principios fundamentales que debería cumplir una aplicación informática a utilizar en AP. Inmediatamente se diseñó y desarrolló un primer prototipo del Programa "HIPÓCRATES", en 1989. En 1990 se instaló en prueba para su utilización en tiempo real sobre la totalidad de actividad generada por un cupo asistencial.

Se marcaron los siguientes objetivos generales para el sistema:

(.) Incrementar la calidad de la asistencia sanitaria con una optimización de los recursos disponibles.

(.) Aumentar el conocimiento de la salud de la población y profundizar en los factores que condicionan la misma y la calidad de vida de los ciudadanos.

(.) Avanzar en el estudio de la historia natural de las enfermedades de mayor repercusión en la morbilidad generada en AP con el fin de conocer mejor los factores que los determinan, de manera que ayuden a su diagnóstico precoz y prevención.

(.) Promover el empleo de criterios de eficiencia y calidad.

Se creó, así, un sistema de información en tiempo real, orientado a usuarios y profesionales, que incluye información periódica sobre actividades y resultados del proceso asistencial. Es abierto y totalmente compatible, adaptado constantemente a los requerimientos asistenciales definidos por la atención primaria, sin disciplinas ni servidumbres no sentidas por los profesionales.

El programa permite disponer de un listado de indicadores básicos que facilite la evaluación permanente del estado de salud de la población atendida. Constituye una estructura estable para la evaluación de cualquier programa de actuación en AP. Además, normaliza comportamientos y unifica criterios de actuación profesional.

Mejora las condiciones individuales del ejercicio profesional del participante, pues ofrece acceso a sus propios datos de forma rápida y organizada. De esta manera se incorpora a un equipo de trabajo con profesionales fuera de su entorno.

El Programa "HIPÓCRATES", en sus versiones de 1994 y 1995, se ha entregado gratuitamente a todos los médicos que lo han deseado. Para su difusión, se realizaron por toda la geografía española reuniones de presentación, uso y manejo del mismo. Al final de cada reunión se entregó a los asistentes una copia de la última versión del programa y una nueva edición de su manual de uso.

c) Sección de Investigación: "Proyecto HIPÓCRATES"

La utilización por gran número de MG del Programa "HIPÓCRATES" como herramienta de uso cotidiano en tiempo real en consulta ha llevado a la SEMG a organizar un grupo de investigación, el denominado "Proyecto HIPÓCRATES".

El grupo está constituido por médicos investigadores que utilizan diariamente el Programa "HIPÓCRATES" en consulta, distribuidos por toda la geografía nacional. Se hallan incardinados en redes autonómicas que conforman entre sí un grupo de trabajo de carácter estatal. Sus miembros lo son por decisión propia. Desde el momento de su adscripción al grupo adquieren una serie de derechos y deberes, entre los que cabe destacar el compromiso de respetar unas ciertas pautas de registro comunes a todos los grupos autonómicos de trabajo. De este modo, proporcionan los elementos necesarios para la configuración de una gran base de datos de carácter estatal. Su objetivo final es constituirse en un elemento de incalculable valor a la hora de la oportuna planificación, diseño y realización de estudios científicos en Medicina General, tanto prospectivos como retrospectivos; en un futuro próximo deberá ser el punto de referencia obligado de cualquier trabajo riguroso. De hecho, en este momento supone la mayor base de datos de Medicina General de toda Europa; a medio plazo puede serlo a nivel mundial.

Uno de los grandes desafíos actuales de la SEMG se centra en encontrar la fórmula que permita al mayor número de MG posible incorporarse con ilusión y facilidades al "Proyecto HIPÓCRATES". No obstante, resulta incomprensible que las Administraciones Sanitarias permanezcan aún de espaldas al mismo.

d) Medicina General y Cáncer

El Registro sobre Incidencia y Mortalidad en Cáncer (RIMCAN) se desarrolla dentro del ámbito de la Medicina General. Se basa en la declaración de los casos nuevos de cáncer (incidencia) y en la de fallecimientos de pacientes oncológicos (mortalidad) asignados a los médicos participantes.

Se inició en 1991 con la participación de 450 MG de toda España, especialmente de Castilla y León y del medio rural. En este registro se recogen aspectos básicos de los pacientes con cáncer desde el punto de vista y el interés del MG, como son:

- .() La distribución de los distintos tipos de tumores por sexo, edad y localización.
- .() Los tiempos de demora en el diagnóstico y tratamiento.
- .() La sintomatología inicial y la forma de diagnóstico.
- .() El lugar de fallecimiento.
- .() La sintomatología final y su grado de control.
- .() El tratamiento farmacológico previo al fallecimiento.
- .() La calidad de la atención y la necesidad de cuidados en la fase

terminal.

Desde 1992 se realizan "Cursos de Cáncer para MG". Dichos cursos, que cuentan con el reconocimiento de "Interés Sanitario" del Ministerio de Sanidad y Consumo, están patrocinados por el Programa de "Europa contra el Cáncer" de la Comisión Europea.

e) Guías de Ayuda a la decisión clínico-terapéutica

El pasado 21 de Julio de 1995, los representantes de las Sociedades Científicas de Primaria presentaron en el Ministerio de Sanidad y Consumo, ante el Pleno de la Comisión Nacional de Uso Racional del Medicamento, los trabajos encargados por la Secretaría de Salud y la Dirección General de Farmacia a las respectivas Sociedades.

El trabajo de nuestra Sociedad tenía dos vertientes: por un lado, la confección de unas "guías o recomendaciones de buena práctica" para enfermedades muy prevalentes (HTA, IRA, dislipidemia y artrosis/osteoporosis); por otro lado, unas hojas de información destinadas a los pacientes con estas patologías, a las que se añadieron otras, como la diarrea y el estreñimiento, por su gran frecuencia.

Las hojas para los pacientes tratan de facilitar la labor educativa del médico. Contienen unos conocimientos básicos y unas instrucciones sencillas, escritas en lenguaje coloquial, para una más fácil comprensión. Hacen especial hincapié en normas básicas de higiene y autocuidados y en cuándo acudir al médico.

Las recomendaciones para los profesionales pretenden sentar la doctrina básica para el manejo de las antedichas enfermedades junto con criterios de derivación a otros niveles.

f) Habilidades en Cardiología

La SEMG es consciente de las dificultades con que frecuentemente se encuentran los MG para el manejo de los pacientes cardiopatas, especialmente en relación con las urgencias cardiológicas. Debido a la especial gravedad de estas enfermedades y a la multitud de avances de la terapéutica en este campo, está ultimando la realización de un programa de formación destinado a MG, del que en breve se podrá ampliar información.

Básicamente se pretende reproducir la presentación de las enfermedades más frecuentes en este tipo de pacientes, tal como aparecen en la clínica general, y llegar a un diagnóstico sindrómico que llevará aparejada una decisión terapéutica y, en ocasiones, la derivación al especialista; todo ello sobre la base de la anamnesis, la exploración y el apoyo del ECG.

Tras la elaboración de un manual básico, se desarrollarán unos cursos sobre el tema, que tendrán lugar en diferentes localidades. Se ofrecerá a los participantes la posibilidad de colaborar en un proyecto de investigación a medio plazo sobre daño cardiaco.

g) Habilidades en Salud Mental

Es fundamental para la SEMG trabajar de forma continuada por mejorar el marco relacional de la Medicina General no sólo con el paciente, sino también con la familia y con la comunidad a la que atiende. Para ello es necesario conocer todos los elementos que le dan forma y lo condicionan.

La asistencia psiquiátrica en nuestro país tiene graves y profundas lagunas cuando no rupturas en la continuidad del cuidado. Precisamente en un área donde los problemas se cronifican con facilidad y acaban condicionando permanentemente la vida

del individuo y de su familia. La atención a la Salud Mental ocasiona, junto con la atención a la Salud Bucodental, los mayores déficits de equidad e igualdad efectiva de los españoles ante la Salud.

Por otra parte, los problemas relacionados con la Salud Mental ocasionan buena parte del sufrimiento de nuestra sociedad y buena parte del gasto sanitario; bien directamente, bien indirectamente en forma de horas laborales perdidas o ineficaces, atenciones diagnósticas y terapias innecesarias, agresividad, destrucción del entorno...

Es preciso acabar con el planteamiento de que un enfermo mental sólo puede ser bien tratado en el entorno especializado, porque es falso y, en todo caso, insuficiente. La enfermedad y el enfermo mental suelen ser procesos crónicos con efectos y componentes sociales, cuyos cuidados siempre precisan la participación efectiva del médico de cabecera.

Los MG podemos ayudar a la población a superar sus miedos y angustias así como a mantener al individuo con un buen nivel de autonomía el mayor tiempo posible, con lo que se disminuye y retrasa su dependencia y deterioro y los de su comunidad.

Todo profesional puede vivir situaciones límite con los enfermos mentales. El componente médico-legal de las mismas es una dificultad añadida, donde se combinan dejación, abandono, modas, insensibilidad y descoordinación.

A pesar de todo, la Salud Mental no es área de especial interés: desde aquí volvemos a proponer programas de actuación específicos en atención primaria, cuya ausencia obliga a reflexionar sobre las razones de un abandono tan evidente. Depresión, ansiedad, angustia, alcoholismo, drogodependencias... No parecen tener la importancia debida para nuestro SNS, salvo cuando forman parte de los grandes enunciados propagandísticos.

Por todo lo anterior en la SEMG se consideró prioritaria el área de la Salud Mental y sus problemas nosológicos, tal y como se manifiestan en primera instancia, tal y como se acercan por primera vez al Sistema Sanitario, así como la realización de actividades formativas específicas en esta materia.

Se constituyó un grupo de trabajo dedicado al estudio del programa de Salud Mental de la SEMG, cuya primera actividad fue el diseño y la realización de un Curso de Habilidades en Salud Mental para MG. Este grupo, formado por cuatro MG y cuatro psiquiatras de reconocida capacidad docente, que conocen nuestro ejercicio cuando no han tenido experiencia profesional en el mismo, elaboró una monografía específica donde se recogen y revisan las patologías psiquiátricas más frecuentes en la consulta del MG y se hace especial hincapié en ofrecer lo que en la práctica se considera que pueden ser las habilidades necesarias para un MG en esta área de la profesión.

Los cursos se han impartido en la práctica totalidad de las provincias españolas desde el mes de Noviembre de 1993 y a lo largo de los años 1994, 1995 y 1996; en el momento actual está prevista su continuidad. Cuentan con la declaración de "Interés Sanitario" por parte del Ministerio de Sanidad y el reconocimiento de "Interés Científico-Profesional" por la Organización Médica Colegial.

Cada curso incluye 12 horas lectivas en las que se expone lo más relevante de los contenidos del libro, que es entregado al final a los asistentes. Fomenta el debate profesional en torno a la actuación del MG en su comunidad en lo referente al área de Salud Mental.

Gracias a la experiencia acumulada en estos años de rodaje y a la crítica constructiva y franca de los compañeros, ha sido posible que el libro de Habilidades en Salud Mental para Médicos Generales, de gran aceptación y uso, haya visto su segunda edición en Marzo de 1996. Es un libro singular y atípico, que, lejos de dogmatismos inútiles, ha logrado llevar a los MG al interés y estudio crítico de los problemas de Salud Mental de la

sociedad de nuestros días.

h) Habilidades en Patología Prostática

Nació a finales de 1995 con el ánimo de poner en manos del MG una serie de criterios suficientes para manejar a estos enfermos, que, por su número y tipo de patología, son y serán cotidianos en las consultas diarias.

La Patología Prostática en nuestro medio es un importante problema de salud por:

- . Su alta prevalencia.
- . La población susceptible de padecer este tipo de patología es cada vez mayor, debido a que cada vez aumenta más la esperanza de vida y es previsible que, en un futuro, la población de varones mayores de 50 años aumente de forma considerable.
- . El alto consumo de recursos sanitarios que este tipo de patología ocasiona.
- . El desconocimiento que de él tiene parte de la población e incluso muchos médicos que no conceden la debida importancia a estas patologías en fases precoces de la enfermedad.

Tan importante problema de salud en la población debe llevarnos a conocer en profundidad suficiente el manejo de estos enfermos para poder contribuir a mejorar su calidad de vida.

Sabemos que la Próstata es una gran desconocida para un amplio número de MG; su tratamiento se ha dejado casi en exclusiva en manos de los Urólogos. Sin embargo, el mejor conocimiento y la profundización en el estudio de esta patología llevará consigo una mayor implicación del MG en el manejo de este tipo de enfermos; su mejor diagnóstico, tratamiento y correcta derivación al nivel especializado aliviarán de forma considerable la sobrecarga del sistema y contribuirán a la racionalización en el consumo de recursos sanitarios.

A la vez que intentamos una puesta al día en este tema, pretendemos acercar al médico de AP al conocimiento de nuevas técnicas de exploración y diagnóstico, como la Ecografía.

Para conseguir estos objetivos se elaboró una monografía titulada "Habilidades en Patología Prostática" y se realizarán cursos de formación en diferentes provincias.

i) Habilidades en Hepatología

Este grupo se fundó a finales de 1995. Sus componentes están convencidos de que son necesarios unos conocimientos básicos de las enfermedades del hígado, cuya frecuencia es elevada.

El primero de sus objetivos fue divulgar conocimientos teóricos de las hepatopatías más prevalentes en el ejercicio de la Medicina General. Para ello, la SEMG organizó sendas mesas redondas sobre Hepatología en sus dos últimos Congresos Nacionales.

Posteriormente el grupo ha organizado dos cursos denominados "Habilidades en Hepatología para el médico de Atención Primaria". En ellos se ha tratado de trasladar a los participantes unos conocimientos generales y unas pautas racionales de conducta hacia el enfermo con una hepatopatía, siempre desde un punto de vista eminentemente práctico. En un futuro próximo estos cursos formarán parte de la oferta docente de la Escuela

Española de Medicina General en toda la geografía nacional.

Paralelamente se ha elaborado un material didáctico conformado por los temas expuestos en los cursos, editado en forma de esquemas que faciliten su lectura rápida.

Tanto los cursos como las unidades didácticas serán actualizadas progresivamente.

En una fase posterior, mediante la utilización del Programa "HIPÓCRATES", se pretende iniciar un estudio epidemiológico sobre las hepatopatías en las consultas de Medicina General. Ello incluirá, además, contactar con asociaciones y organismos nacionales y autonómicos relacionados con la hepatología.

j) Actividad física y Medicina General

La actividad física es consustancial al ser humano. Su relación con la salud está hoy en día fuera de toda duda. La importancia adquirida en la sociedad ha protagonizado en los últimos años el incremento de todo tipo de consultas médicas relacionadas, de una u otra manera, con el ejercicio físico. Por todo ello, la SEMG ha considerado de vital importancia estudiar en profundidad las connotaciones de la actividad física en el ámbito de la Medicina General.

Este grupo de trabajo se ha marcado, por tanto, los siguientes objetivos:

(.) Impulsar el consejo médico deportivo en Medicina General mediante la adecuada realización de los reconocimientos médicos con fines deportivos.

(.) Favorecer la práctica de actividad física como agente de prevención de factores de riesgo cardiovascular, de promoción de salud en pacientes geriátricos y de terapia en patologías degenerativas del aparato locomotor y en las relacionadas con disfunciones del crecimiento.

(.) Facilitar a los MG el conocimiento de todo lo relativo al ejercicio físico y a las técnicas de fisioterapia y rehabilitación en Atención Primaria a través de actividades de formación continuada y publicaciones.

. Elaborar una Guía orientadora sobre actividad física en Medicina General.

(.) Establecer relaciones con organizaciones de Medicina Deportiva y Sociedades Científicas interesadas en el ejercicio físico.

k) Informática y Medicina General

Conscientes de la importancia que las nuevas tecnologías suponen en el desarrollo del ejercicio profesional del MG, la SEMG ha diseñado cursos de formación en informática, específicos para MG, que han comenzado a impartirse a comienzos de marzo de 1996.

Se pretende con ello que, mediante la realización de cursos de 20 horas de duración, diseñados y realizados por y para MG, el profesional de la Medicina sea autosuficiente en la utilización de las herramientas informáticas más habituales en su ejercicio cotidiano.

Su programa incluye desde los conocimientos básicos del *hardware* hasta los programas de *software* más comúnmente utilizados, elementos que todo MG debiera conocer por la ayuda que representan a la hora de la realización de estudios clínicos y epidemiológicos de sus propias bases de datos. Comprende tanto el aprendizaje de

sistemas operativos, entorno *Windows*, tratamientos de texto y manejo de bases de datos, como la iniciación a los sistemas más sofisticados de reciente implantación (telecomunicaciones, correo electrónico...).

La SEMG facilita de este modo al MG un instrumento más, hoy optativo pero a no tardar imprescindible, para un correcto desarrollo de su labor científica y asistencial; desdramatiza y propicia, a la vez, el cambio de mentalidad necesario en muchos médicos, que, acostumbrados a los registros tradicionales, se ven angustiados y desbordados por la introducción de la informática en sus consultorios.

Su acogida entre los MG, que no ha podido ser más favorable, asegura su continuidad.

l) Estudio de "Deterioro Clínico en Hipertensión Arterial"

A partir de las posibilidades ofrecidas por el Programa "HIPÓCRATES", este estudio trata de recoger la experiencia de los MG en relación con una enfermedad de gran prevalencia como la Hipertensión Arterial, provocadora de un deterioro clínico importante.

Se ha desarrollado un programa de trabajo en el que intervienen alrededor de 100 MG de toda España, que mantienen el seguimiento de unos 2.000 pacientes durante 3 años. Se trata de establecer el grado de prevención y control sobre el deterioro clínico producido en los hipertensos con el uso de un fármaco de la familia de los IECA.

m) Control y Garantía de Calidad

La evaluación y el Control de Calidad (CC) de las prestaciones y de los Servicios Sanitarios despierta cada vez mayor interés en los países desarrollados.

Todo el mundo habla de CALIDAD y el término se convierte en la estrella del fin de siglo. En todos los Sistemas Sanitarios los estamentos implicados (población, administración y profesionales) están de acuerdo en que hay que mejorar la Calidad. Sin embargo, no siempre se está dispuesto a aceptar los compromisos que ello conlleva; cada uno de dichos estamentos considera una u otra de las múltiples dimensiones de la Calidad Asistencial (CA) como la fundamental.

Cuando un colectivo profesional quiere abordar actividades de Garantía Calidad (GC) debe enfrentarse, al menos, a los siguientes problemas:

- . La información disponible.
- . La motivación de sus profesionales.
- . El compromiso de los gestores.
- . La metodología empleada.

Hay que comprender y hacer comprender que el establecimiento de programas de GC no pretende poner de manifiesto las deficiencias existentes, ni siquiera proponer soluciones a los problemas detectados. Su finalidad es llegar a producir los cambios apropiados que mejoren la calidad de la atención prestada.

Entendemos que los registros conseguidos tras grandes esfuerzos de recogida de datos y a un coste considerable deben utilizarse para la planificación y la mejora, no para figurar en gruesos volúmenes mientras la planificación sigue su inercia subjetiva habitual.

La Administración ha de sentirse responsable de la Calidad y al tiempo saber que ésta la *fabrican* los profesionales. Deben abandonarse las tentaciones de culpabili-

zar y penalizar. Cuando los profesionales perciben las supuestas medidas de CC como amenazantes, los números se convierten en poco fiables inmediatamente.

La SEMG quiere hacer de la GC un tema prioritario. Para ello pretende promover actividades encaminadas a garantizar prestaciones profesionales óptimas con el mínimo riesgo para los pacientes, teniendo en cuenta los recursos disponibles, para así lograr la adhesión del usuario. Promoverá, igualmente, la implicación de los profesionales, convencida de que nuestro rol en el futuro del sistema sanitario vendrá determinado en parte por nuestra capacidad de influir en su desarrollo. Los profesionales deben plantear alternativas y tomar el papel de protagonistas en los esfuerzos de mejora de la eficiencia y de la Calidad de su trabajo.

Por último, debemos hablar de la metodología empleada. Si bien la GC comienza siendo una actitud y una filosofía, debe terminar por ser un sistema elaborado. La SEMG pretende crear una Comisión Asesora de GC que, teniendo en cuenta los puntos comentados anteriormente, facilite a los profesionales:

- . La comprensión y análisis crítico de los conceptos y métodos relacionados con la evaluación de la calidad en la práctica de la Medicina General.
- . Identificar el proceso más adecuado para el desarrollo de programas de evaluación y control de la CA aplicables al contexto de los participantes.
- . Desarrollar proyectos de evaluación y control de la CA que sirvan a los profesionales para entender las limitaciones prácticas que impone el Sistema, la manera de actuar contando con ellos y la necesidad de plantear alternativas.

n) Grupos de Trabajo en proyecto

- . Estudio "OKA", sobre manejo de patología dispéptica relacionada con la infección por *Helicobacter pylori* desde la consulta del MG.
- . Estudio "La salud de nuestros pueblos".
- . Técnicas y Procedimientos en Medicina General.
- . Habilidades en Dermatología.
- . Habilidades en Alergia.
- . Habilidades en Reumatología.

6.5.4. La Revista "MEDICINA GENERAL"

Una parte importante del proyecto es la puesta en marcha de una publicación periódica que sea capaz de difundir la interpretación que la SEMG hace de lo que es y debería ser la Atención Primaria de Salud y, en general, el Sistema Sanitario; y ello desde el punto de vista científico, profesional y, por qué no, filosófico.

El principal objetivo de la revista "MEDICINA GENERAL" es ser nexo de comunicación, punto de intercambio de ideas y experiencias, vehículo de formación continuada entre los que ejercen como médicos generales, sean o no socios de la SEMG.

"MEDICINA GENERAL", por tanto, está destinada a ser el órgano de expresión de la SEMG, el escaparate de toda su actividad investigadora, formativa e institucional. Su pretensión es transmitir una cierta manera de entender la profesión, que no es nueva, sino sólo olvidada; hacer énfasis en lo que de atención integral a la persona tiene nuestro trabajo; en resumen, llenar un espacio de interés no cubierto por las publicaciones médicas existentes.

"MEDICINA GENERAL" está diseñada en forma de secciones fijas, entre las que se encuentran las dedicadas a presentar trabajos de investigación originales y Revisiones

sobre temas fundamentales en el ejercicio cotidiano, así como las destinadas a hacer público el quehacer de los Grupos de Trabajo que actualmente funcionan en la SEMG. Junto a ellas, apartados en los que se revisa la historia reciente de la Medicina General en España, o bien se analizan y aportan soluciones a los problemas de nuestro Sistema Sanitario, o bien se divulgan noticias y actividades promovidas por la SEMG. Se incluyen permanentemente Casos Clínicos cuya decisión diagnóstica y terapéutica se haya apoyado en la exploración mediante Ecografía. Igualmente, existe un Caso Clínico problema en cuya solución se invita a participar a los lectores. Por último, aparece también una sección destinada al Tiempo de Ocio.

Lo verdaderamente original de "MEDICINA GENERAL" reside en que todos, de alguna forma, podamos estar en cualquier momento a un lado u otro de la barrera virtual que supone una publicación escrita: la que separa a los lectores de los que colaboran a llenarla de contenidos.

6.5.5. Los Congresos

En 1994 se creó la Federación de Sociedades de Medicina General, compuesta por la SEMG y la SEMERGEN. Junto con las Vocalías de la Organización Médica Colegial representantes de Médicos Titulares, Médicos Rurales y Medicina Extrahospitalaria, organizó y celebró el I Congreso de la Medicina General Española en Sevilla. Barcelona y La Coruña han sido las sedes siguientes.

Los objetivos generales de estos Congresos quedan perfectamente reflejados en lo que se recoge en el Programa del III Congreso de la Medicina General Española:

(.) Potenciar y consolidar la estructura y el marco de un "Congreso de la Medicina General Española" que sea el referente de las legítimas aspiraciones de las Entidades organizadoras y el aglutinador de todos los MG de este país.

(.) Facilitar la comunicación e intercambio entre los profesionales de los diversos niveles de asistencia, como compromiso "humanístico" y complemento esencial de la parcela puramente científica.

(.) Propiciar vías de confluencia efectivas entre los diversos planteamientos de los profesionales del sector, con un enfoque solidario, digno, lógico y no discriminatorio.

(.) Abordar con criterios de calidad y rigor formativo los temas científicos y profesionales que componen los contenidos argumentales de cada Congreso.

(.) Transmitir a las Administraciones Sanitarias Central y Autonómicas, a los propios médicos y a la población en general, los planteamientos finales y conclusiones derivadas de la actividad congresual.

7. CONCLUSIONES

. El SNS está condicionado por nuevas formas de enfermar, por el envejecimiento de la población y por una Medicina donde manda la alta tecnología y las decisiones políticas. La Medicina burocratizada y despersonalizada plantea muchos conflictos al médico. De todo ello resulta un modelo sanitario inadecuado a los tiempos que corren y a lo demandado por la población y la profesión.

. Existe una inclinación a desprestigiar la Medicina General por la falta de evidencia de la relación causa-efecto en la mayoría de sus actos. Ante la presencia y diagnóstico de un problema de salud, el MG toma medidas a nivel individual y colectivo para evitar su extensión, desarrollo y consecuencias indeseables y evitables. Esto no es tangible ni medible, porque lo que se evita no existe aún. Nuestros responsables político-administrativos son reticentes a emplear recursos en acciones preventivas y de promoción de la salud cuyos resultados no son evidentes a corto plazo.

. La atención a los mayores de 65 años plantea graves problemas médicos, sanitarios y familiares, además de conflictos con la distribución de recursos. Es un problema social y sanitario de primera magnitud que aumenta progresivamente. La oferta asistencial y sanitaria actual es insuficiente; debe cambiarse, al igual que la actitud de los profesionales y la sociedad.

. Los criterios para tratar los problemas médicos de la vejez no pueden ser aplicados como si se tratara de un grupo homogéneo. Es preciso realizar una valoración individualizada de cada caso y adoptar las medidas adecuadas al mismo. Requiere una valoración integral permanente del viejo y de su entorno.

. La Administración Sanitaria debe decidir qué servicios, recursos diagnósticos y terapéuticos financia en relación a su eficacia y costo.

. Es preciso que los MG sean conscientes de la trascendencia de sus decisiones para la economía nacional y para la salud de sus pacientes. Que un médico racionalice su prescripción y decisiones diagnósticas y terapéuticas es necesario y éticamente obligatorio.

. El medicamento no es sólo un bien de consumo que haya que limitar a efectos contables. Es un factor intermedio que, utilizado de manera adecuada, al final produce salud. A la hora de prescribir, el médico debe entender de los medicamentos más beneficiosos para su paciente y, dentro de los mismos, de aquéllos con menor costo.

. La Medicina General precisa de una atención cuidadosa en materia de actualización y puesta al día de conocimientos. Es necesario crear mecanismos para garantizar el mantenimiento de los conocimientos y habilidades del MG y permitir, a la vez, la incorporación de otros nuevos en una adaptación constante y precisa a los requerimientos socio-sanitarios y a los avances tecnológicos.

. El médico no puede contravenir las obligaciones contraídas con su paciente; menos aún sus obligaciones éticas cuando, como consecuencia de la información a él confiada, pueda derivarse perjuicio o discriminación para su paciente. Está obligado, aun en el caso de que su paciente goce de buena salud, a informarle sobre los riesgos conocidos que para la misma puede suponer la realización de una actividad.

. Actualmente, la Medicina General no tiene tradición directiva y es insuficiente la organizativa.

. De nada valen modelos impuestos, pretendidamente perfectos, si son extraños, si no parten del nivel general útil de comportamiento del MG, si no han sido diseñados cambiando los determinantes básicos del mismo, en un proceso a medio y largo plazo constante, que la Medicina General debe asumir como propio por ser ella su protagonista.

. La relación entre el estado de salud del hombre y el medio ambiente y la comunidad donde vive obliga a integrar la Prevención Primaria y la vigilancia epidemiológica en el primer nivel de atención y cuidados, y a coordinarla de forma íntima y oportuna con el resto de cometidos y funciones del mismo.

. El MG es un profesional liberal que puede o no trabajar en el Sistema Público y, en consecuencia, debe estar preparado, en primer lugar, para satisfacer las necesidades del paciente;

en segundo lugar, para responder a lo que la sociedad espera de él; por último, deberá ajustar sus condiciones de servicio a los requerimientos del Sistema Público en el caso de que tenga que servirle.

. El paciente necesita del seguimiento continuado de un médico de confianza, libremente elegido, que, con independencia de las actuaciones que en materia de salud requiera de otros profesionales, le garantice una continuidad de la atención en el tiempo y una visión global e integradora que no puede verse interrumpida ni siquiera a las puertas de un hospital. El MG debe ser asesor y guía de sus pacientes; les evitará excesos de otros profesionales y del propio Sistema; hará lo posible para que la vida del ciudadano no pivote sobre los profesionales sanitarios y las intervenciones del propio Sistema, sino al revés.

. Habitualmente, la población considera a su médico como el asesor por excelencia, y no sólo en temas de salud. Espera de él que le resuelva o que adopte las medidas necesarias para ayudarle a resolver sus problemas sanitarios e incluso sociales.

. El medio rural sobrevive en buena parte por una actitud paternalista, que no inversora, de la sociedad actual. Se ponen en práctica medidas parciales y coyunturales; se desvían los problemas y no se proponen soluciones que respondan a un diseño de futuro. Sin pretender ofrecer soluciones mágicas, el MG está obligado a plantear las controversias sobre las cuestiones sociales y medioambientales que condicionan la salud y la enfermedad.

. Los ideales profesionales no son posicionamientos políticos, ni religiosos, ni adscritos a dogma alguno. Suponen una actitud ética y estética basada en la solidaridad activa con el *ser doliente*, independientemente de su condición o situación personal, al que se debe ofrecer lo más adecuado a sus necesidades en cada momento.

. La profesión médica no puede estar sometida a las leyes del mercado. Es una forma de vida entre cuyos incentivos está la valoración económica, pero, en todo caso, es una aberración convertir esa forma de vida en un *proceso de cambio mercantil*.

. Lo que hasta un determinado momento es resuelto por una especialidad en función de su complejidad, puede ser resuelto en adelante por la tecnología. Por ello, cualquier profesional puede aspirar a disponer de la mejor tecnología, siempre que ésta sea adecuada y mejore sus rendimientos. Electrocardiografía, ecografía, espirometría, informática, radiología y análisis clínicos son adecuadas a la práctica diaria de la Medicina General.

. A pesar de la Reforma, la atención a la patología urgente en AP constituye una asignatura pendiente del Sistema Sanitario.

. Las enseñanzas de la Facultad de Medicina resultan a todas luces inadecuadas, no ajustadas ni a lo que la sociedad necesita y espera de los profesionales, ni a lo que la profesión precisa. El sistema pedagógico es caduco. Las Facultades de Medicina se han convertido en academias caras de preparación del examen MIR.

. El objetivo de las Facultades de Medicina es proporcionar a los estudiantes una formación integral de la mejor calidad, considerada básica, pero suficiente, para poder actuar como médico y, en consecuencia, prestar al enfermo y a la sociedad la mejor atención posible.

. En Medicina, al igual que en otros estamentos, se está poniendo de moda la carrera profesional. Resulta evidente que el ascenso en la CP tiene que ser a costa de la mejora de la calidad profesional o de asunción de nuevas responsabilidades y no de la cantidad de trabajo exclusivamente.

. La CP tiene tres ámbitos perfectamente definidos: el científico y el de relaciones con los compañeros y la Administración.

Parece existir consenso en la necesidad de:

- . Controlar el gasto sanitario.
- . Racionalizar la utilización de recursos.

- . Racionalizar la prescripción de medicamentos.
- . Controlar el gasto de la prescripción terapéutica. (14)

Todo el mundo coincide en que la participación es clave en el éxito de cualquier empresa. Y en nuestro caso no sólo para modular la oferta y la demanda; también condiciona la calidad del servicio, la relación con el paciente y, finalmente, su satisfacción. (15)

Por todo ello, parece clara la necesidad de:

- . Considerar al MG como agente de asignación de recursos.
- . Introducir el sentido económico en sus decisiones.
- . Establecer relaciones entre incentivos y eficacia. (16)

8. RECOMENDACIONES

. Ante cualquier reforma, podemos repasar las cuestiones que consideramos deficitarias o los factores que estimamos imprescindibles para mejorar los resultados. Sin embargo, es preciso dejar claro que lo fundamental es mantener el nivel útil de la oferta de los servicios, lo que en ningún caso es tolerable arriesgar.

. El ejercicio de la Medicina requiere un régimen de garantías especial, ya que no puede regularse en exclusiva por las leyes del mercado.

. Es necesario comenzar un proceso real de innovación en la organización de la Medicina General que ésta debe asumir progresivamente, a la vez que se preparan para ello y cambian paulatinamente las costumbres de profesionales y población.

. No es admisible que las circunstancias actuales de la organización de la Medicina General, resultado de un monopolio en la prestación de servicios, deriven hasta un oligopolio compartido por varias entidades, con la gran disculpa de su experiencia en la gestión y dirección.

. Se hace necesaria la simplificación del Sistema Sanitario, de forma que únicamente participe como asegurador y garante de los servicios.

. Los programas de prevención y promoción de la salud precisan tiempo, recursos humanos y técnicos, perfecta definición, métodos ajustados, estudio de resultados y continuidad.

. Es preciso planificar y distribuir los recursos en función de las necesidades reales de la tercera edad. Hay que promover la adquisición de habilidades del MG en torno a ellas, para mantener al anciano durante el mayor tiempo posible con un nivel de autonomía suficiente tanto física como psíquica.

. Es imprescindible utilizar nuevas fórmulas para corresponsabilizar a los profesionales y que éstos acepten las mismas a cambio de los incentivos y reconocimientos que les puedan corresponder.

. Cualquier plan de actuación dirigido a racionalizar la prescripción médica debe cumplir las siguientes condiciones:

- Diseñar programas de mejora de la calidad de la prescripción, centrados u orientados por los factores más relevantes.

- Establecer prioridades a conseguir en un sistema de racionalización del consumo farmacéutico, basado en aspectos cualitativos.

- Diseñar programas de formación de gran impacto potencial al estar basados en las necesidades científicamente definidas y en las causas de los problemas.

- Recursos para garantizar mínimos útiles de autonomía profesional que eliminen otras dependencias:

- . Información farmacoterapéutica rigurosa y garantizada.

- . Autonomía suficiente para mantener sus foros de encuentro y debate, así como sus medios de información y comunicación.

- . Cubiertas SUS necesidades de formación médica continuada.

- . Cubiertas las necesidades para la investigación y desarrollo de la ciencia médica.

- . Reconocida su autoridad profesional y el poder legítimo que otorga el ejercicio de sus responsabilidades.

. Para alcanzar la mejora de las situaciones descritas anteriormente, los objetivos intermedios a cubrir son:

- Definición y defensa del campo de actuación: Autonomía.

- Participación en la formación del futuro licenciado.
- Reconocimiento del papel clave de la Medicina General.
- Formación específica del MG.
- Cambios y presencia en los niveles de decisión profesional.
- Establecimiento de la propia identidad.

. Es necesario retomar el seguimiento del paciente dentro de estas instituciones y poner en marcha mecanismos que, sin estridencias pero sin más demora, permitan que el MG siga asesorando y asistiendo a su paciente cuando esté integrado.

. El MG debe incorporar, ordenada y racionalmente, cualquier medio y tecnología apropiados a sus funciones, que sirvan para mejorar los rendimientos de las mismas o, en todo caso, para aumentar su autonomía profesional.

. Para poder decidir vocacionalmente, al final del proceso formativo el licenciado debe conocer también las condiciones que el ejercicio de la Medicina General ofrece. El futuro médico debe ser orientado hacia la casuística, patología y necesidades más frecuentes, con la utilización de los medios y tecnología adecuados a la Medicina General, y en las condiciones reales de ejercicio, sin olvidar los conocimientos previstos en otras disciplinas sanitarias y parasanitarias.

. El abordaje y la valoración integral del enfermo, el manejo de los procesos más frecuentes, los grandes grupos de riesgo, sus consecuencias y prevención, el comportamiento ante las emergencias, normas de actuación, la prevención como actividad sistemática, estado de salud y medio ambiente, dirección y gestión de servicios sanitarios, control y garantía de calidad, metodología de la investigación...

. Es precisa la creación de Cátedras de Medicina General interdepartamentales, integradoras de las demás disciplinas y en íntima relación con el ejercicio habitual del MG; que participen y modulen la formación del futuro licenciado, de manera que tenga la posibilidad de ser orientado hacia la Medicina General; que ofrezcan una visión integral de la misma, a la vez que den respuesta a las necesidades formativas y de actualización continuada de la profesión. Por otra parte, deben ser referencia, colaborar y realizar investigación en Medicina General.

. La Acreditación de la Competencia es un sistema que permite reconocer e incentivar la Formación Médica Continuada Voluntaria (FMCV) del MG para incorporarla como mérito preferente de promoción profesional en el SNS. Debe dar soporte a la discriminación objetiva, continua y permanente de los profesionales que más esfuerzo realizan por mantener el mejor nivel de capacitación profesional.

. Se hace necesaria la puesta en marcha de la CP que reconozca el mérito de mantener los conocimientos actualizados al paso de los años y permita el acceso a puestos de responsabilidad administrativos con la garantía que da la experiencia.

9. BIBLIOGRAFÍA

(1) Aizpiri Díaz, J. y otros: "Curso de Habilidades en Salud Mental para Médicos Generales". Laboratorios SmithKline Beecham. Madrid, 1993.

(2) Alzaga Villaamil, O.; Sánchez-Terán Hernández, M.A.: "Dictamen Jurídico sobre Derecho Comunitario en relación con la Formación Específica en Medicina General". Madrid, 1994.

(3) Aragón, I.: "El incremento de las atenciones médico-sanitarias a los ancianos". Jano, 1991; 947: 117-122.

(4) Aranda Regules, J.M.: "Nuevas perspectivas en Atención Primaria de Salud. Una revisión de la aplicación de los principios de Alma-Ata". Escuela Andaluza de Salud Pública. Editorial Díaz de Santos.

(5) Arquiola, E.: "El proceso de envejecimiento". Jano, 1994; 1093: 35-37.

(6) Arquiola, E.: "Los problemas de la vejez". Jano, 1994; 1093: 59-63.

(7) Badía, X.; Rovira, J.: "Evaluación económica de medicamentos. Un instrumento para la toma de decisiones en la práctica clínica y la política sanitaria". Laboratorios Dupont Pharma. Madrid, 1994.

(8) Balint, M.: "El médico, el paciente y la enfermedad". Libros Básicos, 1987.

(9) Colton, T.: "Estadística en Medicina: Distribución de las medias en el muestreo". pg. 104-108.

(10) Comisión de Análisis y Evaluación del SNS ("Comisión Abril"). Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1991.

(11) Comité Permanente de Médicos de la Comunidad Europea: "Recomendaciones". Lisboa, Abril de 1992.

(12) Comité Permanente de Médicos de la Comunidad Europea: "Declaración de Principios Generales". Octubre de 1993.

(13) Conference Internationale des Ordres et des Organismes d'Attributions Similaires: "Principios de Ética Médica". 1987.

(14) Del Llano J.; Bengochea, E.: "La proporción del gasto crece en los Hospitales y baja en Primaria". A partir de un estudio de la Sociedad Española de Administración Pública y Administración

Sanitaria. Diario Médico de 3 de Noviembre de 1995.

- (15) De Miguel, J.: "Hacia una sociedad anciana". Jano, 1991; 949: .
- (16) Donald, I.: "La Formación de los Médicos Generales". British Medical Journal International, 1993; 3: 8-9.
- (17) Druker, P.F.: "The new productivity challenge". Harvard Business Review, 1991.
- (18) Elola, J.: "Crisis y reforma de la asistencia sanitaria pública en España". FIS, 1991.
- (19) Forum Europeo de Asociaciones Médicas y la OMS: "Recomendaciones". Basilea, 30 y 31 de Enero de 1992.
- (20) Freidson, E.: "La profesión médica". Ed. Península, 1978.
- (21) Gervas, J.; Ortún, V.: "Regulación y Eficiencia de la Atención Sanitaria Primaria en España". Octubre, 1994.
- (22) Giurgea, C.E.: "Envejecimiento cerebral". Editorial Masson. Barcelona, 1995.
- (23) Granjel, L.S.: "Historia de la vejez". Geriátría, Gerontología, Gerocultura. Salamanca, 1991.
- (24) Guiot, J.M.: "Organizaciones sociales y comportamientos". Ed. Merder, 1985.
- (25) Gutiérrez Morlote, J.: "Claves del Sistema Sanitario para la relación Médico-Paciente". II Congreso de la Medicina General Española. Barcelona, 26 octubre de 1995.
- (26) Gutiérrez Morlote, J.: "Implicación de los profesionales sanitarios". Universidad Internacional Menéndez Pelayo. Santander, Julio 1993.
- (27) Instituto Nacional de la Salud: "Estudios de utilización de medicamentos (II)". Madrid, 1991.
- (28) Instituto Nacional de la Salud: "Indicadores de la prescripción farmacéutica (Volúmenes IX, X y XI)". Madrid, 1993-1994.
- (29) Keeney, B.: "Estética del cambio". Paidós, 1987.
- (30) Laín Entralgo, P.: "La medicina hipocrática". Madrid, 1970.

(31) Laporte, J.R.: "Principios de Epidemiología del Medicamento". Salvat Editores. Barcelona, 1993.

(32) Lázaro, P.: "Evaluación de servicios sanitarios. La alta tecnología en España." FIS, 1990.

(33) Ledesma Jimeno, A.: "III Curso Monográfico sobre agresividad y conflicto generacional". Universidad de Salamanca, 1982.

(34) Ledesma Jimeno, A.: "La lucha contra la vejez". Real Academia Nacional de Medicina. Madrid, 1946.

(35) Marrón, A. y otros: "El Sistema Nacional de Salud en la década del 2000". SG Editores. Madrid, 1994.

(36) Marrón, A.: "Estudio Delphi 2000. El Sistema Sanitario español: estrategia, tendencias y áreas de desarrollo. Avance de resultados". Universidad Politécnica de Valencia / Hospital General de Albacete, 1992.

(37) Minuchin, S.: "Familia y terapia familiar". Gedisa, 1977.

(38) Mondéjar Quirós; Arribas Lázaro, F.; Solís Fernández, S.: "Evaluación de la calidad sobre las prescripciones farmacológicas". Centros de Salud, 1993; Febrero: 19-25.

(39) Organización Médica Colegial: "Código de Ética y Deontología Médica y Compendio de Doctrinas Internacionales". Madrid, 1990.

(40) Organización Médica Colegial: "Recopilación de los documentos aprobados en el Comité Permanente de Médicos de la CE (1989-1991)".

(41) Organización Médica Colegial. II Congreso Nacional de Médicos Titulares. Torremolinos (Málaga), 1988.

(42) Organización para la Cooperación y el Desarrollo Europeos: "Financing and delivering health care". Paris, 1987.

(43) Rodríguez Sendín J.J.; Aizpiri Díaz, J. y otros: "Análisis de la situación del Médico Titular en el contexto de la Medicina General". Madrid, 1990.

(44) Rodríguez Sendín, J.J.; Solla Camino, J.M.; Burgos Pérez, I.: "Futuro del ejercicio profesional en Atención Primaria". Libro de ponencias, IV Congreso Nacional de Médicos Titulares. Alicante, 1991.

(45) Rowe, A.: "La identidad del médico general". Revista de la Organización Médica Colegial: Enero de 1990, pág. 28.

(46) Salgado Alba, A. y otros: "El médico y la tercera edad". Laboratorios SmithKline Beecham, 1986.

(47) Serna de Pedro, I.: "Atención ambulatoria y apoyo familiar en el paciente demenciado". Ed. En Centros Ramón y Cajal. Madrid, 1990.

(48) Subdirección General de Atención Primaria del INSALUD: "Documento de presentación de Indicadores de Calidad en la prescripción farmacéutica (Proyecto)". Madrid, Diciembre 1993.

(49) Watzlawick, P.: "El lenguaje del cambio". Herder, 1992.

(50) Watzlawick, P. y otros: "La realidad inventada". Gedirsa, 1988.

10. QUIÉN ES QUIÉN

Jerónimo Aizpiri Díaz

Médico Titular jubilado. Último destino en Burgos.

Especialista en Pediatría.

Ex-Presidente de la Sección de Médicos Titulares de Vizcaya.

Ex-Vocal de la Junta Central de Médicos Titulares.

Ex-Presidente de la Sección de Médicos Titulares de la OMC.

Ex-Vicesecretario de la OMC.

Fundador y directivo de la SEMER.

Fundador y Presidente de la Asociación de Médicos Titulares del Sindicato de Médicos Titulares.

Fundador de la SEMG.

Consejero de la Comisión Permanente de la SEMG.

Participante entre los años 1978 - 1982 en la Dirección General de Planificación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y responsable de la Sección de Medicina Primaria.

Miembro de la Comisión de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

Antiguo representante de la OMC en organizaciones europeas.

Ponente de la AMM en la XXXIV Asamblea (Lisboa).

Presidente de la Comisión Deontológica del Colegio de Médicos de Vizcaya y Vocal de la Comisión Central de Deontología de la OMC.

Ex-Secretario de dicha Comisión.

Comendador del Mérito Civil.

Comendador de la Orden Civil de Sanidad.

Colegiado de Honor Nacional con distintivo de Oro.

Medalla de Oro al Mérito del Trabajo.

Francisco Javier Amorós Oliveros

Médico General con ejercicio libre en Novelda (Alicante).

Vicesecretario de la Sociedad Valenciana de Medicina General.

Responsable de la Sección de Ecografía de la SEMG.

Carlos Arjona Mateos

Médico General en el C.S. de Valdefuentes (Cáceres).

Presidente de la Sociedad Extremeña de Medicina General.

Secretario del Sindicato Médico en la Mesa General de la Función Pública de Extremadura.

Representante del Sindicato Médico en la Mesa sectorial de Sanidad de Extremadura.

Miembro de la Junta de Personal de Sanidad en Cáceres.

Vocal de Médicos Titulares y Vicepresidente 2º del Colegio de Médicos de Cáceres.

Ignacio Burgos Pérez

Médico Titular en Ávila.

Especialista en Medicina Interna.

Diplomado en Sanidad.

Director General de Salud Pública y Asistencia de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León desde Agosto de 1995.

Presidente del Colegio de Médicos de Ávila (1986-1995).

Delegado de la OMC en la Comisión de Medicina General del Comité Permanente de Médicos de la Comunidad Europea.

Representante de la OMC en la Comisión Asesora del "Plan Nacional de Prevención y Control de Cáncer" del Ministerio de Sanidad y Consumo (1989).

Socio Fundador de la SEMG.

Presidente de la SEMG hasta 1995.

Participante en el desarrollo del "Proyecto HIPÓCRATES" de la SEMG.

Participante en el desarrollo del "Registro de Incidencia y Mortalidad en Cáncer en Medicina General".

Participante en el desarrollo de la Primera Historia de Cuidados Paliativos en Medicina General.

Miembro del Grupo de Representantes de Asociaciones de Médicos Generales de la Unión Europea.

Representante del citado grupo en el Comité de Cuidados Paliativos y en el programa "Europa contra el Cáncer".

Miembro del Comité Editorial de la revista "MEDICINA GENERAL".

Editor adjunto de la revista internacional "Oncology in Practice".

Miembro de la Sociedad Española de Medicina Interna.

Miembro de la Sociedad Española de Medicina y Socorro

en Montaña.

Miembro de la European General Practice Research Workshop.

Miembro del Comité Científico de la ESO Barcelona, ámbito español.

Ricardo Canals Lizano

Médico Titular integrado en el EAP "Santa Isabel" de Zaragoza.

Presidente de la Sociedad Aragonesa de Medicina General.

Secretario General de la SEMG.

Secretario de Relaciones Institucionales del Sindicato Médico de Aragón.

Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Teruel hasta (1989-1991).

Presidente de la Sociedad Aragonesa de Medicina Rural (1985-1987).

Pedro Javier Cañones Garzón

Médico General en el C.S. "Isla de Oza" de Madrid.

Vicesecretario General de la SEMG desde 1995.

Presidente de la Sociedad Madrileña de Medicina General desde 1995.

Presidente de la Asociación Profesional de Médicos Generales de Madrid desde 1995.

Secretario de la Coordinadora Estatal de Médicos Generales Interinos desde 1994.

Jefe de Redacción de la revista "MEDICINA GENERAL".

Responsable del "Estudio OKA" de la SEMG.

Miembro de la Junta de Personal del Área Sanitaria número 6 de Madrid

Ángel Castro Villanueva

Médico General en el C.S. "León I. San Esteban" de Santa Coloma de Curueño (León).

Responsable de Educación para la Salud en dicho C.S.

Coordinador del "Grupo de Trabajo sobre Deterioro Clínico en Hipertensión" del "Proyecto HIPÓCRATES" de la SEMG.

Ex-Secretario del Sindicato de Médicos Titulares de León.

Ex-Presidente del Colegio Oficial de Médicos de León.

Colaborador de la Federación Española de Medicina del Deporte (FEMEDE).

Médico del Equipo Campeón Olímpico de Tiro con Arco en la Olimpiada de Barcelona 92.

Antiguo médico de la Federación Española de Tiro con Arco.

Alfonso Encinas Sotillos

Médico General, por oposición, en el C.S. "León Felipe" de Madrid.

Médico General, por oposición, en el Servicio de Urgencias del Insalud de Madrid.

Doctor en Medicina por la Universidad Autónoma de Madrid.

Diplomado en Sanidad.

Diplomado en Medicina de Empresa.

Especialista en Aparato Digestivo.

Ejercicio libre como Especialista en Aparato Digestivo.

Secretario de la Sociedad Madrileña de Medicina General desde 1995.

Responsable del "Grupo de Trabajo de Habilidades en Hepatología".

Coordinador Médico del C.S. "Rafael Alberti" de Madrid.

Miembro de la Comisión de Docencia del Área Sanitaria número 1 de Madrid.

Miembro de la Sociedad Española de Patología Digestiva.

Miembro de la Asociación Española para el Estudio del Hígado.

Miembro de la Sociedad Española de Ecografía.

Miembro de Tribunales de Doctorado de la Universidad Complutense de Madrid.

Antonio Fernández-Pro Ledesma

Médico Titular en el C.S. "Menasalbas" de Gálvez (Toledo).

Vicepresidente de la Sociedad Castellano-Manchega de Medicina General.

Responsable del "Grupo de Habilidades en Patología Prostática" de la SEMG.

Vocal de Médicos Rurales de Toledo (1989-1993).

Vocal de Médicos Titulares de Toledo desde 1993.

Miembro del Comité de Redacción de la Revista del Colegio de Médicos de Toledo (1990-1993).

Coordinador Médico de la Revista del Colegio de Médicos de Toledo.

Secretario de Acción Social del Sindicato de Médicos Titulares de Toledo.

Delegado de Personal del Sindicato CSI-CSIF.

Miembro del Comité Intercongresos del III Congreso de la Medicina General Española.

Miembro del Comité Científico del I Congreso Castellano-Manchego de Medicina General.

Secretario del Jurado del Premio Nacional de Médicos Titulares en sus 4, 5 y 6 ediciones.

Miguel Ángel García Marco

Médico General en el C.S. "Torrent de Sant Miguel" de Sa Pobla (Baleares).

Coordinador Médico del C.S.

Especialista en Medicina del Trabajo.

Presidente de la Sociedad Balear de Medicina General.

Vocal de Médicos Titulares del Colegio Oficial de Médicos de Baleares.

Delegado Sindical del Sindicato Médico de Baleares (1990-1994).

Coordinador del "Proyecto Córnea" de la Fundación Balear de Trasplante en Atención Primaria.

Fernando Gonçalves Estella

Médico Titular en Almeida (Zamora).

Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Salamanca.

Responsable del "Grupo de Habilidades en Salud Mental" y del "Grupo de Informática" de la SEMG.

Consejero de la Comisión Permanente de la SEMG.

José Ramón Huerta Blanco

Médico Titular en la Zona Básica de Salud de Soria Rural, Partido Médico de Almajano, (Soria).

Presidente del Comité Organizador del V Congreso de Médicos Titulares de Castilla y León.

Primer Presidente del Sindicato de Médicos de Soria.

Vicepresidente del Sindicato de Médicos de Soria.

Delegado y Miembro de la Junta de Personal de Sanidad de la Junta de Castilla y León de Soria.

Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Soria.

Presidente de la Sociedad Castellano-Leonesa de Medicina General desde 1991.

José Manuel Martín Gutiérrez

Médico Titular en El Llano (Gijón).

Presidente de la Sociedad Asturiana de Medicina General.

Presidente de la Sección de Atención Primaria del Sindicato Médico Profesional de Asturias.

Presidente de la Federación de Médicos Titulares y Rurales de la CESM.

José Manuel Muñoz Ruiz

Médico Titular en Gelves (Sevilla).

Miembro del Instituto Gerontológico Andaluz.

Presidente de la Sociedad Andaluza de Medicina General.

Vocal de Médicos Titulares del Colegio de Médicos de Sevilla.

Vocal de Médicos Titulares del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos.

Miembro de la Ejecutiva Provincial del Sector de Sanidad de CSI-CSIF.

Secretario Provincial de Negociación en la Mesa Provincial de Contratación de CSI-CSIF.

Cosme Naveda Pomposo

Médico Titular de Berango, EAP de Sopelana (Bizkaia).

Presidente de la Sociedad Vasca de Medicina General (SEMG-Euskadi).

Vocal de Médicos Rurales en el Colegio de Médicos de Bizkaia desde 1989.

Miembro de la Comisión de la OMC para el Estudio de la Descentralización de la Gestión en Atención Primaria.

Vicente Palomo Sanz

Médico Titular en el C.S. de Torrelaguna (Madrid).

Coordinador Médico en dicho C.S.

Diplomado en Medicina de Empresa.

Secretario de Información de la SEMG.

Director Médico de la revista "MEDICINA GENERAL".

Responsable del "Grupo de Cardiología" de la SEMG.

Vocal de Médicos Rurales del Colegio de Médicos de Madrid.

Rosario Pérez Carbonell

Médico Titular en Garrovillas (Cáceres).

Coordinadora Médica del C.S de Navas del Madroño (Cáceres).

Vicesecretaria de la SEMG hasta 1995.

Tesorera de la SEMG desde 1995.

Tesorera de la Sociedad Extremeña de Medicina General.

Tesorera del Sindicato Médico de Extremadura.

Representante en la Mesa de Negociación Sindical de Extremadura.

Miembro de la Junta de Personal de Sanitarios Locales de Cáceres.

Vicesecretaría del Colegio de Médicos de Cáceres.

Miembro del Comité Intercongresos del III Congreso de la Medicina General Española.

Fernando Pérez Escanilla

Médico Titular en Puebla de la Calzada (Badajoz).

Secretario General de la SEMG hasta 1995.

Vicepresidente 1º de la SEMG desde 1995.

Vocal y Vicepresidente de Médicos Titulares del Colegio de Médicos de Cáceres (1988-1991).

Socio Fundador del Sindicato Médico de Extremadura.

Secretario General del Sindicato Médico de Extremadura.

Secretario de la Federación de Médicos Titulares y Rurales de la CESM (1989-1996).

Delegado Sindical de CEMSATSE en todas las elecciones celebradas.

Presidente de la Junta de Personal de Sanitarios locales de Badajoz desde 1994.

Experto en el Programa "HIPÓCRATES".

Juan José Rodríguez Sendín

Médico Titular en Noblejas (Toledo).

Socio Fundador de la SEMG.

Vicepresidente de la SEMG hasta 1995.

Presidente de la SEMG desde 1995.

Vocal Nacional de Titulares de la OMC desde 1986.

Fundador del Sindicato de Médicos Titulares en Toledo en 1983.

Vocal Provincial de Médicos Titulares del Colegio de Médicos de Toledo desde 1985.

Fundador-Presidente de FESAMT.

Presidente del I Congreso Nacional de Médicos Titulares en 1987.

Secretario General de la Federación de Médicos Titulares y Rurales de la CESM (1986-1989).

Miembro de la Delegación Española en la UEMO.

Experto de la SEMG en las siguientes áreas:

- . Salud Mental.
- . Ecografía.
- . Programa "HIPÓCRATES".

