

DISCURSO DE INGRESO COMO ACADÉMICO CORRESPONDIENTE DE LA  
REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE SALAMANCA 14-12-10  
DE

**DON JUAN MANUEL GARROTE DÍAZ**

**Justificación del tema elegido**

Cuando tuve conocimiento de este honor que hoy se me hace, y enterado de que debería confeccionar un discurso, me planteé con que óptica lo daba: con la del Médico de Familia o rural que soy, o con la perspectiva colegial, y para mí eran ambas muy atractivas.

Ser médico rural en una provincia que no tiene facultad de Medicina, ejerciendo en núcleos de población pequeños y dispersos, y con escasa accesibilidad a los centros de formación profesional, que suelen tener horario de mañana (Internet existe desde hace apenas 15 años), ha constituido durante mucho tiempo una barrera casi infranqueable para poder investigar, escribir artículos, hacer doctorados... por esto los pocos Doctores que posee Segovia entre estos médicos tienen, a mi parecer, un mérito añadido por el sobre-esfuerzo que conlleva. Pero no, no voy a hablar de los Médicos de Familia, sólo quería tener un recuerdo para ellos.

En un enclave donde, y después de muchos años, el médico como profesional ha perdido las referencias de su entorno, no sabe definirse, y con frecuencia está desmotivado, me ha parecido mejor hablar del profesionalismo y de los Colegios de Médicos por intentar, con mi visión, ayudar a solucionar este problema, y porque creo que me obliga mi responsabilidad como presidente de una corporación.

Ingresar en la Junta Directiva de un Colegio Profesional, es o debe ser, un largo recorrido de entrega y responsabilidad. El paso de haber ganado unas elecciones puede significar que eres el mejor, o el menos malo de los que se presentan, y como responsable público ante la sociedad y ante tus representados, eres la imagen donde se reflejarán muchos compañeros, o donde se decepcionarán otros; y no lo harán hacia tu persona, sino que verán en ti a la institución. A un representante no se va a pedir la perfección, pero sí que intente lograrla, a la vez que se identifica con la mayoría de los médicos, que por eso le han votado.

Algunos médicos opinan que la representación colegial se debe ostentar después de haber pasado por otro tipo de representaciones sociales o académicas, circunstancia ésta que quizás haya contribuido al anquilosamiento durante decenios de las estructuras colegiales. Según mi parecer, los representantes colegiales deben serlo en plena actividad y madurez profesional, con capacidad para combatir y para negociar, entendiendo que esta tarea es una más en su vida profesional, y asumiendo que la dedicación posterior será otra; de esta forma la entrega que se tiene en el limitado periodo de la legislatura, debe ser total y absoluta. No se debe descuidar en ningún momento el perfil ético, ni el formativo, ni la implicación y la responsabilidad social de la profesión. Hay que recordar siempre que somos la imagen del médico al que representamos<sup>1</sup>.

La rigidez en la disciplina, por la obligación curricular de las facultades de Medicina, y la especialización y concretización de las sociedades científicas, no permitirían probablemente hablar de temas que no estén en sus objetivos. Pero el eclecticismo de las Academias de Medicina permite que hoy les sugiera este tema y que lo justifique, porque deben existir distintas Instituciones que alberguen distintas formas de abordar nuestra disciplina o profesión.

Desde el advenimiento de la democracia en nuestro país, en la que se cuestionaron todos los sistemas de organización existentes hasta entonces, e incluso se someten a revisión constante los generados posteriormente, como por ejemplo las O.N.Gs., los Colegios de Médicos han sido poco entendidos por muchos médicos, y se les ha prestado poca atención, más allá de la obligatoriedad de su adscripción por los profesionales. No ocurre lo mismo con otras antiguas profesiones, que en muchas ocasiones han engrandecido y asumido mayores competencias, como los abogados, y en otros casos, en los que el surgimiento en los últimos años de nuevas carreras ha llevado aparejado el aumento de nuevos Colegios Profesionales.

Antes de entrar de lleno en la cuestión y a modo de preámbulo, quiero recordar una reflexión del Dr. Rodríguez Sendín, actual Presidente de la Organización Médica Colegial de España, con relación al tema que nos ocupa: *“El Poder Judicial no está colegiado, y con frecuencia nos da la sensación de estar mediatizado por el Poder Político. Los profesionales de la enseñanza no están colegiados, y vivimos en un país con continuas reformas de la enseñanza, en las cuales rara vez se oye la opinión de un maestro o un profesor. Los profesionales de la medicina están colegiados: los médicos somos la profesión mejor valorada por los ciudadanos; la sanidad en España es uno de nuestros sistemas de organización más exportable”*.

Como consecuencia de mi dedicación colegial, en la que he trabajado dos años como secretario de la Comisión Deontológica Segoviana, cuatro años como Vicepresidente del Colegio y cinco años como Presidente, y cuatro años como Secretario General de nuestra Autonomía, he considerado oportuno que mi discurso de ingreso como Académico correspondiente de la Real Academia de Medicina de Salamanca se refiera a:

## **“EL MÉDICO ANTE LA SOCIEDAD: LA COLEGIACIÓN NECESARIA”**

Nuestra profesión, como decía hace un momento, ha sido a lo largo del tiempo la más valorada por los ciudadanos, independientemente del enorme cambio que ha dado nuestra sociedad en los últimos 40 años, en los que el número de Universitarios en España se cuenta por millones, y el nivel cultural de la sociedad ha aumentado enormemente; y esto es así, no porque al médico se le viera con un status social mayor, como argumentan los celosos de la buena valoración que nos dan nuestros pacientes, sino porque el alto nivel de entrega que tiene el médico hacia su profesión es bien considerado por aquellos a los que se la dedicamos.

Pero también es cierto que, como dice Miquel Vilardell<sup>2</sup>, al lado de este proceso vocacional y este prestigio, los médicos tienen poder en la sociedad porque controlan la

salud de las poblaciones y la salud individual de las personas. El control e influencia que la medicina ejerce sobre la sociedad radica en términos de certificar estados de salud y enfermedad de los individuos, de suficiencia física y mental para la participación comunitaria, de dictar las condiciones adecuadas de vida en relación con los riesgos de enfermar, y de introducir principios de racionalización de los recursos sanitarios. Esta circunstancia en tiempos pretéritos, donde no estaban claros los derechos y deberes de los pacientes, ocasionaba una relación desigual entre ambos. Actualmente esta relación ha cambiado enormemente, y sigue avanzando en este proceso; el médico ofrece al paciente el diagnóstico de su situación de salud y las soluciones posibles para mejorarla, pero es el paciente quien debe tomar la decisión sobre qué medidas se han de adoptar para mejorar su salud. La actitud paternalista del médico, en la que ofrecía “su solución” al paciente es en la actualidad casi inexistente.

Este médico incardinado en la sociedad y en el mismo nivel que ella, es el médico que integra su Colegio Profesional y el que genera, de la misma forma que en su quehacer profesional, el cambio del rol social de los Colegios de Médicos en España.

Como dice Francisco López Nieto, *“El ser humano, consciente de la poquedad de sus propias fuerzas, ha tratado siempre de unir las ajenas, sabiendo siempre que las personas cuando están unidas tienen más fuerza que cuando no lo están, haciendo de esta forma realizables acciones y consecuencias que de otras formas no serían<sup>3</sup>”*.

## Los Colegios de Médicos

En la Roma antigua se entendía con el nombre de colegio a la sociedad de derecho público, con personalidad jurídica, formada por una pluralidad de personas con un mismo oficio. Para su constitución se necesitaban por lo menos tres personas, aunque para continuarlo una vez constituido bastaba una sola.

Es probable que los Colegios Opificum o societate, de los que proceden nuestros Colegios Oficiales, fueran derivaciones de las asociaciones formadas por los plebeyos para alcanzar ventajas parecidas a las que disfrutaban los patricios; necesitaban de una autorización especial del Emperador o del Senado para tener legalmente personalidad jurídica. El gobierno y la administración se escogían en asamblea de todos los participantes.

Desde Alejandro Severo, estas asociaciones van transformándose de libres en obligatorias, debiendo los hijos seguir la profesión de su padre.

Estos primeros *Collegium* se caracterizaban por hacer prevalecer el fin común sobre los intereses privados. En Europa, y en concreto en España, los Colegios y Asociaciones profesionales han tenido una larga tradición a través de los siglos, únicamente interrumpida por la Revolución Francesa, que en su ideología preconizaba que no debía haber nadie entre el ciudadano y el Estado. Esta supresión de principios

del siglo XIX se fue paliando a lo largo de la centuria, volviendo a renacer al final de ella.

En la actualidad, un **Colegio Profesional** o **Colegio Oficial** es una corporación de derecho público de carácter gremial, integrada por quienes ejercen las llamadas profesiones liberales, y suelen estar amparados por el Estado. Sus miembros asociados son conocidos como **colegiados**. Cuando su dedicación se dirige a actividades manuales o artesanas se emplea el nombre tradicional de gremio.

Me parece este un buen momento para definir la profesión médica, tal como ha aprobado en marzo de este año la Asamblea general de la OMC<sup>4</sup>, y que la determina como *“una ocupación basada en el desempeño de tareas encaminadas a promover y restablecer la salud y a identificar, diagnosticar y curar enfermedades aplicando un cuerpo de conocimiento especializado propio de nivel superior, en la que preside el espíritu de servicio y en la que se persigue el beneficio del paciente antes que el propio, y para la cual se requiere que las partes garanticen: la producción, el uso y la transmisión del conocimiento científico, la mejora permanente para prestar la mejor asistencia posible, la aplicación del conocimiento de forma ética y competente, y que la práctica profesional se oriente hacia las necesidades de salud y de bienestar de las personas y de la comunidad”*.

Las finalidades de los Colegios Profesionales son la ordenación del ejercicio de las profesiones, la representación exclusiva de las mismas y la defensa de los intereses profesionales de los colegiados. El Colegio debe velar por el cumplimiento de una buena labor profesional, donde la **práctica ética** del trabajo se constituya como uno de los principios comunes que ayudan a definir los estatutos de cada corporación.

La Constitución española ampara la creación de Colegios Profesionales en dos de sus artículos. El artículo 36 dice:

La ley regulará las peculiaridades propias del régimen jurídico de los Colegios Profesionales y el ejercicio de las profesiones tituladas. La estructura interna y el funcionamiento de los Colegios, deberán ser democráticos.

Por otra parte, el artículo 26 establece que:

Se prohíban los tribunales de Honor en el ámbito de la Administración civil y de las organizaciones profesionales.

Siguiendo a Ignacio Buqueras, podríamos decir que dentro de los humanos, existen dos tipos de asociaciones: las naturales -la familia y la sociedad política-, y las que proceden de una reflexión racional y tienen un fin de carácter utilitario; pues bien, estas últimas, volitivas, siempre han sido asociaciones controvertidas. En tiempo predemocrático no existía el concepto de asociación, y en el actual asustan las asociaciones profesionales que tengan la voz de la totalidad de un colectivo<sup>5</sup>, como es el caso de las Corporaciones, el mismo que los Colegios de Médicos, y que se puede definir como personas jurídicas de derecho público, que tienen su origen en la ley o en un acto administrativo; la pertenencia de los miembros a la corporación tiene carácter forzoso. En la corporación los miembros siempre tienen intereses individuales y

colectivos. Si dividiéramos la sociedad en sectores, encontraríamos el Sector Público, elegido por los ciudadanos y formado por las Administraciones públicas, el sector Privado o mercantil, que tiene ánimo de lucro, y un tercer sector al que podríamos definir de forma negativa, marcando que no es ni público ni privado, y que tiene como objetivo complementar las carencias que tienen los otros dos; en este sector, que define Ascoli<sup>6</sup>, se incluirían organizaciones religiosas, profesionales, culturales, de servicios, benéficas, sociales, fundaciones...

El papel de las organizaciones sociales no sustituye el papel intermedio de partidos ni sindicatos. Es complementario y no excluyente, y consolida un impulso democrático desde una participación responsable, donde la aportación ciudadana y la cooperación social generan un modelo de progreso social y económico, que tiene en la mejora de la calidad de vida, la igualdad y la cohesión social, sus principales prioridades<sup>7</sup>. En el caso particular de las profesiones, y más en concreto de la profesión médica, con una dependencia salarial de las Administraciones públicas en torno a un 90%, la regulación del ejercicio de la profesión por el Estado y no por la sociedad civil, sería lo mismo que decir la regulación por el empleador no de la actividad sanitaria, sino de la profesión misma. Esta circunstancia podría entorpecer sobremanera la calidad de la sanidad en nuestro país, estando regulada la profesión más por criterios de cartera de servicios que por atención al ciudadano; baste para ello recordar lo que ha ocurrido en nuestro pretérito reciente, donde al albur de una bonanza económica, ha existido una carrera desenfadada entre distintas comunidades para ofrecer recursos sanitarios que les diferenciaban de la comunidad de signo político contrario, y que ha derivado a ofertar en ocasiones recursos sanitarios que salían más en las páginas del corazón que en las revistas médicas.

Durante años y por distintos motivos, nuestro tejido social y profesional ha sido muy pobre debido a la micropoliorganización, existiendo con frecuencia asociaciones prácticamente idénticas que reparten a sus integrantes entre ellas; en nuestro sector basta con recordar que hay tres asociaciones de médicos de Atención Primaria, varias asociaciones de pediatría... pero es común el comentario de que los médicos deberíamos estar unidos en un colectivo, y a la vez no ver claro la existencia de los Colegios.

Si bien es patente el afán del ciudadano de tener una asociación que le represente, no así queda tan claro cómo debe ser su financiación; una gran mayoría se apoya financieramente en el sector público o en el privado con intereses no altruistas, lo que con frecuencia provoca cierta distorsión de los objetivos que debe tener la asociación o corporación que representa a un colectivo. La independencia financiera es un elemento capital para la libertad en la defensa de sus objetivos.

Cuando un profesional no se encuentra encorsetado entre una política empresarial, aunque sea sanitaria y únicamente resultadista, y una dinámica de derechos laborales, la respuesta que da a las pequeñas y grandes preguntas profesionales serán ricas, variadas y fecundas, ya que se han desarrollado en un entorno de estas

características, donde las iniciativas tanto individuales como sociales pueden adquirir nuevas dimensiones y facetas.

La defensa de los intereses comunes de *'lo profesional'* supone una responsabilidad con los profesionales -sujetos del ejercicio- y con los ciudadanos -beneficiarios-.

## Los Colegios y los médicos

La Ley de Colegios Profesionales<sup>8</sup> en su artículo primero reconoce a los Colegios como «Corporaciones de Derecho Público, con personalidad jurídica propia y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines». Los fines esenciales de estos Colegios, según la citada Ley, son «la ordenación del ejercicio de las profesiones, la representación exclusiva de las mismas y la defensa de los intereses profesionales de los colegiados».

En cuanto a las funciones que la ley encomienda a los Colegios resulta especialmente destacable la prevista en el apartado i) del artículo quinto, donde se dice textualmente que corresponde a los Colegios *«ordenar en el ámbito de su competencia la actividad profesional de los colegiados, velando por la ética y dignidad profesional y por el respeto debido a los derechos de los particulares, y ejercer la facultad disciplinaria en el orden profesional y colegial»*.

Por tanto, los Colegios Profesionales en España desempeñan un triple papel:

Fijan una serie de criterios que regulan el ejercicio de la profesión contribuyendo, de este modo, a garantizar una mayor eficacia y operatividad.

Elaboran los códigos de deontología profesional que se imponen a los colegiados. Estas orientaciones éticas no contravienen la moral del profesional, que puede llevar a cabo actuaciones que sin contradecir al código, sean de distinto signo.

Posibilidad de sancionar a los colegiados que incumplan los dictados de los códigos deontológicos. Este aspecto confiere a la deontología ciertas similitudes respecto al Derecho, aunque la capacidad sancionadora sea ejercida por autoridades profesionales y no por jueces.

Pero en la actualidad, este control resulta insuficiente. No debemos conformarnos los médicos con saber que no somos malos profesionales, debemos ofrecer a la sociedad nuestra garantía de idoneidad para el ejercicio de la profesión, y para ello necesitamos estar validados. El ciudadano debe saber que el médico que le está atendiendo física y psicológicamente está en disposición de tratarle sanitariamente, que no sólo no está expedientado por mala praxis, sino que además se esfuerza por mejorar como profesional. Por ello los Colegios de Médicos dan un paso más en la regulación de la profesión, y de forma periódica, probablemente quinquenal pedirán a sus colegiados, que se validen, pues hasta ahora desde que un médico se colegiaba hasta que se jubilaba no se tenía noticias oficiales de él, a no ser por alguna sanción o por algún contacto profesional. No será un control científico, circunstancia que le debe competir a las sociedades científicas, sino un control profesional.

## **El médico como líder: la responsabilidad de los Colegios en su actualización**

Cuando se cambió la Ley General de Sanidad en 1986 nadie dudaba de que el médico era el líder natural de los equipos sanitarios, bien es cierto que muy a pesar de algunos dirigentes sociales, que veían nuestra profesión como un vestigio de prebendas del antiguo régimen. Pero con la distancia de los 24 años que han pasado, vemos que la realidad no es así, y que todavía no está claro quién será el líder de los grupos sanitarios; son muchos los factores que han condicionado esta situación, como la incorporación de más profesionales a los equipos: Trabajadores sociales, psicólogos, la mejor capacitación universitaria de los enfermeros, la entrada de la informática tiene como consecuencia que el médico está incluido en un equipo en el cual no es el que más sabe de todo..., pero además una tremenda aversión a la gestión tanto de recursos humanos como materiales, ha hecho que los médicos hayan dado un paso hacia atrás en esa posición de liderazgo que antes nadie dudaba. Probablemente los Colegios de médicos hayan tenido parte de responsabilidad en no haber previsto esta circunstancia, que ha traído como consecuencia que las jefaturas de servicio no sean en muchos casos ocupadas por los líderes naturales del servicio en cuestión, debido al rechazo frontal de asumir la ingrata labor de gestionar los recursos, y supeditarlos a las Gerencias Hospitalarias, trayendo el cada vez más frecuente resultado de nombramientos de jefaturas dirigidas desde arriba, y no elegidas de forma transversal.

En el marco de la Atención Primaria, los coordinadores o directores de equipo ya nacieron tutelados; y si bien son renovados periódicamente con la aquiescencia de sus Gerencias y por la elección de sus compañeros, incluso hasta el periodo de mandato da idea de la escasa importancia que se les ha querido otorgar -dos años cada renovación-. Sin embargo, también es cierto que los coordinadores no han querido asumir en la gran mayoría de los casos la gestión global de los centros de salud; el efecto será claro en poco tiempo: cuando haya más profesionales de categoría A que quieran asumir esa responsabilidad, los jefes de equipo de Atención Primaria dejarán de ser médicos.

Pero no toda la carga de la culpa está del lado de los facultativos; la excesiva burocratización de la gestión de la salud, y la falta de un modelo que de respuesta a las demandas en salud, en una organización tan compleja en la que hay que mezclar sistemas de trabajo industriales con la red de individualidades que supone tratar de forma distinta una enfermedad por ser el enfermo distinto<sup>9</sup>, hace que las estructuras gerenciales no se encuentren cómodas gobernando un conjunto de tantas individualidades, y que el médico creativo no encuentre acomodo en una estructura que hace tabla rasa en las ofertas de promoción.

Como recomendación necesaria, se debe advertir al médico del peligro que a veces tiene el trabajo en equipo, por la dejación de responsabilidad que puede conllevar, debiendo exhibir elevados niveles de exigencia profesional tanto para él como para su entorno; el médico debe hacer gala de unos elevados niveles de compromiso con la organización sanitaria que le contrata, más allá de sus reclamaciones de participación<sup>10</sup>.

Otro peligro que cada vez más nos afecta a los médicos, es la superespecialización. Recuerdo en mis etapas de formación, el gran valor que se daba a los cirujanos que tenían un buen conocimiento de patología general. Hoy en muchos

casos nos encontramos con médicos que son expertos en una enfermedad o un grupo de enfermedades muy determinado, lo que da una sensación de cosificación de la profesión, además del peligro de la falta de conocimiento para la interrelación entre noxas; pienso que esta forma de ejercicio nos aleja del paciente como ser global al que debemos tratar, y nos coloca en un nivel de oficio más que de profesión; alertar de este peligro y crear actividades que lo eviten es a mi juicio una función de los Colegios.

## **La responsabilidad del Colegios ante la sociedad: los estudios científicos**

Aunque más adelante dedicaré un párrafo a los excesos de la prevención y su gran influencia en la salud de los pacientes, creo que por el bien de la salud de los ciudadanos, los Colegios deben alertar a los médicos sobre los estudios científicos que nos llevan a realizar determinadas intervenciones en salud<sup>11</sup>, a veces el déficit interpretativo de la estadística, el afán por publicar un estudio, la inexactitud de los resultados de las revisiones, los sesgos en las conclusiones, o la alquimia de los cuadros estadísticos, nos inducen a publicar documentos que deberían estudiarse con más profundidad. En la medicina contemporánea todos los pasos que constituyen la cadena de investigación son susceptibles de mediación por intereses no científicos. Y en este sentido, lo que cabría exigir a los redactores de recomendaciones y consensos, sin embargo, no es la declaración de intereses, sino que tales intereses no existieran. Lo lógico y deseable es que la interpretación de la información científica avalada por sociedades científicas e instituciones públicas sea realizada por personas ajenas a la industria y a la ejecución de los grandes ensayos. La no observancia de estas formas de proceder, en un mundo tan intercomunicado, trae como consecuencia decisiones erróneas en actitudes de salud, que en muchas ocasiones pueden ser interesadas. Aunque las sociedades científicas deben velar por ello, esto debe constituir también un debate ético de primer orden en el seno de los Colegios, que al igual que se los requiere para que nadie publicite su actividad si no tiene la titulación necesaria para ello, o carezca de los conocimientos necesarios, deben velar para que exista una actitud ética sobre la publicación de resultados científicos.

Pero no es éste el único peligro que acecha el ejercicio médico. En nuestras organizaciones sanitarias las conductas virtuosas de los profesionales son cuasi heroicas, teniendo en cuenta la debilidad de las recompensas en contextos administrativos, y sobre todo, considerando los poderosos incentivos ambientales o extraadministrativos existentes. Como botón de muestra podríamos dirigir nuestra mirada a la promoción de medicamentos<sup>12</sup> o material quirúrgico.

En este tenor, también nos interesa la formación del médico. Afortunadamente las Administraciones Públicas ofrecen cada día más formación a sus profesionales, y no es tan necesaria la contribución de la industria farmacéutica, que durante mucho tiempo fue el pilar formativo de los galenos. Nos evita en innumerables ocasiones distinguir entre promoción y formación, y por ello es bueno abogar por la formación de los médicos financiada sin intereses directos en el ejercicio de la profesión, haciendo válida la frase de la mujer del César; y en este sentido la intervención de los Colegios o como más recientemente ocurre, de sus Fundaciones, me parece un método adecuado de impulsar la formación e investigación con una mayor garantía de independencia. Este propósito hace aún más interesante la colaboración de Colegios, Academias Médicas, y

Sociedades Científicas. La unión de las estructuras médicas para fines concretos no puede darnos más que independencia profesional.

## **El Colegio y los medios de comunicación**

No hace mucho tiempo, un paciente llegaba a mi consulta con síntomas depresivos, estaba agobiado porque le asustaba la crisis que continuamente aparecía en la prensa y a su alrededor. A pesar de ello, faltaban meses para su jubilación y no tenía ningún problema económico. Lo que realmente le agobiaba eran las noticias sobre la situación, más que la situación en sí misma.

Los medios de comunicación tienen una capacidad enorme para relacionar acontecimientos y personas. En la actualidad los medios de masas someten al ciudadano a los más variados mensajes y por distintos canales de comunicación; y estos mensajes en muchas ocasiones no son inocentes, sino que están elaborados por expertos en comunicación, que buscan un objetivo concreto, y por otro lado como afirma Mayor Zaragoza<sup>13</sup>, los medios de comunicación han ampliado la dimensión planetaria del medio ambiente del hombre: han conducido a la instantaneidad de la vida colectiva, han conmocionado todos los estilos de vida.

La organización de los medios de comunicación ha variado enormemente, tanto en la técnica de la información como en la cantidad de recursos humanos que posee, que se han adelgazado mucho; en líneas generales un redactor agrupa bastantes áreas de información, y como consecuencia en muchas ocasiones la información que el emisor quiere dar no es la registrada en el medio, y por otro lado, lo que para un médico puede ser noticia, no parece serlo para la prensa. Este es el motivo por el que los Colegios deben modificar su estrategia de comunicación, y como otras muchas instituciones, tienen responsables de comunicación propios, que permiten adecuar el mensaje para que pueda ser emitido por el medio, de tal forma que se logra dar una información porque primero se ha captado la atención del redactor, para poder llegar al lector; es un cambio tan radical que obliga a cualquier organismo a profesionalizar su modo de información.

## **Los Colegios y las otras organizaciones médicas**

En los últimos decenios, distintas organizaciones han ido llegando a su mayoría de edad profesional, y como suele corresponder cuando se llega a esta etapa de la vida, han ido caminando solas, aprendiendo de sus propios aciertos y errores y consolidándose como otro bien social más para ayuda de los médicos. De esta forma los sindicatos, y con más fuerza los sindicatos profesionales han especializado su quehacer, conscientes de que en muchos casos, sus responsabilidades son distintas a los sindicatos de clase.

Las sociedades científicas han ido adquiriendo músculo intelectual y hoy en día son las autoras de los protocolos de actuación de gran parte del proceder médico.

En nuestro país durante estos años, Colegios de Médicos, Sindicatos, y Sociedades Científicas con frecuencia han caminado paralelos pero distanciados unos pasos, olvidándose o ignorándose, lo que no ha generado ningún beneficio a la sociedad, ni a los médicos. Emitir un mensaje igual pero con matices distintos puede

generar en el no preparado para distinguirlos, la sensación de que estamos enviando ideas diferentes. Pero poco a poco vamos encontrando el camino del consenso y probablemente del sentido común: el hecho de tener encomendados objetivos distintos, no quiere decir que forcemos nuestras diferencias, nadie debe quitar la importancia merecida al otro; en este sentido el nacimiento del Foro de la Profesión Médica, en el cual se encuentran representados Sociedades Científicas, Facultades de Medicina, Estudiantes de Medicina, Sindicatos Profesionales y Colegios, es un paso decisivo para nuestra profesión.

La iniciativa de la Real Academia de Medicina de Salamanca de impulsar la actividad académica en aquellas provincias que conforman su distrito, es un importante paso en este sentido, que los segovianos agradecemos enormemente, y en particular nuestro Colegio, porque solo puede redundar en mejorar nuestro nivel científico e intelectual.

No puedo obviar en este apartado de mi discurso, que si bien no soy partidario de aumentar las facultades de Medicina en España, si en cambio creo que la implantación, prometida y anunciada de la escuela de enfermería en Segovia contribuiría también a mejorar esta evolución científica de nuestra sociedad provincial.

## **Los Colegios de Médicos y las Administraciones Públicas**

Tanto los médicos como las Administraciones sanitarias, tienen como fin último lograr la mejor calidad de salud posible para los ciudadanos, y por ello el simple hecho de la regulación de la profesión podría ser suficiente cometido para los Colegios. Pero en un mundo tan cambiante y con transformaciones tan veloces, con un gran número de intereses contrapuestos en torno a la salud, y un espectro de profesiones y profesionales tan amplio y diverso, los responsables políticos se ven necesitados de asesores muy dispares para tomar decisiones. En muchos casos estos asesores son de nómina propia, pero en otro importante número de cuestiones, la respuesta endogámica está contaminada por intereses que no tienen que ver con el objeto de que se trata; es aquí donde los asesores externos, donde los profesionales no sujetos a la jerarquía institucional, pueden aconsejar con libertad, y esto hace a las organizaciones profesionales mucho más importantes que antes para completar el engranaje del sistema.

Un Colegio Profesional no tiene una función de defensa corporativa, sino de defensa social. Cuando se defiende la exigencia de un proyecto técnico, o un buen ejercicio de la medicina, o una defensa jurídica de un encausado, se hace en aras de un proyecto bien hecho, de un paciente bien atendido o de un acusado bien defendido. En el caso de que el profesional del sector en cuestión no ejecute correctamente su trabajo, existe un código deontológico que puede ser invocado y que, en último extremo, puede inhabilitar al profesional para ejercer su trabajo.

Evidentemente la visión de los profesionales de un sector, en este caso del médico y sus Colegios Profesionales, no tiene por qué coincidir con la visión de la Administración Pública, puede divergir por cuestiones de pensamiento de fondo, de aplicación práctica, o de cualquier otro motivo.

Dicho esto, cuanto más intervencionista son los gobiernos, menos les gustan los Colegios Profesionales. La libertad de profesión y la defensa de los profesionales debe ser tarea de todos, porque de no ser así, la calidad de los trabajos va disminuyendo. Es responsabilidad común de todos los profesionales sin excepción defender sus derechos, así como es labor de la sociedad exigir la calidad en el trabajo realizado por los mismos.

Hemos visto, no sin cierto sonrojo, cómo se han defendido conductas insalubres, con fines electoralistas, o cómo se ha utilizado la salud como lucha partidista.

Los Colegios de Médicos, además de su encomienda como auxiliares de la Administración Pública, deben y quieren colaborar en la mejor consecución de los objetivos de salud que se proponen de manera consensuada. Con la realización de las transferencias sanitarias, además estas circunstancias se han modificado y complicado.

En concreto, la atención dedicada por nuestra Administración Sanitaria a los médicos y sus Colegios, ha sido en la mayoría de los casos colaboradora y positiva; baste recordar la puesta en común del programa PAIME de atención al médico enfermo, o el trabajo en común realizado con las Instrucciones Previas, o las jornadas de estudio de maltrato a los ancianos, o el seguimiento de programas informáticos. Nos parece importante abordar temas que afectan a la motivación de los médicos, como los parámetros de medición de actividad, que deben ser creativos y positivos, intentando establecer también los rangos de calidad en la atención, debemos aprender a comunicarnos también desde un marco de gestión de recursos en el que a veces no nos hemos entendido. Como ya hemos dicho, nuestro fin último es el paciente, y debemos darle lo mejor, pero también al mínimo coste.

En este mundo de transferencias, quizás hemos transferido más de lo conveniente, y probablemente habría que pensar en una agencia de salud pública estatal que permita políticas sanitarias no disonantes. No podemos vacunar a una persona a los 6 meses o a los 18 años de la misma enfermedad dependiendo de dónde viva.

## **El médico ante el ciudadano**

Vivimos en un planeta en el que una parte de sus habitantes todavía necesita salir a cazar para alimentarse, y otra gran parte hasta completar un aproximadamente 75% sobrevive gracias a la agricultura; en cambio el otro 25%, que es lo que llamamos mundo desarrollado, está continuamente experimentando cambios de todo tipo, entre ellos sociales, que se producen cada vez de forma más rápida y probablemente más profunda, ayudando y acelerando Internet en este proceso. Antiguamente el director de una empresa era el que tomaba todas las decisiones y planificaba todos los objetivos referentes a su evolución o desarrollo; un sistema absolutamente jerárquico que hoy en día es imposible de llevar, cualquier jefe necesita consultar con técnicos de distintas materias para poder tomar una decisión, técnicos informáticos y otros más propios de sus distintos ramos. En el mismo sentido la posición jerárquica del médico ante sus pacientes ha cambiado de forma sustancial, debido a varios factores: el nivel cultural de los ciudadanos se ha igualado al del médico, el médico no es el único profesional involucrado en la toma de decisiones sobre el paciente, el paciente no sólo es más culto, sino que Internet le coloca en cierto nivel de conocimiento sobre ENFERMEDADES DETERMINADAS, por lo que el discurso del médico ante el paciente ha ido cambiando y debe cambiar aún más, y de forma radical. El paciente nos exige una

preparación cada vez mayor y una atención más completa, que sólo podemos conseguir estando más actualizados que nunca, y por otro lado contando con un equipo, en el cual forman parte enfermera, matrona, fisioterapeuta, auxiliares de clínica, trabajadores sociales y administrativos, y si bien el eje central de ese equipo es el paciente, el coordinador debe ser el médico.

Muchas veces los derechos del paciente son también los deberes del médico, y un ejemplo de ello es la defensa y exigencia de una historia clínica única y compartida por el médico que ve al paciente, se encuentre en el punto geográfico que se encuentre. Pocas veces los Colegios de Médicos han hablado de Historia Clínica, si no es más allá de su custodia y confidencialidad. En la actualidad hablar de Historia Clínica es también una obligación de los Colegios.

Definimos la Historia Clínica como el conjunto de datos sobre una persona que nos informa sobre el estado de su salud. Si bien la Historia Clínica o patobiográfica se ha registrado desde al menos el Papiro de Edwin Smith, primer documento médico conocido que data del 3000 a.c., en la actualidad no se concibe que un paciente no tenga una Historia Clínica escrita, lo cierto es que estos relatos no se han cumplimentado de forma sistemática hasta hace apenas 60 años. Durante el siglo XIX los registros patográficos consistían generalmente en órdenes de tratamiento, y a principios del XX quizás se completaban con gráficas de constantes clínicas; casi llegando a la mitad del pasado siglo y comenzando en los hospitales, se afianzó la necesidad de dejar constancia de los hallazgos clínicos en cada persona tratada, y unos años después esta forma de actuar se impregnó en la Atención Primaria.

Con el advenimiento de la era cibernética, en la actualidad el soporte de la Historia Clínica ha dejado de ser el papel, y en general va siendo el mundo de los bits el que recoge nuestras impresiones clínicas. Pero al igual que el mundo de la comunicación informática se ha adueñado del quehacer ciudadano, y por supuesto del médico, también esta época se caracteriza por el incesante viajar de los habitantes terráneos. No sólo se mueven los hombres de negocios y los políticos como hace 100 años, ahora toda la humanidad se desplaza continuamente, haciéndolo a cientos o miles de Km. por días, semanas o meses, y no importando casi nada el estado de salud del viajero, incluso a menudo por este motivo. A veces uno en agosto, piensa que la costa mediterránea va a quedarse por debajo del nivel del mar, como consecuencia del incremento de peso que aportan los turistas que allí llegan. Pero al margen de esta pequeña broma, lo que no ha ido parejo a la revolución de la comunicación clínica, han sido las decisiones de los administradores sobre la eficacia de ésta, de tal forma que se da la paradoja de que en una Comunidad Autónoma pueden cohabitar tres soportes informáticos diferentes e incompatibles para atender a los usuarios de los Centros de Salud, o que cada Hospital tenga un soporte informático distinto, aun estando en la misma ciudad, o que no haya un lenguaje informático que permita la conexión de las historias clínicas entre Atención Primaria y Hospitalaria. Para este dislate no hay explicación plausible, pues si bien se han argumentado criterios de confidencialidad, o de ser los dueños de los software por parte de cada Administración, el tiempo ha desvelado que ha habido un exceso de protección que ha convertido la visión de los datos patográficos desde una óptica carcelera más que desde una óptica de mejorar la salud del paciente. Si les explicáramos a los ciudadanos que su Historia Clínica sólo puede ser leída en su Hospital o en la provincia donde habitualmente se le trata se quedaría perplejo. Si uno de los derechos del ciudadano es tener la mejor salud posible,

los datos básicos de la Historia Clínica de un paciente deben poder ser consultados por los médicos que le atienden, se encuentren en el punto geográfico que se encuentren.

Pero también, en la defensa del paciente, se encuentra el alertar de los nuevos estilos de medicalización del enfermo. Efectivamente hemos pasado de una época en la que acudía a la consulta porque ya se encontraba verdaderamente mal, lo que acontecía en muy pocas ocasiones a lo largo de su vida, a una dependencia de los servicios sanitarios atroz, lo que es aprovechado por distintos sectores de la sociedad para medicalizar y asustar al ciudadano. Son recientes los sucesos de alarma injustificada por procesos banales a nivel mundial, pero que han generado un gasto económico brutal a la sociedad, y uno sospecha que esta generación de alarma no ha sido inocente. Poco a poco se ha ido creando en la humanidad una cultura de medicalización de la prevención, y para ello existe una tendencia en aumento a clasificar como enfermedades los problemas de la gente. Como dice Illich<sup>14</sup> *“En los países desarrollados la obsesión por una salud perfecta se ha convertido en el factor patógeno predominante”*.

Se anuncian todo tipo de alimentos carísimos y alejados de las propiedades que se les suponen, o un sinfín de vacunas para un sinfín de probables enfermedades con una tasa de incidencia ridícula, o una gran cantidad de pruebas diagnósticas preventivas cuyo resultado positivo no modifica ni la cantidad ni la calidad de vida de los ciudadanos; y los médicos tenemos la responsabilidad social de estar informados y de alertar a la sociedad de este tipo de esclavitud, basada en el consumo para la prevención de las enfermedades, o dicho de una forma más global, evitar el mercantilismo de la salud.

La actividad preventiva tiene sentido cuando conlleva más beneficios que daños, siempre que el balance sea claramente positivo, ya que el contrato preventivo es para evitar daños futuros, pero el perjuicio suele darse en el presente, y se hace a personas que en ese momento no padecen por aquello que se previene<sup>15</sup>. La adopción de muchas de las actividades preventivas propuestas lleva también a decisiones equivocadas, a la provocación de daños que no se compensan con beneficio, tal es el caso de poner a los bebés boca abajo para evitar las muertes súbitas (que las incrementaron), o los screening de detecciones de factores de riesgo que no implican mejora de la salud, o las vacunas que no compensan el esfuerzo humano y material que conllevan con los beneficios que repercuten.

Somos médicos porque existen pacientes. Este sencillo axioma puede tener varias interpretaciones, y no siempre, como mencioné anteriormente, con la responsabilidad y honestidad adecuadas. Quizás esta nueva misión de los médicos hacia los pacientes es enseñarles a evitar la medicalización de la salud. Es fácil entender que la medicina fue creada para combatir la enfermedad. Si existe salud, la medicina no debiera sentirse como necesaria<sup>16</sup>. Probablemente tendríamos que barajar el término de “no-enfermedad” (non-disease, de los anglosajones), definida como una relación amplia de “situaciones, procesos o problemas humanos definidos desde alguna instancia como una condición médica, para los que se obtendrían mejores resultados si no fueran considerados y tratados como tales”. Para poder aceptar esta definición se requiere aceptar que no todo sufrimiento es una enfermedad. En la actualidad tratamos circunstancias fisiológicas tales como la menopausia o la tristeza cotidiana en enfermedades. Y los españoles debemos reflexionar que dentro del contexto europeo somos los más frequentadores de las consultas médicas.

Una estrategia imprescindible para poder ofrecer, y nunca mejor dicho, educación para la salud a la población, es la colaboración con los pacientes y con sus

asociaciones. Si bien es conocido que la gran mayoría de las asociaciones de pacientes en España, desde aproximadamente sus 50 años de nacimiento las más antiguas, han sido impulsadas por médicos, siendo ellos por lógica los aglutinadores de pacientes con el mismo proceso patológico, y por tanto impulsores de su organización, se ha realizado en líneas generales como profesional individual, no siendo asumido por las organizaciones médicas, que han vivido separadas y en ocasiones hasta de espaldas entre ellas. Es el momento de que las organizaciones profesionales, y por supuesto los Colegios Profesionales, mantengan contacto permanente con estas asociaciones, promoviendo un intercambio de experiencias entre ellas, siendo dos colectivos que van en un mismo barco y con una gran mayoría de objetivos idénticos. En este sentido y como reflexión debemos adaptarnos a este nuevo paciente, y no buscar que esto ocurra al contrario. Tenemos un paciente más informado, pero obsesionado por su salud, y capaz de consumir recursos tecnológicos y asistenciales sin límite, si los médicos no le hacemos comprender la futilidad e innecesariedad de este proceder.

---

<sup>1</sup> Javier Gomá. Ejemplaridad Pública. Santillana Ediciones Generales. 2009 SL

<sup>2</sup> Miquel Vilardell i Tarrés. Ser médico: El arte y el oficio de curar. Plataforma Editorial 2009

<sup>3</sup> Francisco López Nieto. Manual de Asociaciones 3ª editorial Tecnos Madrid 1992

<sup>4</sup> Profesión médica, profesional médico, profesionalismo médico. Organización médica colegial 2010. Viguera editores SL. 2010

<sup>5</sup> Ignacio Buqueras y BachMas sociedad menos y mejor estado editorial. Complutense. 2002

<sup>6</sup> H Ascoli 1987

<sup>7</sup> Rita Barberá: Opiniones sobre la sociedad civil. Más sociedad menos y mejor estado. Editorial. Complutense 2002

<sup>8</sup> BOE. La Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales modificada en 23 diciembre de 2009

<sup>9</sup> Luis Ángel Oteo y José Ramón Repullo. Dilemas de organización de los Centros Sanitarios. La alternativa de la nueva gestión pública y el buen gobierno. Medicosypacientes.com 1-2-10

<sup>10</sup> Fundación Educación Médica- "El médico del Futuro" enero 2009

<sup>11</sup> Felix Miguel Garcia et all. Procedimientos operativos y técnicos en la medicalización de la prevención Atención Primaria dic 2008

<sup>12</sup> Luis Ángel Oteo y José Ramón Repullo. Dilemas de organización de los Centros Sanitarios. La alternativa de la nueva gestión pública y el buen gobierno. Medicosypacientes.com 1 de febrero de 2010

<sup>13</sup> Federico Mayor Zaragoza. Mañana siempre es tarde, Espasa-Calpe, Madrid 1987

<sup>14</sup> Ivan Illich. *Le Monde Diplomatique* de marzo del 99

<sup>15</sup> Juan Gervas a, Mercedes Pérez Fernández. Los daños provocados por la prevención y por las actividades preventivas. 'Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada' (Vol.1:Iss.4, Article 6)

<sup>16</sup> Venancio Martines Suárez. salud pública, medicalización de la vida y educación.

[http://www.fedicaria.org/miembros/fedasturias/apartado\\_7/salud%20publica%20medicalizacion%20de%20la%20vida%20y%20educacion\\_venancio.pdf](http://www.fedicaria.org/miembros/fedasturias/apartado_7/salud%20publica%20medicalizacion%20de%20la%20vida%20y%20educacion_venancio.pdf)