

Entrevista

Presidente de la Sociedad Andaluza de Medicina General

Dr. José Manuel Muñoz

“La profesión de médico está en coma y necesita un tratamiento de choque para salir de ese estado”

El doctor José Manuel Muñoz Ruiz es el actual presidente de la Sociedad Andaluza de Medicina General. Su visión acerca de las condiciones, tanto laborales, como asistenciales y docentes en que se desarrolla la labor de los médicos generales no sólo en Andalucía, sino en todo el país, es especialmente crítica, "desalentadora", en su propia expresión. Unido a ello, deplora la politización a que está siendo sometida la profesión médica.

– ¿Cuál es la situación actual del médico general en Andalucía? ¿Cómo la calificaría?

– La actual panorámica de la profesión médica en general, que desempeña su labor en la sanidad pública es, en el momento presente, desalentadora. Creo que existe una importante falta de motivación en el profesional, que ha sido provocada por la continua e incesante lluvia de directrices equivocadas, adoptadas por la política sanitaria de los altos gestores, amén de la ininterrumpida recepción de decisiones inadecuadas procedentes de los cargos intermedios. Esta falta de coherencia y de criterio, que se lleva perpetuando desde hace varios lustros, han llevado al médico que trabaja para el sistema público, a un conformismo que se está traduciendo en un menoscabo de la optimización de sus posibilidades en el desempeño de sus funciones profesionales.

– ¿Qué problemas más destaca-

dos atraviesa la Atención Primaria de esa Comunidad autónoma y concretamente el colectivo que usted representa?

– Primero, falta de medios técnicos imprescindibles para llevar a cabo una óptima labor en el contexto actual de la Medicina. Segundo,

presión asistencial absolutamente inasumible e incompatible con una praxis adecuada. Tercero, politización de la sanidad, que se ha revelado como un instrumento para conseguir buenos resultados electorales, lo que hace que en materia sanitaria se otorgue priori-



dad a actuaciones que no son las que corresponden, según la lógica de las patologías prevalentes. Cuarto, imagen social que no es la que merece el profesional médico de Atención Primaria que, con una formación media de 9 años, soporta unos sueldos poco acordes con su nivel de formación y responsabilidad. En muchos casos la sanidad pública se está salvando gracias a su profesionalidad, situación ésta que en muchas ocasiones no se le reconoce.

– ¿Qué asignaturas pendientes le quedan a este nivel asistencial en Andalucía?

– Las mismas que le quedaban cuando se inició la reforma de la Atención Primaria. Uno de los problemas más importantes es la poca implicación de los profesionales en la gestión. Es necesario una mayor participación por parte de los profesionales en la toma de decisiones, una gestión más profesional y menos politizada de la sanidad, una visión realista de la sanidad y no una gestión de espaldas a los profesionales. Otro de los problemas que tenemos es la masificación de la asistencia, que nos conduce a una situación de presión asistencial insostenible. Luego está la incesante burocratización del ejercicio del médico, que hace que se destine una parte cada vez más importante de nuestro tiempo en rellenar un número cada vez mayor de impresos, recetas, formularios, etc. Hay que añadir la falta de incorporación de nuevos medios y técnicas a la Atención Primaria, que mejoraría el nivel de satisfacción del paciente y aumentaría el prestigio y

la capacidad resolutoria de la Primaria. Dentro de ellas habría que destacar a la ecografía. Resulta lamentable que para diagnosticar una litiasis biliar haya que esperar una cita del especialista y otra para una ecografía, que puede suponer hasta un año de espera en muchos casos, cuando contamos con ecógrafos en muchos centros de salud que, en manos de médicos generales bien formados en ecografía, se podría hacer sobre la marcha. Igual se podría hacer con la espirometría...

– ¿Existen patologías más prevalentes en esa comunidad autónoma?

– Andalucía es una comunidad autónoma muy extensa y muy diversa, donde tenemos zonas rurales con las patologías propias del medio rural, junto a ciudades populosas e industrializadas. Dentro de las patologías más prevalentes yo destacaría las enfermedades crónico degenerativas, el problema de las dependencias y el SIDA.

– ¿Los profesionales han notado el traspaso de las competencias sanitarias o éstas han pasado desapercibidas?

– Los profesionales sanitarios sí que hemos notado "cambios", aunque más que percibir "cambios" realmente los "padecemos". Los profesionales sanitarios más que "evolucionar" hacia metas más profesionales, hemos "involucionado". Las consignas políticas han ido deteriorando lo que debe ser la función del médico y del sanitario en general, quedando la función de éstos en la de ser meros prescriptores y ésta incluso es cada vez más

atacada. En términos generales se puede decir que la profesión de médico está en "coma". Es por ello que necesita un tratamiento de choque para que pueda salir de ese estado.

– ¿Hasta qué punto el paro afecta aquí a los médicos de primer nivel?

– La verdad es que la situación de paro o subempleo en nuestra comunidad es importante, pero lo que es peor es que se está creando una bolsa de paro de post 95 con muchísimas dificultades para el ejercicio profesional, ya que sólo pueden ejercer en la medicina privada y esta es una parcela de la medicina en franca regresión por el monopolio de la sanidad pública. Estamos nuevamente ante un problema de planificación que creemos que habría que resolver.

– ¿Cómo está, en su opinión, el tema de la formación continuada?

– La formación continuada que recibimos es escasa y la escasa que recibimos no es la demandada por los propios profesionales, sino que nuevamente se organiza en vertical, es decir, desde arriba hacia abajo. Es siempre la que perciben nuestros gestores como interesante y casi siempre sin contar con la opinión de los profesionales. Ello conduce a un escaso interés por parte del médico ante este tipo de formación. Otro problema es que la mayoría de las veces la formación no es sustituida y se realiza fuera de la jornada laboral, con lo que supone un esfuerzo extra por parte de los médicos. Pensamos que la formación

continuada es una obligación de la Administración con respecto de sus profesionales, que debe ser realizada dentro de la jornada laboral y sobre aquellos aspectos que demanden los médicos. Como ejemplo le puedo decir que la mayoría de los médicos que están haciendo urgencias en los centros de salud no han realizado un curso de RCP, y si lo han hecho, hace más de 5 años que lo realizaron.

– ¿Cómo son las relaciones del colectivo médico de Primaria con la Administración andaluza?

– Yo puedo responder por el colectivo que represento: la SAMG, Sociedad Andaluza de Medicina General. Nuestras relaciones no son buenas, pero tampoco malas. Participamos en todas aquellas comisiones a las que se nos invita, aunque sabemos que no en todas y, sin embargo, hay otras sociedades que sí participan más. Se nos piden informes de aquellos proyectos de decreto relacionados con la Medicina. Pero nos gustaría tener una participación más activa y que se nos consultara más.

– ¿Qué opina de la libre colegiación?

– Si los colegios no existieran, habría que inventarlos. La Constitución Española establece el papel de los colegios profesionales y la obligatoriedad de estar colegiado para poder ejercer una profesión. Por otro lado, la colegiación es obligatoria en casi todos los países, y no sólo en los del mundo occidental. La razón de ser de los colegios profesionales se sustenta en tres pilares fundamen-

tales: la garantía de buena praxis desde el punto de vista científico y ético, la colaboración con la Administración pública en temas profesionales, y la formación continuada de postgrado. Estas tres funciones podrían concretarse en una sola: la defensa de la profesión. Los colegiados no suelen ser conscientes de estas funciones de los colegios y piensan a menudo que "no sirven para nada". En el caso de la Medicina, habría que sumar la actitud pasiva de los colegios de médicos ante el deterioro que, en los últimos años, ha venido sufriendo la imagen del profesional médico, que ha visto cómo en poco tiempo ha pasado de ser un profesional liberal y bien considerado por la sociedad, a ser un funcionario público que recibe presiones tanto del paciente como de la Administración sanitaria, y que ha perdido toda su dignidad y libertad para convertirse en moneda de cambio político. Creo que los colegios de médicos atraviesan por un momento de crisis, fiel reflejo de lo mismo que le ocurre a la profesión, pero precisamente por esto es por lo que debemos revitalizarlos.

“La Medicina General es la puerta de entrada al sistema, la que asegura una atención integral y continuada del paciente en la que debe jugar un papel muy importante la educación sanitaria y la promoción de la salud”

– ¿Qué le parece la idea de crear un sindicato de Atención Primaria?

– Se trata de una necesidad cada vez más sentida entre los médicos de Atención Primaria, que no se sienten identificados, ni representados, ni defendidos por los sindicatos tradicionales ante su peculiar problemática profesional. Los médicos de Atención Primaria somos los peor pagados de Europa y los que soportamos una mayor carga asistencial y una mayor burocracia, y hemos asistido con frustración al fracaso de la Reforma Sanitaria. Los sindicatos no han sabido o no han podido dar soluciones a esta situación y ello ha dado lugar a movimientos assemblearios como la llamada "Plataforma de los 10 minutos". En algunas provincias, como Cuenca y Asturias están empezando a funcionar sindicatos de médicos de familia promovidos por la Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria. Creo que es una reacción lógica que nace del sentimiento de "estar quemado" y de que nadie hace nada por arreglarlo, pero la ley electoral sindical está pensada para favorecer a los grandes sindicatos y estos pequeños movimientos sindicales están llamados al fracaso, porque nunca serán representativos en el sector y no se podrán mantener. Lo que habría que hacer, en mi opinión, es intentar constituir corrientes de opinión sobre la situación de la Atención Primaria, buscar apoyos dentro de los sindicatos tradicionalmente más representativos en el sector y conseguir, a través de ellos, una mayor representación de la Atención Primaria en las ya próximas elecciones sindicales. La otra solución sería modificar la ley elec-

toral sindical, pero eso es sencillamente imposible.

– ¿Cómo ve el futuro inmediato de los médicos generales?

– Teniendo en cuenta que la política sanitaria, en la actualidad, se basa sólo y exclusivamente en obtener el máximo rendimiento en las urnas electorales, ofreciendo una cartera de servicios cada vez más extensa con los mismos recursos humanos y económicos, el médico general que pretenda trabajar en el sistema público, no para realizarse profesionalmente, sino para poder vivir de un sueldo, el cual tampoco cubre las necesidades de éstos, lo tiene realmente muy, pero que muy difícil. Sin embargo, creo que actualmente existe la posibilidad de hacer un frente común por medio del cual el médico vuelva a ser médico.

– ¿Cuál es la labor de la SEMG de Andalucía?

– Nuestra labor es difundir nuestro concepto de Medicina General o de familia o como se le quiera o pueda llamar al ejercicio del médico de cabecera, o sea, cómo es nuestra forma de entender la práctica de la Medicina General. Para nosotros la Medicina General es la puerta de entrada al sistema, la que asegura una atención integral y continuada del paciente, en la que debe jugar un papel muy importante la educación sanitaria y la promoción de la salud. En estos aspectos el papel del médico como agente de salud es primordial. Consideramos que deben desarrollarse procedimientos de calidad asistencial en

los que habría que desterrar situaciones de masificación, consultas de 4-5 minutos, burocratización y la gestión con criterios estrictamente economicistas. Para ello consideramos que la gestión sanitaria debe ser más profesional y quedar al margen de los intereses políticos, la sanidad no debe ser moneda de cambio política. Otra de nuestras labores es la formación. En este punto intentamos dar a los médicos en general y a nuestros asociados en particular el tipo de formación que demandan y que no siempre coincide con la que nos ofrece la Administración, mucho más dirigida a sus intereses que a los que percibe el médico práctico. Yo no recuerdo que se nos haya consultado como sociedad científica en ningún distrito, acerca de cuáles son las necesidades de formación de los médicos y, por supuesto, que en mi centro de trabajo como médico de a pie, tampoco. La Administración sólo oferta la formación que los mandos perciben como necesaria, pero nunca la que los médicos perciben como necesaria, al parecer la opinión de los médicos de base no cuenta demasiado. Creo que es un error. En formación hay que tener muy en cuenta la opinión de quienes la van a recibir, en caso contrario está condenada al fracaso. Estamos muy interesados en introducir la Ecografía en Atención Primaria en Andalucía, pero hasta ahora ha sido imposible. Hemos visto interés en algunos distritos, pero cuando estábamos más cerca cesaban o trasladaban al director y nuevamente vuelta a empezar. Pero no nos desanimamos, porque creemos que sería algo muy positivo para el médico y, sobre todo, para los pacientes. Con la incorporación de la



ecografía a la Atención Primaria ahorraríamos tiempos de esperas para los pacientes. Imaginemos un paciente con problemas digestivos por una litiasis biliar; sin ecografía tendríamos que enviarle al especialista de digestivo y éste, después, al ecografista para, posteriormente, el digestivo remitirlo al médico de cabecera para, por fin, remitirlo al cirujano para ser intervenido. En total muchos meses. Con ecografía, se remitiría directamente al cirujano para su intervención.

Jaime Miranda

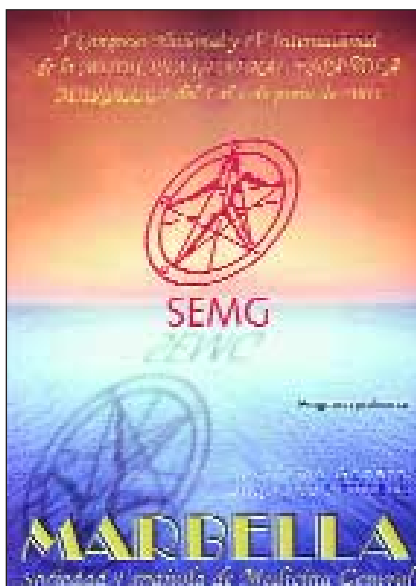
Tendrá lugar en Marbella, del 4 al 7 de junio de 2003

La SEMG presentó a la industria farmacéutica el programa preliminar de su X Congreso Nacional y IV Internacional de la Medicina General Española

Entre el 4 y el 7 de junio de 2003, los médicos de Atención Primaria están citados en Marbella con motivo de la celebración del X Congreso Nacional y IV Internacional de la Sociedad Española de Medicina General. Merced a esta circunstancia, tuvo lugar, recientemente, en el Palacio de Congresos de dicha localidad, la presentación a la industria farmacéutica de un programa preliminar, la cual se mostró muy receptiva a las propuestas de la organización.

En esta oportunidad la presentación corrió a cargo del doctor Carlos López Madroñero, presidente del Comité Organizador, quien estuvo acompañado de los demás componentes del mismo, doctores Guillermo Álvarez Marín, Leopoldo Garrido Garfía, Bernardo Herrera García, M^a del Carmen Millon Ramírez y Álvaro Pérez Gómez.

López Madroñero dio la bienvenida a todos los representantes de la industria y demás asistentes, a la vez que agradeció a la SEMG el gesto de haber elegido Marbella como sede de este décimo evento congresual. Explicó, acto seguido, los principales rasgos que han conferido a Marbella ese singular atractivo que la han hecho universalmente famosa, lo cual, recalcó, pone de relieve el buen tino de quienes decidieron su elección como lugar de cita para los médicos del primer nivel asistencial. Unido a ello, añadió, "Estamos seguros de



que será un buen congreso", porque, entre otros argumentos, el lugar físico seleccionado está preparado para ello.

A continuación el doctor Benjamín Abarca, en representación del Comité de Congresos, explicó a la concurrencia cuál es el papel que este Comité desempeña y cuál es la responsabilidad que asume cada uno de los tres miembros que, de forma permanente, lo componen. Efectuó, seguidamente, un somero repaso por la evolución que ha experimentado el desarrollo de los dos últimos congresos, Santander y Madrid, y explicó punto por punto la novedosa estructura que se había aplicado tanto a las mesas como a los talleres y debates con experto.

La salud y el medio ambiente

Por su parte el doctor Juan Antonio Trigueros, quien, junto con el doctor Abarca y la doctora Mercedes Otero integran el citado Comité de Congresos, expuso una exhaustiva información sobre el contenido científico, cultural y lúdico del X Congreso Nacional de la SEMG.

Así como en la edición anterior se dedicó una jornada completa al tema de la salud mental, en este Congreso, según resaltó Trigueros, el programa ha reservado toda una jornada a la Medicina General y el medio ambiente, de tal modo que los temas a debatir durante ese día estarán directamente relacionados con las patologías generadas por el entorno medioambiental, incluyendo las posibles controversias que haya sobre los efectos nocivos de determinados elementos en el mismo. Cabe añadir que, acorde con esta iniciativa, el lema de este X Congreso es: "Medicina General... mejorando el ambiente".

También expuso el doctor Trigueros, la relación de talleres y debates con experto que se desarrollará este año. A este respecto, destacó la presentación del Registro de Incidencias y Mortalidad por Cáncer, RIMCAN, un estudio epidemiológico sobre dicha enfermedad en Atención Primaria que la SEMG viene elaborando desde hace ya diez años. Sobre esta premisa se abordarán diversas ponencias relacionadas con el cáncer.

Otra mesa a destacar será la que tratará de la medicina basada en la evidencia y sus implicaciones en Atención Primaria; sobre todo, se hará especial hincapié en las evidencias clínicas en alguna de las patologías más prevalentes en Atención Primaria.

El sábado, último día del Congreso, estará dedicado a mesas profesionales. Aquí, entre otros epígrafes, se debatirán las propuestas existentes sobre la carrera profesional, así como la propia propuesta de la SEMG a este respecto. A la par, se efectuará un amplio repaso al tema de la calidad en la Atención Primaria.

Para acompañantes

El programa ha reservado, asimismo, un espacio a las actividades culturales, que en este Congreso adquirirán una especial relevancia. En este sentido, y en el marco de la jornada dedicada a la salud y el medio ambiente, cabe citar la proyección de una película relacionada con este tema. La sesión culminará con un coloquio a cargo de personalidades de la política y de la sociedad involucrados, de un modo u otro, en la temática medioambiental. El jueves se celebrará una cena típica andaluza.

El viernes habrá una actuación musical y el sábado se cerrará el Congre-

so con el acto de clausura, la entrega de los premios SEMG y la posterior cena de gala. El Comité de Congresos de la SEMG, junto con el Comité Organizador, están trabajando en la preparación de un programa para los acompañantes. En él se incluyen excursiones a las zonas próximas a Marbella, como Ronda, una de las ciudades más antiguas de Europa, situada entre la leyenda y la realidad, Mijas y los pueblos blancos de la zona.

El Palacio cuenta con un área considerada "inmejorable" para la exposición comercial. En ella se han diseñado diferentes estructuras y medidas con vistas a que la representación de la industria farmacéutica pueda buscar el sitio que estime más adecuado a sus intereses.

El anteproyecto de Ley de Cohesión, en la recta final

La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud que está elaborando y prácticamente a punto de culminar el Ministerio de Sanidad –se prevé su presentación al Parlamento para antes de fin de año– reserva un apartado específico para los profesionales de la Sanidad, según explicaciones de la ministra, Ana Pastor. Entre otros apartados, el proyecto de ley contempla la creación de una Comisión de Recursos Humanos, encargada de planificar y diseñar programas de formación. Su propósito, ha recalcado la ministra, es conseguir "la máxima implicación del profesional, una implicación que debe ser incentivada tanto económicamente, como en el desarrollo de la carrera profesional".

En el marco de este apartado también tendría cabida, entre otros epígrafes, la movilidad de los trabajadores mediante un "desarrollo armó-

nico de los concursos de traslado", y la implantación de una tarjeta sanitaria única para todo el Estado.

Por otra parte, el Gobierno se reserva la facultad de impugnar disposiciones y resoluciones de las comunidades autónomas que incumplan las garantías de prestación sanitaria requeridas por la Alta Inspección, amén de comprobar la presencia de cualquier tipo de discriminación y supervisar la aplicación de la Tarjeta Sanitaria Individual. A la Alta Inspección le compete, entre otros cometidos, establecer mecanismos de coordinación y cooperación con los servicios de inspección autonómicos, en especial en lo referente a impedir o perseguir todas las formas de fraude, abuso, corrupción o desviación de las prestaciones o servicios sanitarios con cargo al sector público.

A lo largo de su articulado, la ley va delimitando los ámbitos de cola-

boración entre el Gobierno y las comunidades autónomas en todo lo que respecta a prestaciones de farmacia, profesionales sanitarios, investigación, sistema de información sanitaria, etc. La finalidad de todo ello, al decir de la ministra, no es otra que garantizar la equidad, calidad y la participación ciudadana entre Gobierno y comunidades autónomas en materia de prestaciones, farmacia, profesionales sanitarios, investigación, sistema de información sanitaria... con el fin de garantizar la equidad, calidad y la participación ciudadana a nivel nacional, "respetando las diferencias, pero no favoreciendo las desigualdades".

Para ello, la Ley prevé el concurso de instrumentos como las agencias de Evaluación de Tecnologías, el Instituto de Información Sanitaria, la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud y el Observatorio del Sistema Nacional de Salud.

Jornada máxima en AP: 48 horas

La jornada máxima semanal para la Atención Primaria no puede exceder las 48 horas, incluidas las guardias, según confirma una sentencia recientemente emitida por el Tribunal Supremo. El fallo viene así a dar la razón a la Confederación Intersindical Gallega (CIG), que previamente había

presentado ante el Tribunal Superior de Justicia de Galicia una demanda de conflicto colectivo, la cual fue aceptada por el tribunal autonómico.

La solicitud de la CIG consistía en que se fijase para el personal de Primaria una jornada que no sobrepasara las 48 horas -incluyendo la

formación continuada-, por cada período de siete días a lo largo de los doce meses del año. También se incluía en la demanda el derecho a disfrutar, como mínimo, de 11 horas de descanso tras finalizar una guardia de presencia física de 24 horas, sin merma de las retribuciones.

Los planes integrales de salud, de la mano de las sociedades científicas

En el transcurso de una reunión de profesionales de la Medicina, la ministra de Sanidad y Consumo, Ana Pastor, destacó el papel que las sociedades científicas deben tener en el Sistema Nacional de Salud, en beneficio, dijo, de la mejora de la protección de la salud de los ciudadanos. En concreto re-

calcó que las sociedades científicas van a constituir un elemento clave en los Planes Integrales de Salud, cuya puesta en marcha se hará en colaboración con las comunidades autónomas.

Según ha recordado la ministra, los citados Planes Integrales de Salud, recomendados por la OMS, se

centrarán en las patologías de mayor prevalencia en nuestro país, como enfermedades oncológicas, cardiovasculares y neurodegenerativas. Al mismo tiempo servirán para hacer un abordaje integral y homogéneo de las mismas en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

CC.OO. denuncia la precariedad laboral del refuerzo

Más de 5.000 profesionales del colectivo de refuerzo del Estado, en pleno siglo XXI, están en una situación de absoluta precariedad", según denuncia la Federación Estatal de Sanidad de CC.OO. en un informe que presentó recientemente en Pamplona. Según María José Alende, secretaria general de esta Federación, "el empresario, el Servicio de Salud, los contrata para hacer una sustitución durante un domingo, cotiza por ellos durante ese domingo, y el lunes vuelven a estar fuera de plantilla".

La indefensión a que está sometido el colectivo de refuerzo -médicos

y enfermeros/as- ya fue puesto de relieve por MEDICINA GENERAL en un amplio informe (Ver MEDICINA GENERAL N° 38, Noviembre de 2001). En esta oportunidad, Alende abunda en que esa cotización "tan irregular", los deja "al margen del derecho al subsidio de desempleo, al margen de la protección en situaciones de incapacidad transitoria o con la necesidad de trabajar más de 60 años para que sus cotizaciones sumen el tiempo suficiente para tener acceso a una jubilación. No se puede sostener que las administraciones públicas sean las pioneras en el trabajo en precario", añadió.

Por su parte el coordinador del estudio, Esteban Martinena, señaló que los dos elementos que definen al colectivo sanitario de refuerzo en nuestro país son, por un lado, unas condiciones de trabajo precarias causadas por la inestabilidad laboral y, por otro, una discriminación que se ve en factores como su jornada laboral. "Sobre una jornada laboral media de 1.640 horas al año, hemos llegado a detectar jornadas laborales superiores a 5.000 horas en el mismo período", indicó. En la Atención Primaria española los refuerzos lo componen 5.063 profesionales sanitarios, entre médicos y personal de Enfermería.

Pildoritas

Fechas para la OPE. Las pruebas para la OPE de Atención Primaria han quedado fijadas para el 6 y el 16 de marzo de 2003, según el calendario elaborado por las comunidades autónomas, los sindicatos y el Ministerio de Sanidad.

Depresión ansiosa. El 90% de las consultas realizadas en Atención Primaria referentes a patología psiquiátrica están relacionadas con la depresión ansiosa, según el doctor Salvador Cervera,

del Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de la Clínica Universitaria de Navarra. Según este especialista, "nueve de cada diez pacientes deprimidos acuden a su médico de cabecera".

Descolegiación. "Sólo 21 de los 27.000 facultativos que desempeñan su labor profesional en Andalucía han decidido darse de baja de sus respectivos colegios de médicos", según el presidente del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos, Isacio Sigue-

ro. "Esa mínima repercusión constituye hoy la mayor prueba de respaldo a nuestros colegios profesionales", añadió.

2002, año EPOC. La Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, SEPAR, ha elaborado un documento de consenso para el manejo cotidiano de aquejados de EPOC. Según SEPAR, un paciente con EPOC es una responsabilidad compartida entre la Atención Primaria y la Neumología, de ahí que el citado

documento pretenda ser una guía orientativa para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento clínico de la enfermedad. En España, afirma esta sociedad científica, la EPOC origina entre un 10-12 por ciento de las consultas de Primaria y un 35-40 por ciento de las de Neumología, llegando a ocasionar un 35 por ciento de las incapacidades laborales definitivas. Por ello, a la vista de estos datos, ha promovido la denominación del año 2002 como "año EPOC".

Actividades de la SEMG. 2º semestre de 2002

(Acreditadas por la Comisión Nacional de Formación Continuada)

• **XVII Curso de Ecografía General en Atención Primaria**
Madrid, del 14 al 23 de marzo de 2003

Otras actividades

• **III Congreso Interautonómico de Medicina General "Pirineos 2003"**
Participan las sociedades de Me-

dicina General de Aragón, Cataluña, Navarra, País Vasco y La Rioja.
Formigal (Huesca), 26-29 de enero de 2003

• **VI Jornadas extremeñas de Medicina General**
Zafra (Badajoz), 4 y 5 de abril de 2003

• **V Congreso Internacional de Ecografía Clínica**
Barcelona, 1, 2 y 3 de mayo de 2003

• **X Congreso Nacional y IV Internacional de la Medicina General Española**
Marbella, 4 al 7 de junio de 2003

Más información: 91 364 41 20

Publicada en el BOE, entrará en vigor, sin embargo, en mayo de 2003

Ya está aquí la Ley de Autonomía y Documentación Clínica del Paciente

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica y reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, ya está en el BOE, si bien su entrada en vigor tendrá que esperar hasta mayo de 2003.

En la exposición de motivos, la Ley destaca la relevancia que tienen los derechos de los pacientes "como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales", una máxima que recogen casi todas las organizaciones internacionales con competencia en la materia: OMS, UNESCO, Unión Europea...

Al decir de los redactores de la Ley, su especial valía reside en el hecho de que establece un marco común para la protección de los derechos humanos y la dignidad humana en la aplicación de la biología y la medicina. De otra parte, destaca la voluntad de humanización de los servicios sanitarios con una petición de máximo respeto a la dignidad de la persona, a la libertad individual al derecho de autonomía del paciente y a su intimidad, todo lo cual conlleva el propósito de garantizar la custodia de la información y documentación clínica.

El texto hace hincapié en que toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento, por escrito, de los pacientes o usuarios, una vez que estos hayan recibido la informa-

ción adecuada. Dicha información será extensible a los familiares o personas vinculadas que el paciente haya dispuesto.

El derecho del paciente a ser informado habrá de respetarse incluso en caso de incapacidad, "de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal". Si la capacidad de comprensión del paciente es nula por problemas físicos o psíquicos, o cuando es menor de edad, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

Libre decisión

Una vez establecida esta premisa, se adquiere el derecho a decidir libremente, tanto entre las opciones clínicas disponibles, como a negarse a recibir tratamiento, excepto en aquellos casos que determina la ley. Entre sus deberes, al paciente le compete facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud "de manera leal y verdadera".

En caso de no aceptar el tratamiento prescrito, se propondrá al paciente o usuario la firma del alta voluntaria. Si no la firmara, la dirección del centro sanitario, a propuesta del médico responsable, podrá disponer el alta forzosa en las condiciones reguladas por la Ley. El hecho de no aceptar el tratamiento prescrito no

dará lugar al alta forzosa cuando existan tratamientos alternativos, aunque tengan carácter paliativo, siempre que los preste el centro sanitario y el paciente acepte recibirlos. "Estas circunstancias quedarán debidamente documentadas".

Por su parte el médico que interviene en la actividad asistencial "está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente", a lo que se suma la obligación de guardar la reserva debida a la información que recibe.

El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. En este caso, la Ley indica que "se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave. Llegado este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho".

Cabe mencionar también el derecho que esta Ley confiere a los ciudadanos para conocer los problemas sanitarios de la colectividad cuando

impliquen un riesgo para la salud pública o para su salud individual. Esta información se debe difundir "en términos verdaderos, comprensibles y adecuados para la protección de la salud".

Sin consentimiento

Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:

a) Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.

b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo per-

mitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

Al facultativo le compete también informar al paciente y por escrito, sobre las consecuencias relevantes o de importancia de la intervención; los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente y las contraindicaciones.

Documentación clínica y voluntad anticipada

Otro de los derechos que esta Ley 41/2002 concede al paciente es el acceso a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella. A este respecto, un punto destacable es el que hace referencia a la confidencialidad de los datos referentes a la salud del paciente, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley: "Los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior, y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedi-

mientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes".

Los profesionales sanitarios, además de las obligaciones señaladas en materia de información clínica, tienen el deber de cumplimentar los protocolos, registros, informes, estadísticas y demás documentación asistencial o administrativa, que guarden relación con los procesos clínicos en los que intervienen, y los que requieran los centros o servicios de salud competentes y las autoridades sanitarias, comprendidos los relacionados con la investigación médica y la información epidemiológica.

También se ha incluido en esta Ley el derecho del paciente "mayor de edad, capaz y libre", a expresar la voluntad anticipada, esto es, dejar establecidas unas instrucciones previas sobre cuidados y tratamiento médico o donación de órganos si, por determinadas circunstancias, se llega a una situación en que no es posible manifestar los deseos. La Ley contempla la implantación de un registro estatal, a fin de garantizar su efectividad en todo el territorio nacional.

Creado el Grupo Clínico Asesor de AP para Madrid

El doctor Pedro Cañones, presidente de la Sociedad Madrileña de Medicina General y director de esta publicación, ha sido designado vocal, en representación de la SEMG, del recientemente creado Grupo Clínico Asesor de Atención

Primaria del Instituto Madrileño de la Salud.

A raíz de este hecho, la SEMG ha abierto en su página web (www.semg.es) un foro de debate denominado "Atención Primaria en Madrid", donde estarán disponibles todos

los documentos generados por el citado Grupo Clínico Asesor. Se pretende con ello que todos los socios de la Sociedad Madrileña de Medicina General participen aportando sus sugerencias a las propuestas que haga la SEMG en el seno del Grupo en cuestión.