

# ACTO MÉDICO Y BUROCRACIA SANITARIA

## Un proyecto totalitario

### MANUEL MORELL RODRÍGUEZ

Doctor en Medicina y Cirugía, especialista en Oftalmología. Tte Col Médico, ex Jefe del Servicio de Oftalmología del Hospital Militar de Zaragoza. Presidente de la Fundación LUMIUM, Visión, Educación y Salud. Disertación en la tertulia «Encuentros en El Parto», el 21 de diciembre de 2023, del Club de Opinión Encuentros

En primer lugar mi agradecimiento al presidente del Club Encuentros D. Luis Fernando de la Sota Salazar, y, también, a D. Gonzalo Fernández Suarez de Deza por la invitación a participar hoy en el Club de Opinión Encuentros con este tema de tan candente actualidad: «*Acto médico y burocracia sanitaria. Un proyecto totalitario*».

Todos sabemos que la sanidad está en un momento de crisis profunda y que la Pandemia Covid 19 ha llevado a límites; poniéndose de manifiesto los déficits existentes en el sistema público de salud; surge la siguiente cuestión: «*¿Qué sucede en la sanidad pública?*». La Salud y la Asistencia Sanitaria además, de ser un problema muy complejo constituyen, en muchas ocasiones, un ariete de la Izquierda, como en otro tiempo fueron el Prestige y la Guerra de Irak; que, con todo el poder mediático y político, ha encontrado otro «filón» para atacar y bombardear a diario la opinión pública, en esta ocasión, culpabilizando a la presidenta Ayuso y, por extensión, también al PP. Pero, como en todo problema, dejando de lado los criterios simplistas, hay que remontarse al origen y, con su análisis, puede que se encuentren las soluciones.

En mi opinión, se puede considerar que: el gran problema de la sanidad pública se debe a la «*sustitución del acto médico por la burocracia*»; pero, también, la pérdida de la esencia del acto médico sirve al proyecto de control totalitario del sistema sanitario, de la misma forma que sucede en la Justicia y en la Educación. En el curso de esta conferencia iré exponiendo los pasos de este proceso, siendo esta reflexión la clave para que surgiera la invitación a desarrollar este tema en el día de hoy.

La Sanidad Pública en toda España se encontraba al límite, y la Pandemia Covid 19, con una gestión desastrosa, contribuyó a la crisis de todo el sistema sanitario; aunque Madrid, desde el principio, fue una excepción por contar con dirigentes políticos comprometidos y sanitarios expertos en Salud Pública, que tomaron medidas precoces, adelantándose al Gobierno Central, como fueron: el confinamiento precoz; uso de la mascarilla; cierre de los colegios; evitar el cierre total del comercio y hostelería; el Hospital Zandal, etc., duramente criticadas y ferozmente atacadas pero que el tiempo confirmó su acierto en gran medida.

En realidad, tenemos en España un gran sistema sanitario público pero con tremendas incongruencias:

*Por un lado existen unos principios indiscutibles:* Sanidad universal que asiste sin condiciones hasta el inmigrante ilegal; infraestructuras sanitarias magníficas; asistencia sin límite de recursos; técnicas diagnósticas, tratamientos quirúrgicos y médicos del máximo nivel; y, también, servicios de urgencias móviles muy eficaces. *Pero, por otro, la realidad de todos los días es muy precaria:* horario limitado de asistencia para la atención ordinaria: consultas, revisiones, pruebas complementarias y quirófanos que disponen sólo de cinco horas por la mañana (de 9 a 2 de lunes a viernes) con las tardes cerradas, salvo tímidas «peonadas». *Servicios de urgencia saturados*, que atienden a personas con problemas que deberían ser asistidos en horario ordinario; pero, al carecer de esta posibilidad, el paciente sólo tiene la opción de acudir de urgencia; asistencia que, en muchos casos, son un «vacío

clínico» salvo ingreso hospitalario: al paciente se le asigna un diagnóstico y un tratamiento, pero queda casi siempre sin cita para evaluación posterior salvo derivación; en definitiva el enfermo queda «colgado» y, si no va bien, sólo puede volver de nuevo a urgencias que, por supuesto, será atendido por un médico con criterio diferente. *Listas de espera en crecimiento imparable*. Demoras de *dos y tres semanas para la Medicina Primaria*, y en la especializada *superior a 6 meses*, con frecuencia más de dos años. Y la realidad es el de la existencia de *pasillos vacíos: inexplicablemente...!*

*Y lo que es ya mayoritario*: el descontento general y creciente del personal sanitario a todos los niveles, que va más allá de las demandas salariales y de las cargas de trabajo; posiblemente por la ausencia de compromiso con el enfermo debido a la constante rotación de los médicos. *Hay un hecho indiscutible: «las necesidades son infinitas y los recursos serán siempre limitados».*

*Entonces: ¿qué está pasando?, ¿cuál es el origen de esta crisis sanitaria?* Por supuesto existe un gran problema estructural que es el de una *mala gestión* por responsables políticos incompetentes y, además, un Sistema Nacional de Salud con una gestión dividida y dispersa en 17 comunidades, en muchas ocasiones, sin conexión entre sí; con prestaciones y criterios de gestión diferentes, y, además, idiomas regionales que son auténticas barreras para la contratación de sanitarios. Hasta el momento actual, seguimos sin una tarjeta sanitaria unificada válida para toda España.

Pero, como mencioné al principio, es imprescindible investigar el origen para poder encontrar las posibles soluciones, y, por ello, mi respuesta a la pregunta inicial fue la siguiente: «El gran problema de la Sanidad en España reside en la práctica desaparición del “acto médico” sustituido por la “burocracia sanitaria”»; y para esto fueron necesarias unas leyes que determinaron el cambio del modelo sanitario, y, con ello, la evolución totalitaria a la situación actual. Las leyes que condujeron a este cambio fueron las siguientes: 1. *Ley de Incompatibilidades del personal al servicio de la Administración pública 53/84* de 26 de diciembre del año 1984 publicada (BOE nº 4 del 4-01-85); 2. *Ley General de Sanidad 14/1986* de 25 de abril; nº 102 de 29-04-86.

**1. Ley de Incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas, Ley 53/1984 de 26 de diciembre, BOE nº 4, de 04/01/1985**<sup>1</sup>. Legislación que pone los cimientos del cambio en el modelo asistencial, de tal forma que acaba con la posibilidad de que un médico pueda ejercer por las mañanas en un hospital público, y, por las tardes, en un ambulatorio de la Seguridad Social (hoy llamados Centros de Salud); esta medida muy eficaz hasta ese momento permitió dar asistencia continuada a los pacientes dependientes del Sistema Nacional de Salud desde su creación. Esta compatibilidad de puestos asistenciales se interrumpe, sin otra alternativa, con la excusa de poner en el mercado laboral un mayor número de plazas disponibles para subsanar el paro médico, debido a promociones muy numerosas de las facultades de Medicina a partir de los años 80. La aplicación de esta ley, que se implantó de manera progresiva, obligó a los médicos, como a otros funcionarios, a pedir la «compatibilidad», incluso para el ejercicio privado, al Ministerio de la Presidencia. Existía una «línea roja»: *no se pueden cobrar dos salarios públicos*; y, desde aquél momento, miles de profesionales, médicos y enfermeras, fueron obligados a la renuncia de uno de los dos puestos de trabajo hasta entonces compatibles; y, con el paso de los años, junto a los números «clausus» de las Facultades de Medicina, además, de la «huida» a otros países, ha llevado a la grave carencia de profesionales sanitarios en toda el territorio nacional. El resultado, transcurridos los años, fue nefasto y tuvo las siguientes consecuencias:

---

<sup>1</sup> Ley de Incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas, Ley 53/1984, BOE nº 4, de 04/01/1985.

- A. *Supresión de los derechos adquiridos a los titulares por oposición de esas plazas:* y, con ello, pérdida de la cotización realizada para su pensión.
- B. *Pérdida de autonomía en la gestión de su agenda de trabajo,* el médico se incorpora a un servicio jerarquizado y le imponen su agenda de consultas y quirófanos.
- C. *Problemas económicos* de muchos profesionales sanitarios que, al perder su segundo puesto de trabajo, sufrieron un deterioro importante en sus ingresos, afectando notablemente a las economías familiares.
- D. *Cierre progresivo de las tardes* en la asistencia de consultas y quirófanos. En el momento actual por las tardes no existe asistencia ordinaria salvo tímidas «peonadas»; provocando:
- Aumento de las listas de espera
  - Sobrecarga de los servicios de urgencia que tienen que cubrir todas las horas en las que no existe asistencia ordinaria.
  - Horario de servicio ordinario muy escaso: desde la nueva Ley de Sanidad de 1986 sólo el 21% del tiempo diario se dedica al servicio ordinario y el 79 % a urgencias; y, semanalmente, sólo el 15% es atención en horario ordinario y el 85% de urgencia (Cuadro 1)

**Cuadro 1: Horas de asistencia ordinaria y de urgencias**

HORAS DIA	ORDINARIO	%	URGENCIAS	%
HASTA 1986	12 h.	50%	12 h.	50%
DESDE 1986	5 h.	21%	19 h.	79%
HORAS EMANA	ORDINARIO	%	URGENCIAS	%
HASTA 1986	72 h.	43%	96 h.	57%
DESDE 1986	25 h.	15%	143 h.	85%

2. **Ley General de Sanidad, Ley 14/1986, de 25 de abril, «BOE» núm. 102, de 29/04/1986<sup>2</sup>:** que, publicada por el gobierno socialista de Felipe González, modificó sustancialmente la vigente de 14 de diciembre del año 1942, cuando se crea el Seguro Obligatorio de Enfermedad, bajo el Instituto Nacional de Previsión, y su reestructuración posterior el 30 de mayo de 1974. Esta Ley General de Sanidad, tuvo dos principales fundamentos, en primer lugar: *«la idea de integración de los diferentes sistemas sanitarios vigentes en uno sólo»*, con una idea: *«la sanidad para la sanidad»*; y el criterio de que aquellos organismos con sistemas de gestión y asistencia sanitaria sanitarios como: Diputaciones Provinciales, Ayuntamientos, Universidades; la Obra Sindical del 18 de Julio; grandes empresas como Telefónica, Hidroeléctricas; el INI; el Ejército, etc.; cedieran esta función sanitaria a la Seguridad Social. Y, en segundo lugar, de acuerdo a la Constitución de 1978, *«transferir las competencias de la gestión sanitaria a las Comunidades Autónomas»*; algo paradójico: *«unificar para luego disgregar»*. Pero a partir de esta Ley se instauró un cambio del modelo asistencial, que consistió en la desaparición progresiva de los «Cupos de Asistencia»; plazas que eran propiedad de los profesionales sanitarios, ganadas por oposición; y la creación de las *«Áreas de Salud»* con un nuevo modelo denominado *«jerarquizado»*.

Este cambio tuvo una gran relevancia: hasta ese momento cada médico de primaria era el núcleo central de la asistencia y de este dependían los especialistas del primer nivel;

<sup>2</sup> Ley General de Sanidad Ley 14/1986, de 25 de abril, «BOE» núm. 102, de 29/04/1986.

todos ellos tenían, bajo su responsabilidad, un «Cupo Asistencial» (cuadro 2), es decir un número de cartillas que dependían de cada profesional, y, además, las especialidades quirúrgicas, contaban con dos médicos: cirujano jefe y ayudante quirúrgico. En este antiguo modelo el médico, pero también el enfermero (ATS), eran responsable de un número de cartillas –«Cupo»–, con capacidad de gestionar su agenda de consultas y quirófono. Por el contrario, con la nueva Ley de 1986, el profesional sanitario pasa a depender del «Área de Salud» centralizada en un hospital de referencia y se «jerarquiza» (Cuadro 3), incluso se cambia la denominación del médico especialista por la de: «*Facultativo Especialista de área (FEA)*»; a partir de ese momento el jefe del equipo jerarquizado es el que determina su modo de trabajo; formalizándose, también, algo único: «*la rotación de los médicos*», con el mismo criterio del trabajo a turnos existente en la enfermería de hospital, UCI,s, Urgencias, etc. Fruto de esta nueva concepción de la asistencia el paciente pasa a ser «*usuario*» y, además, se deriva una realidad importantísima: *la responsabilidad del profesional se diluye en el equipo jerarquizado*; y, además, entre otras, tuvo las siguientes consecuencias:

- Pérdida de la responsabilidad directa sobre el paciente y la dirección de la enfermedad.
- Pérdida de la agenda de trabajo; y con ello, la autonomía y libertad para la gestión del trabajo en consulta y quirófono
- Pérdida de la *continuidad en la relación médico enfermo*, quizás el hecho más importante; y además, también, la «sostenibilidad asistencial».
- Cambio de la *prioridad asistencial* que pasa cambia de servir al paciente por el protocolo diagnóstico y terapéutico.

### Cuadro 2

#### Esquema del modelo de CUPOS de asistencia primaria y especializada



### Cuadro 3

#### Modelo jerarquizado del Área de Salud



La Ley dice: «*El Sistema Nacional de Salud se concibe de esta forma como el conjunto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados*»; auténtica falacia, cuando hoy día aún no existe una tarjeta sanitaria única y válida en toda España; y, además, para cualquier decisión de relevancia hay que reunir la mesa territorial con las dificultades consiguientes: lentitud, costo económico y la ausencia de algunos consejeros por razones políticas ajenas al problema sanitario. En definitiva: una gran pérdida de eficacia. La centralización fue seguida de la dispersión en 17 gestiones diferentes bajo la competencia de las Comunidades Autónomas, con una gran dificultad y fracaso en la coordinación entre ellas. El Gobierno Central únicamente gestiona la sanidad y la salud pública en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, que son críticas en la frontera con Marruecos, con graves dificultades asistenciales y de cobertura profesional.

Pero el nexo común a todo lo expuesto, lo más destacado, en mi opinión, en la aplicación de esta Ley General de Sanidad de 1986, es la *retirada de la responsabilidad directa al médico en la gestión del enfermo* –y los médicos nos hemos dejado–. La pérdida de autonomía del profesional legítimamente capacitado para ejercer esa función, sustituido por la administración sanitaria mediante protocolos diagnósticos y burocráticos, se impone al profesional la metodología de trabajo. Este nuevo modo de gestión, choca de lleno con el enunciado referido en el Capítulo III de la Ley de 1986, que, en su artículo 10, reconoce y dispone como derecho del paciente: «*A que se le asigne un médico, cuyo nombre se le dará a conocer, y que será su interlocutor principal con el equipo asistencial. En caso de ausencia, otro facultativo del equipo asumirá tal responsabilidad*».

Lógicamente nos hacemos la siguiente reflexión: *¿cómo se puede hacer compatible el ejercicio de este derecho si el médico es diferente cada vez que acude a consulta y el paciente ni siquiera conoce al cirujano que le va a intervenir?*

En mi opinión, además de las dos leyes enunciadas, considero que existen otras causas de la crisis sanitaria: 1. La desaparición del acto médico como eje central de la asistencia; 2. La sustitución del acto médico por la burocracia; 3. La existencia de un proceso totalitario de control de la Sanidad Pública.

### **1. La desaparición del acto médico como eje central de la asistencia sanitaria**

Ante la enfermedad el *acto médico* es la esencia de la asistencia y en acto existen dos protagonistas:

- *La persona enferma* necesitada de ayuda
- *El médico* como sujeto responsable de la acción de curar, el sistema sanitario debe apoyar a este fin con todos sus recursos.

En primer lugar vamos a exponer las siguientes reflexiones, sobre el *Acto Médico* tomadas de Pérez Soba, 2012<sup>3</sup>:

- a. El Acto Médico *se debe a una persona enferma* que se presenta a otra persona, el profesional sanitario, pidiendo ayuda.
- b. La Medicina es un *arte* que incluye un modo de tratar a una persona en un momento delicado de su vida.
- c. La amenaza que se cierne sobre la persona enferma es el de *sufrir* una auténtica *manipulación* por parte de *intereses* ajenos a ellos que pueden ser políticos o comerciales, inclusive de investigación.
- d. *La despersonalización* de la práctica médica se aleja de su propia misión humanística.
- e. El diagnóstico y el tratamiento debe ser guiado por *la ética* no por la técnica.

---

<sup>3</sup> Pérez Soba, Juan José (Mayo 2012). «Voz: Acto médico». Simón Vázquez, Carlos, ed. *Nuevo Diccionario de Bioética* (2 edición) (Monte Carmelo). ISBN 978-84-8353-475-5.

- f. El cuerpo humano es una *unidad orgánica* no tiene piezas sino órganos que cuentan con una función que sirve al todo y es activada desde el todo.
- g. El ejercicio de la *medicina del deseo* está fuera de la objetividad de la enfermedad.

*En segundo lugar repasaremos el concepto de Acto Médico que, desde la remota antigüedad y en la Historia de la Medicina, tiene similar definición y una especial consideración, expresada por muchos autores y entidades:*

- **Hipócrates de Cos (400 a.C.)**<sup>4</sup> decía: «*sólo un hombre humano puede ser un buen médico*».
- **H. López (México, 2017)**<sup>5</sup>: El Acto Médico se entiende como: «*la relación entre el médico y el paciente, es la esencia del ejercicio profesional de la medicina*», existiendo, también, un acto médico indirecto que se refiere a todos aquellos que, sin estar en contacto con el enfermo, contribuyen a mejorar la calidad de la atención médica y en este se pueden englobar: la formación médica, la investigación, la administración sanitaria, etc.
- **En el Diccionario de la Clínica de la Universidad de Navarra**<sup>6</sup>: «*Acto Médico es en el que el médico actúa como profesional de la medicina para prevenir, diagnosticar, pronosticar, tratar y acompañar al paciente*».
- **Carlos Romeo Casabona** citado por Ricardo de Lorenzo, define el acto médico con referencia a Stoos que, desde 1898 hasta nuestros días, se puede definir como: «*aquella actividad profesional del médico, dirigida a diagnosticar, curar o aliviar una enfermedad*».
- **Ricardo de Lorenzo 2019**<sup>7</sup>, manifiesta que el Acto Médico tiene, también: «*una personalidad jurídica y una consideración de interés público*»: la Salud es un derecho fundamental y ello lleva a la intervención del poder público por lo que el acto médico pasa de una relación bilateral a una trilateral siendo el intermediario entre el médico y el enfermo la administración. El Acto Médico la define Ricardo de Lorenzo como: «*cualquier actividad autónoma sobre la persona enferma, a efectos preventivos, curativos o paliativos, en orden a la investigación, detección, diagnóstico, prescripción, tratamiento y rehabilitación de la salud*». Aquí destaca la importancia de la «*soberanía terapéutica sobre el acto médico*»; y, también, «*este debe de estar enmarcado en la autonomía y la iniciativa privada del médico como estímulos vitales y garantía de libertad, y se debe de considerar como un acto de justicia, por cuanto distribuye o redistribuye salud: "suum cuique tribuere"*». Y termina diciendo R. de Lorenzo: «*el acto médico es un acto de justicia y de justicia social con toda la grandeza y servidumbre que ello conlleva*».
- **Pedro Laín Entralgo manifestaba en 1979**<sup>8</sup>: sobre Hipócrates que decía: «*en el Acto Médico han de intervenir el amor al hombre y la voluntad de ayudarlo*». Y, también: «*El Acto Médico es un acto ético, pero los principios en los que se funda varían con las corrientes religiosas y las conveniencias sociales que en la respectiva situación histórica tengan vigencia*».
- **La OMC en el Código de Deontología Médica** en su artículo 7.1 define<sup>9</sup>: «*Se entiende por acto médico toda actividad lícita, desarrollada por un profesional médico, legítimamente capacitado, sea en su aspecto asistencial, docente, investigador, pericial u*

---

<sup>4</sup> Juramento hipocrático original completo de Hipócrates [www.tratamientoyenfermedades.com](http://www.tratamientoyenfermedades.com), 10 agosto, 2018.

<sup>5</sup> Fidel Herminio López López El Acto Médico, MEDICA 2002, 23-02-2017, Oaxaca, México.

<sup>6</sup> El Acto Médico. *Miccionario clínica Universidad de Navarra* [www.cun.es/diccionario](http://www.cun.es/diccionario).

<sup>7</sup> Ricardo de Lorenzo. El Acto Médico y su trascendencia jurídica. Redacción Médica 3-04-2019.

<sup>8</sup> P. Laín Entralgo M. Morell Rodríguez, La Ética Médica Hipocrática, 1979.

<sup>9</sup> Ley de Autonomía del Paciente, Ley 41/2002, de 14 de noviembre «BOE» núm. 274, de 15/11/2002.

*otros, orientado a la curación de una enfermedad, al alivio de un padecimiento o a la promoción integral de la salud».*

## **2. Sustitución del acto médico por la burocracia**

En la sanidad en general y en la pública en especial, *se está sustituyendo el Acto Médico por la Burocracia*, no sólo administrativa sino, lo que es más grave, también, la asistencial; mediante *la implantación de los protocolos diagnósticos y terapéuticos*. En realidad, los protocolos que emiten las sociedades científicas y la administración sanitaria deben ser directrices pero sin obligado cumplimiento. *«El auténtico protocolo es el que marca cada enfermo»*, *«la enfermedad se hace única en cada persona»*. El criterio dictatorial obligatorio de estas normas contribuye a la minusvalía del acto médico y, en gran medida, a la deshumanización; por considerar al enfermo como *«usuario»* de un servicio público y al médico un *«instrumento»* para ejecutarlo. Se podría definir como: una *«medicina industrial en cadena de montaje»*. (Cuadro 4) Se ha venido desplazando el acto médico de su esencia por una burocracia ejecutante, como sistema impulsor de la prestación sanitaria. Pero, además, existen otros hechos que han contribuido, en gran medida, a la situación actual de caos, ineficacia, listas de espera, etc., y estos son los siguientes:

- A. *Ausencia de un médico responsable*; incumpliendo las directrices de las leyes:
  - a. *Ley General de Sanidad* (Ley 14/1986, de 25 de abril, «BOE» núm. 102, de 29/04/1986) Cap III, art. 10.7: *«se asigne un médico responsable...»*.
  - b. *Ley de Autonomía del Paciente* (Ley 41/2002, de 14 de noviembre «BOE» núm. 274, de 15/11/2002) Cap. I Art. 3: *debe existir «un médico responsable...»*.
  - c. *Código Deontológico de la OMC (OMC Diciembre 2022)*<sup>10</sup>.
    - *Art. 6,5: «el médico tiene el deber y el derecho de ejercer con autonomía y libertad»*.
    - *Ar. 7.4: «el médico debe respetar el derecho del paciente a elegir o cambiar de médico o de centro sanitario»*.
    - *Art. 9: «existe la obligación de identificarse e identificar al médico responsable»*.
- B. *Pérdida de la Agenda de Trabajo*, que deja de gestionar el médico directamente, y se centraliza en macro oficinas de citas ajenas a la realidad de cada servicio
- C. *Rotación de los profesionales sanitarios*, el médico cambia cada día de consulta, también de quirófano, sin conocimiento previo, en muchos casos del paciente que tiene que operar, ni tampoco realizar un seguimiento posterior.
- D. *Alto porcentaje de interinidad* por la escasez de oposiciones.
- E. *Un nuevo modelo de gestión de las listas de espera: La «Alta Resolución»*, que implica consultas rápidas sin revisión ni valoración posterior que, en comunidades como Aragón, alcanza sus mayores cotas. Esta fórmula parte del error de que, en una sola consulta, se asigna un diagnóstico y un tratamiento sin valoración ni evaluación posterior y, además: se tiene que «acertar». En definitiva es la sustitución *«del acto médico por un acto mágico»*; el médico solo puede derivar:
  - a. *A una prueba diagnóstica que, después de muchos meses, es interpretada por otro médico diferente. Una valoración por un médico diferente pierde gran parte de su valor: por la demora en el tiempo y, también, por desconocer el criterio de la petición.*
  - b. *A otro Servicio, más especializado, al médico de familia o bien a urgencias.*

---

<sup>10</sup> *Código Deontológico de la OMC, diciembre de 2022.*

- c. *Hacia una operación, sin posterior evaluación, en muchos casos, de la correcta indicación quirúrgica.*

### **3. El proceso totalitario del control sanitario**

En esta reflexión considero que: sin saber si existió en algún momento un plan premeditado de control totalitario para la sanidad pública, la realidad de la situación y, como consecuencia de todo lo expuesto; se han desarrollado unos mecanismos que han conducido a la implantación de un sistema totalitario que se resume en: «*el manejo y control del acto médico por la administración, encubierta en los protocolos*». La aplicación rígida del protocolo lleva a que el médico descansa su conciencia y descargue su responsabilidad en el cumplimiento de estos; y, además con la falsa creencia de que este seguimiento del protocolo le va a proteger de posibles demandas judiciales. Pero además, la rotación en el puesto de trabajo incumpliendo las leyes, sin asumir la dirección de la enfermedad, puede llegar a ser una tragedia para el enfermo pero, también, para el médico una auténtica catástrofe: «*es muy difícil aprender sin la experiencia que mana del acompañamiento y seguimiento de la evolución de la enfermedad*». El médico se encuentra, en muchos casos, que, aunque no comparta la indicación diagnóstica o terapéutica, no puede modificarlas porque, dada las dificultades para revisar al paciente y carecer de agenda propia, no puede acometer esa responsabilidad. Lo perverso del sistema es que se incumplen sistemáticamente, las leyes vigentes y, también, el Código Deontológico de la OMC; todas ellas dicen, como hemos expuesto anteriormente, que debe existir «*un médico responsable del proceso*».

*«Médico responsable, el profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales»<sup>11</sup>.*

Otro argumento que justifican muchos gestores, es el siguiente: «la escasez de médicos», hecho que no deja de ser otra falacia; siempre hemos vivido en la carencia de profesionales sanitarios debido a que las necesidades son infinitas y los recursos siempre limitados. Lo que fracasa es la gestión, y en ello hay que incidir, motivo por el que se hace imprescindible las siguientes propuestas:

- a. *Realizar un plan de previsión* del Ministerio de Sanidad, en forma de Pacto de Estado, respecto a las necesidades del Sistema Público de Salud con 10 años vista.
- b. *B Cambiar el modelo de selección para el acceso a las facultades de Medicina*, eliminando los criterios erróneos basados en la nota del Bachiller y cambiarlos por la actitud y aptitud para la profesión sanitaria. Tendríamos más médicos vocacionales.
- c. *Planificación del MIR*: plazas necesarias para cubrir las necesidades futuras exigiendo, además, una servidumbre por año de formación: mínimo dos años por año de especialidad, con el fin de garantizar la reposición de los puestos de trabajo vacantes, especialmente en zonas de difícil cobertura.
- d. *Evaluación periódica* de los conocimientos teóricos y prácticos de los médicos durante la residencia MIR y, también al final; como sucede en todos los países.
- e. *Validez del Título de Médico para el ejercicio de la Medicina General*: después de seis años en España no se puede ejercer la profesión como médico general sin hacer el MIR.
- f. *Eliminar la exclusividad de formación especializada únicamente por el sistema MIR público*, se deberían permitir otras opciones y el Estado evaluar la aptitud al final residencia, independientemente del centro sanitario formador, público o privado.

---

<sup>11</sup> El Acto Médico OMC *Médicos y pacientes*, 1-04-2013.

- g. *Convalidación y validez de títulos extracomunitarios*, aunque no tengan el MIR para el ejercicio de la Medicina General.

#### **Cuadro 4**

#### **Sustitución del Acto Médico por la Burocracia**



#### **Y ante este panorama: ¿existe algún punto de esperanza?:**

Posiblemente con políticas sensatas y valientes que recuperen el acto médico, como la expresada en este sentido, el pasado 6 de marzo, por el Dr. Enrique Diaz Escudero Consejero de Sanidad de Madrid en el primer gobierno de Ayuso; que, en una entrevista radiofónica, dijo: «*La asistencia sanitaria debe estar bajo el liderazgo del médico y la colaboración de otras profesiones sanitarias: enfermería, auxiliares, técnicos, etc.*».

Partiendo de las grandísimas dificultades y la gravedad de la crisis sanitaria, en mi opinión habría que tomar unas medidas extraordinarias:

1. *Oposiciones anuales* y unificadas para toda España, para consolidar las plazas y facilitar la movilidad en todo el territorio nacional.
2. *Eliminar las barreras de idioma autonómico* para el acceso al ejercicio profesional.
3. Limitar las competencias autonómicas en favor del Estado Central, con:
  - a. *Prestaciones iguales y calendarios de vacunaciones en todo el territorio nacional*
  - b. *Tarjeta sanitaria única y válida para toda España*
4. *Compatibilizar el ejercicio de mañana y tarde* de forma estable, eliminando las primas en el salario por no «ejercer» la medicina privada
5. *Evaluación de la calidad y resultados profesionales*, no en base al ahorro sino por la calidad del trabajo. El mejor evaluador de un médico es el paciente: ¿por qué no se hacen encuesta de satisfacción, es que no interesan?
6. *Incentivar* la prolongación del horario asistencial de consultas y quirófano por las tardes, implantando incentivos lógicos y justos.
7. *Eliminar la rotación de los médicos* salvo en los servicios de urgencia.
8. *Impulsar la autonomía del médico* recuperando la gestión de la agenda profesional.
9. *Potenciar los convenios* con la Medicina Privada.
10. *Implantar un modelo similar al de MUFACE*, de tal forma que, como sucede en otros países, el paciente elige con libertad su opción asistencial y el médico que le atiende.

En Resumen, considero que la máxima que preside el escudo del Hospital Militar de Zaragoza debería ser un lema a seguir por todo profesional de la Enfermería y de la Medicina y que nunca se debería olvidar: «*In hominum servitio semper fideles*». *Siempre al servicio del hombre*