



13 artículo

Rogelio Altisent Trota [[Buscar autor en Medline](#)]
Rodrigo Córdoba García [[Buscar autor en Medline](#)]



Ética, profesionales y organización sanitaria

[Ver resumen y puntos clave](#)

[Ver texto completo](#)

[Volver al sumario](#)

Texto completo

Para introducir las tres consultas desarrolladas a continuación parece interesante traer aquí las palabras de un afamado autor de la bioética norteamericana, Mark Siegler¹ a propósito de la nueva relación médico-paciente en la era de la "medicina gestionada": La era del paternalismo se extendió desde el año 500 a.C. hasta 1965. Tras ella vendría la era de la autonomía, que a su vez desembocaría en la actual era de la medicina gestionada, caracterizada por una serie de obligaciones: 1. Contener el gasto y administrar con eficiencia los recursos sanitarios; 2. Analizar los riesgos y posibles beneficios de cada intervención clínica en un marco social, y 3. Equilibrar las necesidades y los deseos del paciente con la justicia social de la comunidad de la que forma parte. "El paternalismo del médico y la autonomía del paciente, particularmente con respecto a las decisiones médicas, se verán reemplazados por consideraciones sobre la eficiencia y conveniencia a nivel social e institucional, basadas principalmente en razones económicas y necesidades sociales. (...) En contraste con las dos etapas anteriores, los deseos tanto de médicos como de pacientes estarán subordinados a los deseos de los administradores y burócratas".

¿Es ético que me obliguen a tomar decisiones económicas (ahorro farmacéutico, racionamiento de recursos, priorización de pacientes para aliviar las listas de espera) en mi actividad clínica? Por otro lado vemos que la Administración Sanitaria dedica presupuestos importantes a algunos campos controvertidos (clonación terapéutica, cambio de sexo...) mientras sigue restringiendo la financiación de servicios tan elementales como el de atención buco-dental que todo el mundo considera necesarios. Por ejemplo, los ancianos sin recursos no pueden acceder a una prótesis dental. ¿Podría solicitar de un comité de ética que se pronunciara en este sentido? ¿Hay algún estamento que vele para salvaguardar la ética de distribución de recursos?

Rogelio Altisent

Las cuestiones éticas relacionadas con la justicia y la distribución de recursos sanitarios han entrado en la escena médica hace relativamente pocos años, pero lo han hecho de una manera un tanto tormentosa y conflictiva, generando malestar entre muchos médicos que se sienten incómodos, al verse forzados a tomar decisiones que, en su opinión, exceden sus deberes profesionales.

Desde hace unos años se suelen mencionar este tipo de nuevas cuestiones como uno de los tres factores históricos que dan razón del desarrollo de la moderna bioética; esto es: 1) los avances biomédicos, 2) la toma de conciencia de la autonomía del paciente, y 3) los nuevos modelos de organización sanitaria, donde surgen estas consideraciones que ahora se plantea sobre la justicia interpretada como equidad (racionamiento, listas de espera, priorización en la distribución de recursos, etc.).

Conviene decir algo sobre la formación del profesional en actitudes ante las cuestiones de justicia. Hace tan solo tres décadas en nuestro medio los médicos apenas nos planteábamos el coste-oportunidad de las intervenciones médicas, y difícilmente hacíamos una reflexión sobre la eficiencia de nuestras decisiones. Tengo grabada la escena de comienzos de los 80, cuando los residentes ante un paciente con una artritis marcábamos de entrada toda la batería de pruebas de laboratorio que el impreso de solicitud situaba bajo el epígrafe de "pruebas reumáticas", incluyendo el HLA, "para ver que salía" y si de paso cazábamos un B27. Luego, también recuerdo que se puso de moda pedir la "subpoblación linfocitaria", porque en una sesión clínica se presentó un caso "muy

bibliografía

1. Siegler M. La relación médico-paciente en la era de la medicina de gestión. En: AA.VV. Limitación de prestaciones sanitarias. Madrid: Fundación Ciencias de la Salud/Doce Calles, 1997: 44-64.
2. Ortún V. ¿Qué debería saber un clínico de economía? Dimensión Humana 1997; 1(4): 17-23.
3. Comisión Central de Deontología del Consejo General de Colegios de Médicos. **Declaración "Sobre la libertad de prescripción del médico"**
4. El Dr. Bernat Soria, uno de los principales impulsores de una legislación favorable al uso de embriones en medicina regenerativa, tiene ahora un **discurso mucho más cauto a la hora de vaticinar resultados**, y en el caso de la diabetes mellitus se refiere posibles avances en la regeneración de células productoras de insulina a partir de células troncales adultas.
5. Coombes R. Life saving treatment or giant experiment? BMJ 2007; 334; 721-723.

[Ver más](#)

enlaces

No hay enlaces de interés



interesante" de sarcoidosis donde se manejó este resultado. Hasta que un día nos cogió por banda un jefe de sección del Laboratorio para explicarnos el alto coste de esas pruebas y pedirnos que, por favor, lo pensáramos dos veces antes de hacer estas peticiones, valorando con rigor su rentabilidad diagnóstica en cada paciente. Pero, el caso es que hasta ese momento nadie nos había enseñado nada al respecto, ni en la licenciatura ni en la formación postgraduada.

El criterio de eficiencia clínica, como dice Vicente Ortún, es una marca del virtuosismo en Medicina². Es decir, la valoración de la eficiencia diagnóstica o terapéutica es una exigencia de la ética médica. Dicho en otras palabras, es un deber profesional plantearse conseguir objetivos clínicos al menor coste posible, lo pague quien lo pague. Nos situamos, lógicamente en el ámbito de la gestión clínica, es decir, de las decisiones que el clínico tiene en su mano adoptar. Porque, tampoco podemos olvidar, nadie está obligado a lo imposible; sin embargo, tenemos este deber cuando está dentro de nuestro ámbito de decisión.

El Código de Ética y Deontología Médica establece en su artículo 6: *"El médico ha de ser consciente de sus deberes profesionales para con la comunidad. Está obligado a procurar la mayor eficacia de su trabajo y el rendimiento óptimo de los medios que la sociedad pone a su disposición"*. Una aplicación de este criterio a la ética de prescripción se puede encontrar en la Declaración de la Comisión Central de Deontología de la OMC *"Sobre la libertad de prescripción del médico"* donde se establece que *"el médico está por ello particularmente obligado a prescribir con racionalidad y buen sentido económico. Ello excluye la prescripción de precio más elevado cuando su eficacia es idéntica a la de otros de costo inferior..."*³.

Vemos, por tanto, cómo está justificado que el médico se sienta responsable de las repercusiones económicas de aquellas decisiones que están a su alcance. Lo cual, sin duda, es un elemento añadido de complejidad en la profesión médica que debe ser asumido e incluido en el currículo formativo. Basta hacer una búsqueda bibliográfica sobre economía y salud para comprobar la relevancia que está adquiriendo en tema en la bibliografía biomédica.

Sin embargo, es verdad que el necesario esfuerzo de las Administraciones sanitarias por controlar la economía se vive entre los médicos con incomodidad, quizá porque en ocasiones se percibe que en la "alta gerencia" funcionan como agentes dobles. Por un lado existe un creciente afán de la "rama política" por garantizar derechos de la ciudadanía a una asistencia prácticamente sin límites, en un ejercicio de "esconder la cabeza debajo del ala", que ningún cargo público se atreve a cuestionar por miedo al castigo electoral. Por otro lado, la "rama gerencial" responsable directa de la gestión se mueve en una continua tensión de "tira y afloja" para contener los presupuestos. En medio se nos sitúa a los profesionales, y en especial a los médicos, colocándonos frente a una población cada vez más consciente de sus derechos, en quien no siempre coinciden las necesidades sentidas y las reales. Veamos tan solo un ejemplo: existen en el mercado una serie de vasodilatadores cerebrales cuyo valor intrínseco se ha demostrado escaso o nulo desde hace años. En los contratos programa se desincentiva su prescripción, pero no se da el paso de retirar su financiación pública por "miedo político"; sin embargo se sitúa al médico como parachoques frente al paciente apelando a su ética profesional, e incluso supeditando los incentivos económicos a evitar esta prescripción. Se trata, por tanto, de un motivo de malestar plenamente justificado.

En la segunda parte de la pregunta se plantea una cuestión que pertenece a otra esfera, pues se refiere a decisiones de política presupuestaria que se sitúan fuera de nuestro alcance como facultativos, donde tenemos una responsabilidad bastante más limitada. Lo cual no significa que esté justificada la inhibición, pues siempre tendremos un criterio desde la ética profesional y, por supuesto como ciudadanos.

En el caso planteado de la falta de financiación para las prótesis dentales en ancianos, no hay duda de que un movimiento reivindicativo de origen profesional tendría mucho impacto. Se podrían mostrar, mediante estudios epidemiológicos, las repercusiones que la falta de dentadura tiene en la salud y la calidad de vida de los mayores que carecen de recursos para una prótesis, lo cual tiene una traducción en ganancia de años y calidad de vida. Un estudio de estas características tendría probablemente resultados muy competitivos de coste de oportunidad frente a muchas otras prestaciones asistenciales. El problema particular se plantea cuando los afectados, en este caso los ancianos de bajo nivel sociocultural, tienen escasa o nula capacidad de presión social y mediática. En Atención Primaria este escenario no nos resulta nuevo si recordamos la famosa ley de los "cuidados inversos", según la cual pueden acabar recibiendo mayor atención quienes menos lo necesitan, y al contrario.

En el caso citado de los recursos dedicados a la "clonación terapéutica" se presenta un problema de otra índole, pues no se trata de presupuestos dedicados a la asistencia sino a la investigación, donde se trataría de discutir su oportunidad en competencia con otros campos a la hora de decidir los recursos que la sociedad asigna a la investigación. En este caso particular se deben analizar dos niveles éticos: a) la ética del experimento en sí, y b) el coste de oportunidad de la línea de investigación (en un pronóstico de logros futuribles).

En el primer nivel es bien conocida la controversia que en medicina regenerativa se ha planteado entre la fuente de obtención celular: de origen embrionario o de tejido adulto. En el primer caso se destruyen embriones humanos, mientras que en el segundo no se plantea ninguna objeción ética. En cuanto a la valoración del coste de oportunidad entre estas dos líneas de investigación hay confusión. Por un lado la evidencia nos muestra que los resultados reales se están obteniendo actualmente a partir de células madre adultas, mientras que los importantes logros terapéuticos que se venían anunciando con las células de origen embrionario, se sitúan en un horizonte cada vez más lejano, a juzgar por las declaraciones de los propios investigadores⁴,

No existe en estos momentos en España un comité específico al que se pueda acudir a consultar o solicitar un pronunciamiento sobre una cuestión de ética en la distribución de recursos. Sin embargo, algunas Comunidades Autónomas tienen comités consultivos de bioética que probablemente aceptarían elaborar un dictamen al respecto.

Las decisiones sobre distribución de recursos se plasman en los presupuestos, y los debates presupuestarios siempre son políticos, debiendo ser, por tanto objeto de debate público. Es cierto que a menudo se corre el riesgo de mezclar medicina y política haciendo una combinación que puede llegar a ser tóxica para la población. Pero esto ocurre cuando la política degenera en demagogia. Tenemos el caso reciente de la amenaza de gripe aviar que llevó a algunas administraciones sanitarias a adquirir grandes cantidades de determinados antivíricos, sin tener seguridad de su utilidad, reconociendo que no se podían exponer a la crítica de la oposición que le exigía esta medida. El debate actual sobre la vacunación masiva de niñas prepúberes para el papilomavirus, responsable del 70% de los casos de cáncer cervical, promete convertirse en un paradigma de controversia médico-política. Recomiendo el artículo del British Medical Journal titulado: ¿Tratamiento para salvar vidas o un experimento gigantesco?⁵, donde se recogen opiniones divergentes al respecto. En el fondo, nos encontramos ante un nuevo problema de distribución de recursos con una vacuna que requiere 3 dosis a un coste de 280 euros. Una valoración cuidadosa de la equidad nos obliga a responder al menos a tres preguntas: ¿quién se beneficiará de una campaña de vacunación masiva?, ¿a cambio de qué?, ¿hay alternativas con mayor rentabilidad social? (para responder a esta última pregunta necesitamos que los economistas de la salud nos hagan las cuentas para comparar con una buena estrategia de detección precoz mediante citología, especialmente centrada en los grupos de mayor riesgo de desarrollar carcinoma de cuello de útero).

Recientemente la Gerencia de Atención Primaria ha introducido la deshabitación tabáquica en la cartera de servicios de atención primaria. Sin embargo ese nuevo servicio no ha venido acompañado de más recursos ni tampoco se financian los medicamentos para ayudar a los fumadores a dejar de fumar ¿Debemos los profesionales sanitarios incorporar nuevas actividades dentro de una apretada agenda sin recibir más recursos por parte de la administración? ¿Qué consideraciones pueden hacerse en este caso?

Rodrigo Córdoba

Se trata en efecto de una cuestión que tiene diversas facetas que intentaremos analizar por separado. En primer lugar la incorporación de un nuevo servicio suele ir precedida de un consenso entre representantes de diversos colectivos de atención primaria con los responsables del servicio de salud. Estos grupos de trabajo suelen definir la pertinencia y prioridad de la actividad, los objetivos más realistas, los métodos más accesibles y los sistemas de registro y evaluación más idóneos. Normalmente esto va acompañado de un plan de formación y de unos criterios de incentiación en forma de productividad variable con una ponderación determinada. Por lo tanto no se puede afirmar alegremente que los nuevos servicios propuestos no vengan con un pequeño panecillo de recursos bajo el brazo. Ahora bien, los recursos son limitados y es evidente que si se hacen tratamientos y seguimientos de pacientes fumadores habrá que dejar de hacer otras tareas quizás menos coste-efectivas o hacerlas en una medida más eficiente. El factor tiempo es una objeción habitual ante la posibilidad de incorporar nuevos servicios por parte de los profesionales de atención primaria. Esta objeción es habitual en lo referente a actividades de prevención y promoción de la salud.

En segundo lugar, la intervención breve en tabaquismo es una obligación ética inherente a la actividad médica y de las demás profesiones sanitarias habiendo numerosas referencias en los grandes textos como la Constitución, la Ley General de Sanidad, el Real Decreto de ordenación de las profesiones sanitarias y los Códigos éticos de los Colegios Profesionales. Por otra parte la intervención en tabaquismo es, junto a las vacunas, de las pocas cosas claramente coste-efectivas en medicina preventiva como ya se evidenció en los informes, de la Canadian Task Force on Preventive Health Care, en el del US Preventive Service Task Force y en el informe del Surgeon General⁶. Por lo tanto no hay motivos para poner objeciones a la intervención breve en tabaco en cualquier circunstancia de trabajo en el ámbito de la atención primaria.

El tercer aspecto hace referencia al tratamiento de deshabitación del tabaquismo. En este caso son necesarias algunas exigencias previas, como puede ser la formación y

entrenamiento en habilidades, la posibilidad de usar fármacos de apoyo a la deshabituación y la conveniencia de unidades de referencia y apoyo a la deshabituación tabáquica. Lamentablemente los fármacos de deshabituación tabáquica no están financiados en la mayoría de las comunidades autónomas (salvo en Navarra), pero tampoco lo están otras terapias más o menos eficaces que se emplean con cierta asiduidad (orlistat o sibutramina para la obesidad). Por lo tanto ello no debiera ser un obstáculo dado que el tratamiento del tabaquismo dura 8-12 semanas y viene a costar lo que se gasta el fumador medio en tabaco en ese periodo. Por otra parte sabemos que el tratamiento del tabaquismo resulta 4 veces más coste-efectivo que el tratamiento de la hipertensión arterial y 13 veces más coste-efectivo que el tratamiento de la hipercolesterolemia⁷. Siendo así porqué no nos hacemos la siguiente pregunta ¿No estamos gastando demasiadas energías y recursos en otros problemas de salud menos prioritarios que el propio tabaquismo? El tiempo dedicado a intervenir en tabaco siempre va a estar bien empleado y va a ser coste-efectivo. Es cierto que hay que exigir más recursos, pero en ningún caso esta justificada su ausencia como coartada para el nihilismo, la indiferencia o la timidez en el tratamiento del tabaquismo. Ahora bien, la administración debería ser coherente cuando por un lado financia el tratamiento de deshabituación del alcoholismo (acamprosato, disulfiram, naltrexona...) y no financia las terapias para el tabaquismo que ocasiona seis veces más mortalidad prematura que aquel⁸. Son por tanto razones éticas las que aconsejan que los fumadores tengan mayor accesibilidad a los tratamientos del tabaquismo.

Por lo tanto, cualquier médico de familia debería ser activo en el tratamiento del tabaquismo y especialmente cuando sea requerido por fumadores que verbalizan la necesidad de ayuda para dejar de fumar. El médico de familia debería estar formado y preparado para dar una respuesta a esa demanda que va a ser creciente en nuestra sociedad. Y un tratamiento de un trastorno adictivo crónico como es el tabaquismo no puede resolverse con una palmadita en la espalda ¿Acaso hacemos eso con los diabéticos o con los asmáticos? El médico está éticamente obligado a formarse en el tratamiento del tabaquismo, a aconsejar a identificar a todos los fumadores que acuden a su consulta por cualquier motivo, a aconsejar con cortesía pero con firmeza para que dejen de fumar y en algunos casos a iniciar tratamientos de deshabituación tabáquica serios y planificados. En el caso de que no se sienta capaz o tenga serias contradicciones personales (médico fumador), el profesional debería solicitar ayuda a algún compañero con más habilidades y experiencia en el tratamiento del tabaquismo y si no lo encuentra debería tener información de a dónde derivar a pacientes fumadores para tratamientos efectivos dentro del sistema público de salud. Cualquier actuación de inhibición podría considerarse cuando menos una seria irresponsabilidad y desde luego una actuación éticamente reprobable a la luz de todas las evidencias acumuladas sobre el tabaquismo en los últimos 50 años.

El tratamiento del tabaquismo tiene una alta coste-efectividad pero también es verdad que la promoción de los espacios sin humo por parte de las administraciones públicas es mucho más coste-efectiva que el tratamiento del tabaquismo. Sin embargo el beneficio individual de acceder a tratamientos de deshabituación para dejar de fumar es indiscutible. De hecho, si se financian los tratamientos dejan de fumar más personas que únicamente con la promoción de espacios sin humo, aunque ambas cosas son igualmente necesarias y recomendables. El ejemplo de la Ley 28/2005 es muy clarificador. Durante el primer año de vigor de la ley diversas encuestas sugieren que 750.000 fumadores han dejado el tabaco. Se estima que los tratamientos farmacológicos los han utilizado unos 50.000, de las cuales habrán dejado el tabaco entre 15 y 20.000. Es decir de las personas que dejaron de fumar en 2006 únicamente un 2-3% lo hicieron con tratamientos farmacológicos. Con la financiación el número de cesaciones asociadas a uso de fármacos podría llegar a 100.000, pero eso equivale como mucho al 0,3% anual en la prevalencia poblacional de tabaquismo, por lo que su impacto no sería muy evidente a corto plazo aunque sí a largo plazo. En Reino Unido, con financiación de las terapias desde 1999 llegan al 17% los fumadores que dejan de fumar con el apoyo de fármacos si bien el impacto de la financiación en la reducción de la prevalencia medida a través de las encuestas nacionales de salud es muy modesto⁹.

En España, se estima que el 50% de los fumadores que acuden al médico de familia son aconsejados para dejar de fumar. El impacto de este consejo a veces es minimizado, ignorado o minusvalorado por los profesionales sanitarios. Sin embargo, sabemos que al menos 5% de los fumadores aconsejados dejarán de fumar. Por lo tanto y teniendo en cuenta que al menos 3,5 millones de fumadores reciben consejo cada año por parte de su médico de familia, se estima que alrededor de 175.000 fumadores dejan el tabaco estimulados por ese consejo breve. Si todos los fumadores fueran aconsejados adecuadamente por sus médicos en los centros sanitarios el nº de cesaciones anuales sería mucho mayor. Es cierto que los fumadores que responden a esos consejos fuman menos de 10 cigarrillos al día o tienen una baja adicción a la nicotina, pero el impacto del consejo es mucho más coste-efectivo que el impacto del tratamiento farmacológico, aunque su objetivo es distinto y son estrategias complementarias más que competitivas. El acceso de los fumadores de bajos recursos económicos a los tratamientos más efectivos para dejar de fumar es un imperativo ético para la administración sanitaria que tarde o temprano deberá asumir. Sin embargo, no debe utilizarse esta carencia como coartada para la inhibición de los profesionales ante el principal problema de salud prevenible en nuestra

sociedad. El respeto a los principios de no maleficencia y justicia, así como la promoción de la autonomía de las personas (recordemos que el tabaquismo es un trastorno adictivo) así lo exigen¹⁰.

Trabajo como médico de atención primaria y creo que soy objeto de acoso psicológico en mi trabajo por el número de pacientes que atiendo, por el corto tiempo que tengo para hacerlo y por los escasos medios con los que cuento. Si tuviera otra forma de ganarme la vida y la de mi familia lo dejaría pero sólo sé ser médico. ¿Pueden orientarme para estructurar con bases éticas un escrito que dirigir a mi colegio de médicos y a mi gerencia?

Rogelio Altisent

Este tema está siendo objeto de controversia pública desde hace años con diferentes formulaciones. En la pregunta se pueden distinguir dos problemas. Por un lado constatamos el burn-out que afecta a la profesión médica de manera progresiva en los últimos años, y por otro lado tenemos la masificación de la atención primaria, especialmente en el medio urbano.

En relación con el desgaste profesional, hay en mi opinión una gama de factores causales bastante amplio que no se puede simplificar si queremos evitar frustraciones mayores. La motivación es un impulso íntimo y personal que no se puede suplir tan solo con acciones externas; de hecho ante unas mismas circunstancias de adversidad encontramos diferentes tipos de reacciones. El burn out se presenta en todas las profesiones, incluso entre futbolistas de élite con remuneraciones astronómicas.

La reflexión ética puede servir de ayuda en diferentes niveles. Por un lado, conviene abordar con honestidad las responsabilidades de una profesión que, por su propia naturaleza, exige altas dosis de altruismo y generosidad. Estoy pensando en situaciones conflictivas en la relación clínica generadas por pacientes reivindicativos o con personalidad mórbida, cuyo afrontamiento forma parte de la profesionalidad de un médico, y que, en mi opinión, no se pueden echar al cesto de los fallos estructurales.

Existen, por otro lado, condiciones laborales que requieren un abordaje diferente. Sería el caso de algunos médicos de familia que tienen que hacer prácticamente a la vez, en el transcurso de su consulta diaria, lo siguiente: salir a llamar a cada paciente, intentando poner orden en la sala de espera cuando se alborota porque parece que alguien se quiere colar; cambiar las sábanas de la camilla de exploración; atender una llamada telefónica que desde admisión le han pasado de un paciente, mientras la enfermera le pasa unas recetas a la firma (estoy de acuerdo en que para rellenar recetas no se debería ocupar a profesionales de enfermería, y que debería ser una tarea propia de personal administrativo), y al mismo tiempo otro paciente intenta entrar en la consulta porque en la farmacia le han dicho que no tienen un determinado medicamento y le dicen que se le haga otra receta (todo a la vez); abandonar la consulta por una urgencia domiciliaria, quedando varios pacientes en la sala de espera; atender a varios pacientes que no han sido citados debiendo buscar la correspondiente historia clínica; y por último recibir la bronca de un paciente enfadado con el sistema porque le citan con una demora de meses con un determinado especialista (esto ocurre al final de la jornada tras más de 5 horas seguidas de consulta...).

Probablemente habrá quien tras esta enumeración afirme sin dudar que la solución para estos problemas es organizativa. En efecto, ahí está, en mi opinión, la clave. Una solución organizativa que no viene facilitada por la estructura formal de los equipos donde el facultativo no tiene a su alcance tomar decisiones organizativas, y en el momento en que pierde la capacidad de decisión, se diluye la responsabilidad y empieza la cuesta abajo...De este modo se plantea una disyuntiva: a) resignarse a hacer frente al día a día con paciencia, aceptando el deterioro asistencial con el menor desgaste personal; b) hacer frente a la situación promoviendo cambios estructurales. Esta segunda actitud pro-activa tiene a su vez dos enfoques que no son incompatibles.

En primer lugar, se puede trabajar por lograr una coordinación que permita resolver uno a uno los múltiples problemas del trabajo en equipo, lo cual se puede lograr en algunas ocasiones, en mayor o menor medida.

En segundo lugar, tal como se solicita en la cuestión planteada se puede reclamar institucionalmente. El Código de Ética y Deontología Médica daría soporte a esta intervención en su artículo 20: *"El médico debe disponer de libertad de prescripción y de las condiciones técnicas que le permitan actuar con independencia y garantía de calidad. En caso de que no se cumplan esas condiciones deberá informar de ello al organismo gestor de la asistencia y al paciente. Individualmente o por mediación de sus organizaciones el médico debe llamar la atención de la Comunidad sobre las deficiencias que impiden el correcto ejercicio de su profesión."*

Para la solicitud de ideas que permitan estructurar un escrito fundamentado en razones éticas puede servir la consulta que precisamente un grupo de médicos realizó a la Organización Médica Colegial hace pocos años para denunciar el deterioro que la atención

primaria estaba sufriendo. En aquel momento se hizo un dictamen cuyas consideraciones siguen siendo muy actuales¹¹:

Ante la dificultad que supone plantear acciones en 17 Comunidades Autónomas, no se debería desperdiciar la oportunidad que brinda la vigencia de este informe que emana de una institución de derecho público de ámbito estatal y cuyas conclusiones fueron:

- Primera. La magnitud, trascendencia y extensión geográfica de la situación planteada justifica que corresponda a esta Comisión Central de Deontología responder a la solicitud de los médicos que solicitan el análisis deontológico del problema.
- Segunda. La Comisión Central de Deontología considera que la masificación asistencial que se viene produciendo en los centros de atención primaria de muchas localidades, constituye un grave problema que afecta a la calidad técnica, humana y ética de la asistencia sanitaria, así como a la eficiencia del sistema público de salud.
- Tercera. Esta situación genera en los médicos implicados una situación de grave desaliento que debe ser atendida para evitar que se cronifique.
- Cuarta. Es contrario a la ética exigir a los médicos trabajar de manera habitual bajo una presión asistencial agobiante, sin poder dedicar un mínimo de tiempo a cada paciente, ni permitir el desarrollo de otros aspectos de su labor profesional necesarios para mantener y mejorar la calidad asistencial. En consecuencia, y en las actuales circunstancias, las peticiones de disponer de un promedio orientativo de 10 minutos por visita, estableciendo un límite de pacientes al día, así como la reducción de personas asignadas por médico, están amparadas por la deontología médica.
- Quinta. El Consejo General de Colegios Médicos debería actuar con energía y firmeza estableciendo un diálogo fluido con la Administración Sanitaria al máximo nivel, para promover pactos que permitan alcanzar una pronta solución a este grave problema que afecta a la calidad de la atención primaria de salud que se presta a los ciudadanos. Si en un plazo de tiempo razonable no se alcanzaran resultados satisfactorios, la O.M.C. debería tomar medidas más drásticas en defensa de la dignidad de la asistencia sanitaria, del Código de Ética y Deontología Médica y de las condiciones del trabajo de los médicos.

