

# CALIDAD y riesgo

PUBLICACIÓN CUATRIMESTRAL DE ÁMBITO SANITARIO-JURÍDICO • VOL. I • NÚMERO 7 • MAYO 2008



La imagen  
no asegura la calidad

**Juliana Fariña:** *El Enfermero médico* / **Bajo Arenas:** *Medicina defensiva* / **Miguel García Alarilla:** *Reflexiones sobre la responsabilidad civil del médico* / **Francisco Javier Tirado Suárez:** *La nueva figura de la Sociedad Profesional I* / **José Javier García Alegría:** *La calidad de los informes clínicos* / **José Jara Rascón:** *Interrogantes éticos del aprendizaje en cirugía* / **Emilio Villa Alcázar - Carlos Hernández Martínez-Campello:** *Sistemas de seguridad en las historias clínicas Informatizadas...*



¿Qué es lo que le ofrece un  
Mediador de  
Seguros Especializado?



A s e s o r a m i e n t o

I n f o r m a c i ó n

C a l i d a d

P r o f e s i o n a l i d a d

C o n f i a n z a

D e f e n s a

S e g u r i d a d

R e n t a b i l i d a d

P o n g a s u f u t u r o e n n u e s t r a s m a n o s

•CONSULTORES DE SEGUROS•

Correduría de Seguros. C/ Pez Volador, 22 - 28007 Madrid. Tel. 91 504 55 16 / Fax: 91 504 15 66  
E-Mail: [comercial@unitecoprofesional.es](mailto:comercial@unitecoprofesional.es)

Correduría de Seguros inscrita en el Registro de la Dirección General de Seguros con el Número J-664. Tiene concertado Seguro de Responsabilidad Civil, previsto en el artículo 15 de la Ley 9/1992 de 30 de Abril de Mediación en Seguros Privados, Registro Mercantil de Madrid. Libro de Sociedades Hoja N° 14.986-2, Folio 142, Tomo 10.111. Sección 4ª. C.I.F. B-79325395



## “La imagen no asegura la calidad”

La innovación de la reproducción musical que supuso el Gramófono, se asoció a un elegante y representativo instrumento. Sin embargo, la técnica ha progresado hacia aparatos menos bellos, pero con una indudable mayor calidad de reproducción.

10	EDITORIAL
13	DERECHO ASISTENCIAL
20	INFORMACIÓN JURÍDICA
24	CARTA ABIERTA AL DIRECTOR
27	CARTAS AL DIRECTOR
36	CALIDAD ASISTENCIAL
63	SEGURIDAD ASISTENCIAL
69	APLICACIONES DEL DERECHO ASISTENCIAL

## **EDITOR**

UNIMEDI

Pez Volador, 20 • 28007 Madrid

Tel.: 91 206 12 11

Fax: 91 206 12 12

## **CONSEJO EDITORIAL**

Gabriel Núñez González

Emilio Beneytez Barroso

Gabriel Jesús Núñez Montero

Javier Rivas Olivares

## **DIRECTOR EJECUTIVO**

Melchor Álvarez de Mon Soto

## **DIRECTOR TÉCNICO**

Antonio Ramos Martínez

## **REDACTORES JEFES**

Joaquín Carballido Rodríguez

Adolfo Gómez Embuena

Emilio Villa Alcázar

Bernardo Rodríguez García

Ramiro Urioste Ugarte

## **DISEÑO-MAQUETACIÓN-PUBLICIDAD**

Miguel Ramajo

## **DEPÓSITO LEGAL:**

M-49857-2000

## **ISSN:**

1577-4384

Los contenidos plasmados en los artículos de esta revista son de responsabilidad exclusivamente de los autores y no necesariamente coincide con la de los editores y redactores.

Prohibida la reproducción total o parcial en otras publicaciones sin la autorización expresa y escrita del editor.

REVISTA EXCLUSIVA PARA CLIENTES DE:

**UNITECO PROFESIONAL CORREDURÍA DE SEGUROS, S.L.**





## MELCHOR ÁLVAREZ DE MON SOTO

Catedrático de Medicina  
Director de “Calidad y Riesgo”

El ejercicio profesional clínico se caracteriza por la aplicación por el médico de los conocimientos científicos sobre la enfermedad a una persona que considera que los requiere. La pertinencia de este acto asistencial esta determinada por distintos factores, entre los que se incluyen la actitud del enfermo y del médico, sus conocimientos y medios tecnológicos, elementos circunstanciales etc. Pero un elemento determinante y esencial de este acto profesional es la Medicina, clásicamente definida como ciencia y arte.

La Medicina, como ciencia experimental biológica, comparte con otras ciencias la limitación de sus conocimientos. La enfermedad es un concepto científico sobre el que existen profundas limitaciones en su comprensión y que son aún más acusadas sobre la realidad individual del enfermo. El avance de la Medicina se ha acelerado en los últimos años y la profundidad y exactitud de esta ciencia se tiende a percibir como una realidad establecida en nuestra sociedad. Sin embargo, es incuestionable la distancia existente entre lo que se conoce y la certeza científica sobre la etiopatogenia de las entidades nosológicas, su propia definición, diagnóstico y tratamiento. Esta solución de continuidad entre lo real y lo ideal es evidente en la práctica asistencial y en el desarrollo de la “medicina individualizada”.

El ejercicio profesional del clínico también esta sometido a factores ajenos a la ciencia médica como los sociales, económicos, políticos, éticos e incluso religiosos. En la antigüedad al que curaba se le reconocían saberes e incluso poderes mágicos, pero la no consecución de los objetivos perseguidos le podía llegar a costar la vida. El devenir de los tiempos ha con-

llevado diferentes consideraciones y demandas hacia el médico con distintos niveles de comprensión y exigencia sobre su práctica profesional. En nuestra época la salud se considera un derecho individual y social, lo que impregna a la valoración de la enfermedad y a su tratamiento o curación. Existen corrientes de pensamiento o de conducta que tienden a considerar que el médico debe ejercer una Medicina próxima a infalible en su vertiente diagnóstica y terapéutica. Un ejemplo de esta valoración son los contratos de resultados en algunas áreas del quehacer médico. Esta perspectiva de la actividad clínica esta impregnando a la sociedad actual con diversas manifestaciones como el enorme aumento de reclamaciones a los médicos. Se esta perdiendo la consideración de la Medicina como una ciencia limitada e incluso la vertiente creativa del arte del clínico. La adaptación a esta conflictividad favorece el desarrollo de procesos estandarizados de actuación asistencial con indiscutibles repercusiones en la calidad asistencial que tienden a aumentar. Sin embargo, este aumento del sentimiento de demanda y exigencia médica también conlleva actuaciones defensivas propias de la respuesta de los que se sienten atacados. También, se tiende a limitar la ponderación individualizada de la aplicación médica al enfermo.

El ejercicio profesional de la Medicina requiere en la actualidad un análisis del entorno en donde se practica que condiciona la práctica cotidiana del médico. En este número de Calidad y Riesgo, de acuerdo con su línea editorial de servicio a los médicos y a los enfermos, hemos incluido reflexiones de autores de máximo prestigio sobre este aspecto trascendente de la Medicina. Confiamos en ser útiles a nuestros lectores.

## EDITORIAL

- El enfermero médico

Juliana Fariña Gonzalez



## DERECHO ASISTENCIAL

- Medicina defensiva

J. Bajo Arenas



- Reflexiones sobre la responsabilidad civil del médico

Miguel García Alarilla



## INFORMACIÓN JURÍDICA

- La nueva figura de la Sociedad Profesional I

Francisco Javier Tirado Suárez



## CARTAS ABIERTAS AL DIRECTOR



## CARTAS AL DIRECTOR

- ¡ Llevo 10 años con un seguro y para un siniestro que tengo no me lo cubren !

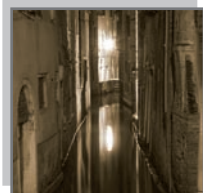
Conrado Núñez Montero





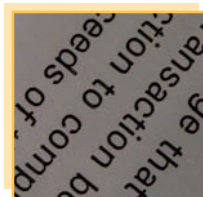
- Calidad en la red: web 2.0

Francisco Javier Rivas



- Mi vecino me ha inundado la casa

Javier Oliva Martín



## CALIDAD ASISTENCIAL

- La calidad de los informes clínicos

José Javier García Alegría



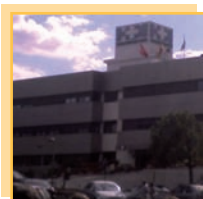
- Interrogantes éticos del aprendizaje en cirugía

José Jara Rascón



- Sistemas de seguridad en las historias clínicas informatizadas

Emilio Villa Alcázar  
Carlos Hernández Martínez-Campello



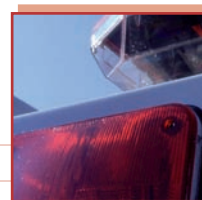
- La encrucijada de la sanidad en España

Adolfo Gómez Embuena

## **SEGURIDAD ASISTENCIAL**

- Calidad de la asistencia en Urgencias

Manuel S. Moya Mir

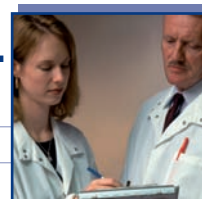


## **APLICACIONES AL DERECHO ASISTENCIAL**

- Casos prácticos por especialidades

Ramiro Urioste Ugarte

■ **PEDIATRÍA** ■ **OFTALMOLOGÍA**



- Las responsabilidades y decisiones asistenciales en el entorno jerárquico de la red de hospitales públicos

Carlos Hernández Martínez-Campello



- Reflexión sobre el papel de la DEONTOLOGÍA MÉDICA EN EL EJERCICIO PROFESIONAL y a las FUNCIONES DE LAS COMISIONES DEONTOLÓGICAS en el SENO DE UNA CORPORACIÓN COLEGIAL

Emilio Lizárraga Bonelli







**UNITECO  
PROFESIONAL**

Posiblemente haya tenido algún siniestro...  
que se resolvió sin problemas...

...seguramente ya era Usted cliente  
de **UNITECO PROFESIONAL**

## CORREDURÍA DE SEGUROS

Médicos - Dentistas - Grandes Colectivos



Vida e Incapacidad



Baja Laboral



Responsabilidad Civil



Accidentes



Clínicas



Hogar



Consultas



Autos

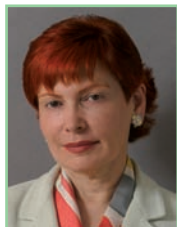


Defensa Jurídica

C/ Pez Volador 22. 28007. Madrid. Telf. > 91 504 55 16. Fax > 91 504 15 66. [www.unitecoprofesional.es](http://www.unitecoprofesional.es)

UNITECO PROFESIONAL, CORREDURÍA DE SEGUROS, S.L., está inscrita en el Registro Especial Administrativo de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con el número J-664, y tiene concertado el seguro de responsabilidad civil establecido en el artículo 27.1 e) de la Ley 26/2006 de 17 de julio de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados. Registro Mercantil de Madrid Libro de Sociedades Hoja nº 14.986, Folio 142, Tomo 10.111. Sección 4ª. C.I.F. B 79325395.

## EL ENFERMERO MÉDICO



**Prof. Dña. JULIANA FARIÑA GONZÁLEZ**

Catedrática de Anatomía Patológica  
Presidenta del Colegio Oficial de Médicos de Madrid

**S**on tiempos de revolución en la enfermería, aunque en realidad son resultado de un paso hacia la desviación, que ya hace más de una década iniciaron los dirigentes y que continuaron algunos, creando una situación que la mayoría de aquellos que tomaron la decisión de ser enfermeros no esperaban.

Antes, las enfermeras eran las cuidadoras por excelencia de los pacientes y el complemento fundamental para conseguir el plan de curación pensado y decidido por el médico responsable del diagnóstico y tratamiento del paciente. Su labor era tan importante y eran tan queridas por los enfermos y médicos, que muchas veces, de forma natural, alcanzaban la relación de pareja o disfrutaban de una hermosa amistad.

Ahora pretenden cambiar la zona del campo de juego que ellas o ellos cuidaban y defendían con tanta seguridad, y desde donde empezaba la jugada del equipo y finalizaba con el médico, pivote delantero que iba hacia la cesta o el gol. Así se aseguraban muchos partidos de salud, en los que el objetivo era cuidar y salvar al paciente con el menor esfuerzo (el partido es muy largo y a veces hay hasta prórroga). Así se hace la medicina eficaz de España, la más eficiente del mundo, la que consigue los mejores resultados, que es aumentar el número de años vividos útiles, con respecto al dinero utilizado. Pero ahora algunos enfermeros y

enfermeras quieren “prescribir” una serie de medicamentos y afirman que se lo permite la ley.

Lo primero que le quiero explicar a la población y especialmente a los enfermeros y enfermeras que no están metidos en la burbuja de estas ambiciones de ser enfermero-médico, es que la ley expone claramente que las únicas profesiones que pueden prescribir fármacos son las de los médicos y los odontólogos. Sin embargo, los dirigentes, que quieren que las enfermeras entren en ese sueño de cuasi médicos no les explican que este sueño está plagado de responsabilidades y peligros con la necesi-

**Lo primero que le quiero explicar a la población y especialmente a los enfermeros y enfermeras que no están metidos en la burbuja de estas ambiciones de ser enfermero-médico, es que la ley expone claramente que las únicas profesiones que pueden prescribir fármacos son las de los médicos y los odontólogos.**

dad de contratar un seguro de responsabilidad civil. Con este supuesto “derecho a prescripción” que tanto jalean y del que hablan continuamente están faltando a la verdad, causando alarma en la población, haciendo sospechar del Ministro de turno, de que está en contra de los pacientes y médicos al rebajar la toma de decisión más importante, que es la de la curación del paciente. Y esto no es cierto, ningún Ministro habla de prescripción de enfermería, simplemente porque no la pueden hacer, porque no hay formación, porque habría un gran y evidente peligro para los ciudadanos. Precisamente la defensa de los ciudadanos es el fin principal y motivo de creación de los Colegios de Médicos, a través de ellos regulamos y por tanto es nuestra obligación buscar y luchar por el tratamiento y cuidado de los pacientes y también por el buen uso de los recursos sanitarios.

Estos vendedores de sueños dicen que los medicamentos que podrían prescribir un enfermero o una enfermera son, por ejemplo, anti-infecciosos que atienden al gran grupo de infecciones que a menudo son causa de muerte. Así podrían ser tratados, con intuición por el enfermero o la enfermera. Otros grupos son los quimioterápicos, típicos de tratamientos oncológicos, un campo, el del tratamiento del cáncer, en el que España es uno de los mejores del mundo, y no vamos a poner más ejemplos. Igualmente recordar que el argumento de que la enfermería

tiene en la docencia el mismo número de horas en farmacología que la licenciatura de medicina es falaz, primero porque las personas solo entienden en una conversación las palabras y giros que conocen, y por otra parte, a los médicos nos amplían y explican en cada enfermedad estudiada en las restantes asignaturas y de forma pormenorizada el tratamiento farmacológico.

Ahora, es un ruego a mis compañeros médicos, por obligación a los enfermos y a la medicina, no podemos dejar pasar que un enfermero o enfermera diga que prescribe y por supuesto, que lo haga. Los medicamentos que suministren al paciente son los prescritos por los médicos directamente, o los que están aprobados en un protocolo médico.

La lista de argumentos podría ser bastante más larga, pero creo que lo que aquí pretendo es esbozar los posibles, y casi ciertos peligros **que entraña esa prescripción. Mi afán es, además de defender la profesionalidad y jurisdicción de nuestros médicos, intentar proteger a un colectivo, el de enfermería, al que aprecio y admiro como colegas y complementos indispensables para el ejercicio de la maravillosa profesión médica.** Unidos podremos realizar grandes hazañas, la competencia e injerencia en los asuntos del otro, solo acarrea descontento y frustración que se hará palpable en los pacientes, nuestro principal y único objetivo.



**No canse más su vista leyendo  
la letra pequeña**



**Nosotros lo hacemos por Usted**



**UNITECO  
PROFESIONAL**

**CORREDURÍA DE SEGUROS**  
**Médicos - Dentistas - Grandes Colectivos**

C/ Pez Volador 22. 28007. Madrid. Telf. > 91 504 55 16. Fax > 91 504 15 66.

[www.unitecoprofesional.es](http://www.unitecoprofesional.es)

UNITECO PROFESIONAL, CORREDURÍA DE SEGUROS, S.L., está inscrita en el Registro Especial Administrativo de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con el número J-664, y tiene concertado el seguro de responsabilidad civil establecido en el artículo 27.1 e) de la Ley 26/2006 de 17 de julio de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados. Registro Mercantil de Madrid Libro de Sociedades Hoja nº 14.986, Folio 142, Tomo 10.111. Sección 4ª. C.I.F. B 79325395.



## MEDICINA DEFENSIVA



**PROF. D. J. BAJO ARENAS**

Catedrático de Ginecología y Obstetricia  
Presidente de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

**L**a medicina defensiva podríamos definirla como aquella práctica médica que solicita a las pacientes, análisis, pruebas diagnósticas, o consultas, innecesarias, para cubrirse de reclamaciones legales fraguando un sobre coste económico. Podría hacerse extensiva a ciertas acciones terapéuticas, sobre todo en especialidades como Obstetricia, en la que por mor de no afrontar un parto difícil se practican cesáreas que podrían haberse evitado.

Como decimos es la respuesta que muchos médicos tienen, ante el aumento de denuncias que finalizan en los tribunales con fuertes indemnizaciones a los pacientes. Y en los últimos tiempos, en nuestra especialidad, con penas de inhabilitación para el ejercicio de la especialidad y cárcel. Es propio de sociedades avanzadas y la secuencia de acontecimientos se inicia con una acción proveniente de un paciente con un daño físico o psíquico, que achaca a una mala asistencia médica. Le sigue una denuncia ante los tribunales, un proceso judicial y una sentencia condenatoria para el médico que deberá pagar indemnización. Si este tiene un seguro, será la compañía aseguradora quien lo haga, en los términos establecidos, hasta el límite fijado en contrato. Si hablamos en términos generales, aproximadamente un 15 por ciento de los médicos se ha visto envuelto en esta dinámica, pero



en especialidades como la nuestra, hasta un 30 % de los ginecólogos, según una encuesta realizada por la SEGO, ha estado involucrado en un proceso judicial. Vivimos pues, momentos procelosos o convulsivos que necesitan de una recapacitación desde diversos estamentos, no ya médicos sino también políticos y jurídicos. Los datos coinciden en señalar que las recla-



maciones contra los facultativos han experimentado un crecimiento desmesurado desde 1980 hasta el 2008. En el caso de la Obstetricia la sociedad española exige actualmente que todas las gestaciones evolucionen perfectamente y que una madre sin problemas de a luz un hijo sano. Si no sucede así, el fallo y, por lo tanto, la culpa y la penalización impuesta por la judicatura, es para el obstetra que acorde a las últimas sentencias deberá abonar cuantiosas sumas (primus movens) a la perjudicada y demandante. La dinámica ha generado un lacerante aumento de las demandas contra los obstetras, que convierten al problema en el más acuciante que actualmente tiene nuestra especialidad y que llenan de acíbar el ejercicio de la misma.

Evitar las denuncias, es decir el que estas disminuyan, es algo que, aunque factible, se me antoja muy difícil, habida cuenta de los intereses económicos que bucean bajo ellas y de los antecedentes empíricos que obran en nuestro poder, procedentes de otros países que nos anteceden en los hechos, que hoy nos ocupan y preocupan.

Pero de lo que se trata no es de impedir que nos denuncien, sino de intentar que las acusaciones que

prosperen sean mínimas y que los términos en que lo hagan los menos malignos. Para ello es fundamental:

**1. Actuar acorde a Protocolo:** el Protocolo es lo más parecido a la fórmula o ecuación. Sería la forma en que hay que poner los números o, traducido a la práctica médica, las medidas a tomar y procedimientos a realizar, hechos de forma metódica. Nuestros Protocolos de la SEGO han sido realizados por expertos, analizando los datos y la Medicina basada en la evidencia, están en constante proceso de actualización y son garantes de una Obstetricia y Ginecología bien hecha. Creemos muy recomendable su seguimiento.

**2. Consentimientos Informados:** el Consentimiento Informado no exime de todos los problemas ni es un antídoto generalizado contra cualquier demanda. El tenerlo sólo quita de los problemas que da el no haberlo recabado, que son muchos y variados. La SEGO tiene sus Consentimientos Informados, que han sido recientemente corregidos, adaptados al día por un equipo de Ginecólogos y Juristas de peso. Son un elemento sólido plasmado de seriedad.

**3. Formación Continuada:** va a ser imprescindible para los médicos actuales y futuros el entrar de lleno en el proceso de Formación Continuada obligatoria ya en otros países.

El aserto, tantas veces oído, como pretenciosamente repetido por algunos (“a mí ya me dieron el título”, “yo ya me lo sé todo”), no se sostiene a la luz de los avances en los conocimientos que tan rápidamente se producen en los momentos actuales. El proceso de formación continuada nos va a llevar al de ACREDITACIÓN, si es que los cursos la tienen, por haberla solicitado y por solvencia contrastada en el profesorado, en el método de control de horas y en los sistemas de evaluación.

Es muy probable que este reciclaje, a corto plazo, sea obligatorio no ya para optar a una plaza, sino incluso para poder seguir ejerciendo, si el Ministerio así lo estipulase. Es obvio que también delante de un Juez, siguiendo con el hilo conductor de nuestro argumento, será más fácilmente defendible, el que

ha demostrado actualizarse, que el que finalizado su periodo de formación no volvió a pisar las aulas.

**4. Una buena COMPAÑÍA DE SEGUROS y una buena abogacía:** si la demanda llegara, supuesto en el que todos tenemos que situarnos puesto que no estamos exentos ninguno, es fundamental para dar bien todos los pasos.

Es en el primer momento cuando hay holgura para maniobrar, y desde que se sospecha que un caso puede acabar en los Tribunales, un orden en los datos, un análisis e Historial Clínico adecuado, son elementos que aclaran y allanan el campo para una buena defensa. Es obvio que sí, además, el abogado que decide la Compañía que nos defienda, es del gusto del implicado, le transmite confianza, y a la postre es competente en la materia, las posibilidades de que las consecuencias de la condena, si la hubiere, sean mínimas, aumentan.

Por último, se hace necesario establecer, por ley, una cuantía fija de indemnizaciones no dejando al albur de la decisión judicial estas cifras. Si los jueces siguen aumentando la escalada de indemnizaciones y condenando duramente a los Obstetras, por no haber realizado cesáreas, podemos garantizar que acabaran con la tradicional buena obstetricia española. Si siguen

**La espiral en la que hemos entrado es mala para todos. Genera desconfianza en la relación médico-paciente, costes desorbitados por medicina defensiva, gastos añadidos de litigios que se prolongan por recurrencias a diversas instancias, y recelo de las compañías aseguradoras que no saben cual será la cuantía de la próxima indemnización y que comienzan a retirarse del campo obstétrico.**

en esta línea, están dictando desde los estrados nuevos tratados sobre la forma de asistir los partos. **La mujer se ha de poner de parto antes de las 40 semanas y el niño ha de salir con prontitud, limpieza y sin mediar maniobra instrumental alguna. Si no lo hace así, la nueva categórica doctrina, emanada de la Judicatura, indica que lo procedente es realizar cesárea.** Ello probablemente no va a mejorar la morbimortalidad peri natal pues es evidente que el resultado desfavorable en Medicina existe, y va a encarecer los procesos, pero evitará que los obstetras sean inculcados por mor de permitir que el feto nazca por la ardua y tortuosa vía destinada por la naturaleza para este menester. Los resultados desfavorables, término que es el apropiado, no el de error médico, van a seguir existiendo en nuestra especialidad y en Medicina. Es el caso lamentable, triste, de la Parálisis cerebral, (este era el motivo de la demanda multimillonaria antes comentada) pero de aquí a pensar que todas, sean producto de un ERROR MÉDICO por mala asistencia al parto, media un abismo. De hecho, menos de un 10 % de las parálisis cerebrales se puede atribuir a asfixia intraparto. Da la impresión que se deben a noxas de otro tipo, virus, bacterias, gérmenes, fármacos, irrigación deficitaria que actúan durante más tiempo (probablemente desde el inicio del embarazo) y de forma continuada. El resultado es desfavorable, niño en silla de ruedas y seriamente discapacitado y parece lógico que tenga ayudas sociales puesto que necesita cuidados especiales, pero de ahí, a que sea el obstetra el que sistemáticamente paga los platos rotos y la cuenta, en términos materiales y anímicos, media un abismo.

La espiral en la que hemos entrado es mala para todos. Genera desconfianza en la relación médico-paciente, costes desorbitados por medicina defensiva, gastos añadidos de litigios que se prolongan por recurrencias a diversas instancias, y recelo de las compañías aseguradoras que no saben cual será la cuantía de la próxima indemnización y que comienzan a retirarse del campo obstétrico. Insisto, es tiempo de reflexión más que de albadas, los médicos debemos estar unidos, y la sociedad plantearse, que no se nos puede seguir agrediendo porque al final la medicina defensiva puede tener un efecto boomerang que se vuelva contra la propia sociedad.

## REFLEXIONES SOBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL MÉDICO



**DR. D. MIGUEL GARCÍA ALARILLA**

Ginecólogo Hospital Universitario 12 de Octubre

No es pretensión del presente artículo, sentar bases de nada, ni por supuesto dogmatizar con relación al tema que nos ocupa. La razón de este escrito es simplemente poner de manifiesto las reflexiones que sobre esta cuestión se le vienen a la cabeza a un profesional de 60 años de edad que lleva más de la mitad de su vida ejerciendo de manera responsable su profesión de ginecólogo y obstetra tanto en el ámbito privado como en el público.

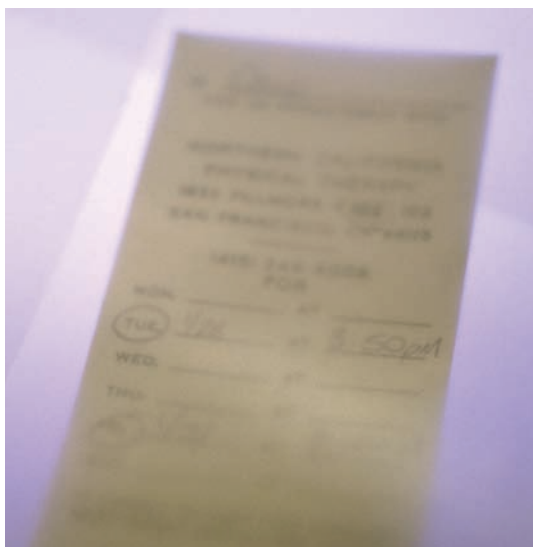
Desde que *Ferdinand Sauerbruch*, ilustre cirujano alemán de la universidad de Berlín, presentó en 1904 la Cámara de Baja Presión, ingenioso invento, que facilitaba la cirugía torácica, la ciencia y la tecnología médica han avanzado de manera exponencial pudiendo asegurar sin temor a la exageración que en estos últimos 50 años la medicina ha progresado más que desde la época de *Hipócrates* hasta la primera mitad del siglo XX.

Ello ha traído como consecuencia, por ejemplo, que en los países desarrollados la mortalidad perinatal se encuentre en el momento actual por debajo del 10 por 1.000.

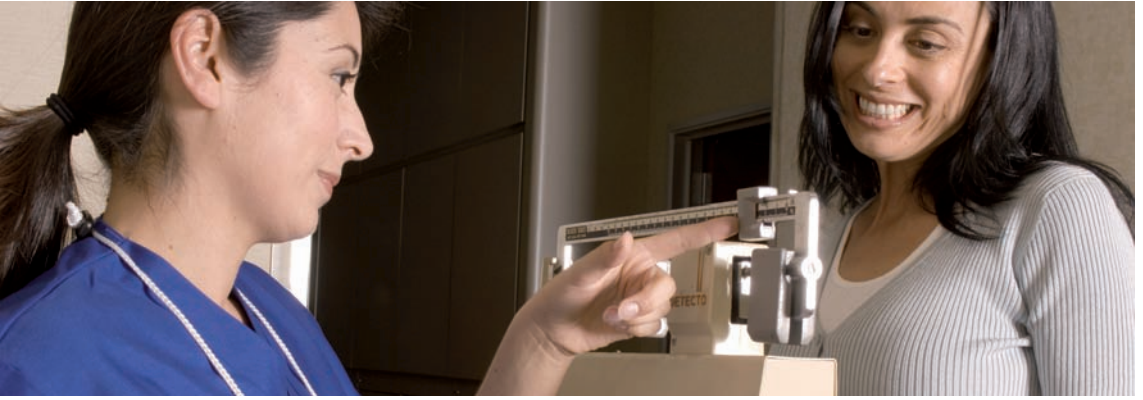
En cuanto a la tecnología diagnóstica, probablemente haya sido la ecografía el avance más impor-

tante del siglo XX para la exploración no invasiva de los órganos. Lo que antaño eran éxitos diagnósticos y terapéuticos, ogaño se han convertido en derechos de los ciudadanos, derechos que son legítimos, pero que para hacerlos efectivos deben concurrir una serie de factores tanto técnicos como económicos, estructurales y naturalmente humanos, lo que nos indica que no sólo la responsabilidad es del médico, sino también y no en pocos casos del entorno en el que ejerce su actividad.

Todo el mundo desea lo mejor en calidad de vida y lo exige. Es evidente que todos los ciudadanos tienen derecho a la salud. Esta aseveración habría







que matizarla, desglosarla y analizarla y por lo tanto sería mas correcto decir que todos los ciudadanos tienen derecho a que su salud sea conservada, que si su salud se pierde, tienen derecho a que se les aporten todos los medios disponibles para recuperarla, y si esto no es posible por la gravedad del proceso, tienen derecho a que les sean administrados todos los cuidados paliativos que precisen. Medicina preventiva, medicina curativa, medicina paliativa.

**En la asistencia obstétrica, tratamos a un paciente que aún no ha nacido. Una mujer gestante y su pareja parece que tienen el derecho de llevar una gestación normal, un parto eutócico, y un recién nacido sano y vital; si no ocurre de esta manera es posible que su médico sea responsabilizado de semejante alteración de la normalidad.**

Si a una gestante, mediante la práctica de una amniocentesis se le informa de que su embrión tiene una alteración cromosómica, o se le diagnostica una alteración anatómica mediante una exploración ecográfica, esta gestante tiene derecho a que se le practique un aborto. Además no cabe duda de que el uso de nuevas tecnologías, han encarecido las prestaciones sanitarias y en consecuencia la administración pública se ve obligada a modular la utilización de estas técnicas para llegar a un equilibrio entre el coste/beneficio de determinadas prestaciones. La exigencia de estos derechos por parte del ciudadano es determinante y nos obliga a ser responsables de nuestras actuaciones profesionales.

Nos podrán parecer bien, mal o exagerados los derechos que los pacientes tienen en cuanto a prestación y atención sanitaria se refiere, pero lo que está meridianamente claro es que todo esto está contemplado en la ley, por lo que es una autoexigencia que nuestra actuación profesional se realice con la máxima aplicación para de este modo evitar responsabilidades.

Responsabilidad, según el diccionario de La Real Academia Española, en la segunda acepción, es deuda, obligación de reparar y satisfacer, por si o por otro, a consecuencia de delito, de una culpa o de otra causa legal, y en la quinta acepción es la capacidad existente en todo sujeto activo de derecho para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho realizado libremente.

Todos debemos ser responsables de nuestros actos desde que tenemos uso de razón y con mayor causa si somos médicos y actuamos como tales, pues las consecuencias de nuestra actividad repercuten para bien o para mal sobre terceras personas; afortunadamente casi siempre para bien.

Cuando un paciente acude a nuestra consulta por causa de una dolencia, lo primero que debemos hacer como inicio de su historia clínica es una buena anamnesis, que debe ir seguida de una correcta exploración clínica general y especial, enfocada a valorar los signos y síntomas que el paciente presenta y nos ha manifestado. Esta exploración nos indicará las pruebas complementarias que debemos realizar para llegar a un correcto diagnóstico e indicar el tratamiento adecuado.

Todo esto que hemos planteado anteriormente es obvio para los que nos dedicamos a esta profesión.

Naturalmente el proceso completo es aceptado por el paciente al cual nosotros hemos ido informando de manera verbal y respondiendo a todas sus dudas que han surgido durante la consulta.

En cualquiera de las etapas que respaldan este acto médico anteriormente descrito puede surgir el error o la negligencia. Aunque la consecuencia de que se produzca un error o una negligencia puede ser la misma, conviene diferenciar la una de la otra porque conceptualmente son cosas distintas, como expone el diccionario de la RAE.

**ERROR.**- 1.- *Acción desacertada o equivocada.*  
2.- *Vicio del consentimiento causado por equivocación de buena fe, que anula el acto jurídico si afecta a lo esencial del mismo o de su objeto.*

**NEGLIGENCIA.**- 1.- *Descuido.* 2.- *Omisión.*  
3.- *Falta de aplicación.*

Es decir, se puede interpretar mal una imagen radiológica, o bien sacar una conclusión errónea de una exploración clínica, pero al paciente se le ha explorado y se le ha realizado una determinada prueba. Esto sería un error de interpretación, pero no realizar dicha exploración y no utilizar los medios de diagnóstico necesarios y a nuestro alcance, supondría una negligencia. Nadie nos puede exigir la condición de infalibilidad, por lo tanto la comisión de un error no debería de ser punible. Sin embargo estamos obligados a no omitir ninguna medida que esté a nuestro alcance, a no ser descuidados y a no cometer ninguna falta de aplicación ante el estudio y tratamiento de un paciente. En cualquiera de las fases del acto médico se puede producir el error o la negligencia.

Así mismo dentro de lo que supone el acto médico debemos contemplar la información veraz y completa al paciente de aquellas pruebas que consideramos necesarias para el correcto diagnóstico de su enfermedad y el consiguiente tratamiento de su patología, esto es, el **consentimiento informado** que debe quedar plasmado por escrito, como parte del historial clínico, con la firma del paciente ya sea denegándolo o aceptándolo.

En nuestra experiencia el consentimiento informado debe ser un documento explicativo, claro, conciso, completo, en lenguaje comprensivo para el paciente y nunca exagerado, con una parte de texto libre para aclarar aquellas dudas que le surjan al enfermo.

Ante un error o negligencia médica el paciente plantea una reclamación al profesional que puede llegar por dos vías:

- 1.- Reclamación directa y personal al médico, exigiéndole una determinada cantidad de dinero, pretendiendo negociar para llegar a un acuerdo y dejar de lado la vía judicial.
- 2.- Reclamación por vía judicial, ya sea penal o civil.

El mejor argumento para la defensa del médico ante una reclamación, es la demostración documental de que se ha actuado con arreglo a la LEX-ARTIS puesto que se ha aplicado el protocolo de actuación



propuesto por la Sociedad Científica o similar que sea competente en cada caso. Ahora bien estos protocolos de actuación, que suponen una cápsula de protección ante la responsabilidad en determinados supuestos, en algunas ocasiones son realmente un corsé que limita la toma de decisiones y cuando tomásemos decisiones fuera del protocolo se deberían justificar por escrito. Estos protocolos son de gran ayuda tanto para el juez como para el perito que debe dar su opinión de experto, de ahí su importancia.

Si los ciudadanos tienen derechos, los médicos también los tenemos y los debemos exigir, y uno de estos derechos que deberíamos exigir es que el experto que vaya a dar su opinión ante una reclamación en un juzgado, es decir el perito, tenga la capacitación adecuada.

Para ello a mi juicio el perito debería tener el siguiente perfil:

- 1º.- Debe ser ejerciente de la profesión, no un teórico.
- 2º.- Debe tener experiencia suficiente.
- 3º.- Debe tener acreditados los conocimientos necesarios para emitir la peritación en cada caso.
- 4º.- Debe tener la formación adecuada desde el punto de vista jurídico para poder redactar correctamente un informe pericial.
- 5º.- No debe estar incurso en ningún proceso ético ni deontológico.
- 6º.- Todas y cada una de las condiciones expuestas anteriormente deberían ir avaladas por instituciones profesionales independientes (Colegios de Médicos y Sociedades Científicas).

Por lo tanto no todos los médicos tendrían la capacitación para poder emitir un informe pericial.

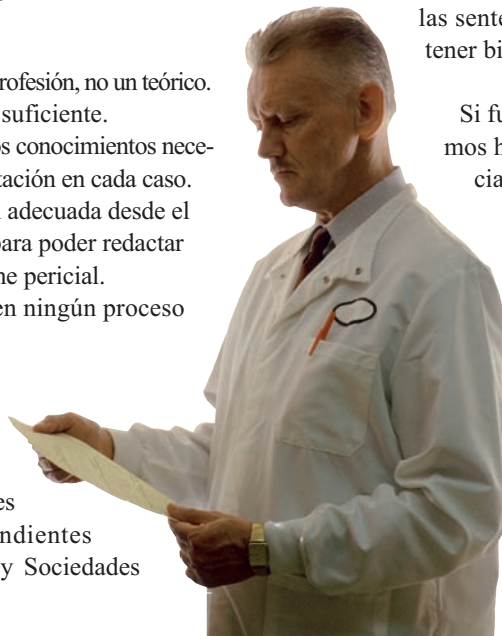
Es realmente probable o posible que un médico que ejerza una especialidad de riesgo (obstetricia, cirugía plástica, neurocirugía, anestesia, etc.) a lo largo de su vida profesional pase por el juzgado como imputado por alguna causa de MALPRAXIS.

**Si los ciudadanos tienen derechos, los médicos también los tenemos y los debemos exigir, y uno de estos derechos que deberíamos exigir es que el experto que vaya a dar su opinión ante una reclamación en un juzgado, es decir el perito, tenga la capacitación adecuada.**

Todo lo anteriormente expuesto nos lleva a la conclusión de la necesidad absoluta de tener una buena póliza de seguro de responsabilidad civil con una buena cobertura y a la vista de las cuantías de las sentencias también nos obligaría a no tener bienes a nuestro nombre.

Si fuésemos de piedra, lo que deberíamos hacer, al recibir una demanda judicial, es lo mismo que hacemos cuando hemos tenido una colisión con nuestro coche, es decir, dar parte al seguro, olvidarnos lo más rápidamente posible de lo sucedido y continuar con nuestro trabajo cotidiano, pero como somos médicos vocacionales que tenemos sentimientos, que hemos ejercido nuestra profesión para aliviar el dolor y el sufrimiento de los pacientes y, en mi especialidad de obstetra, muchas horas de partorio y algunas de angustia, tra-

yendo niños al mundo, nadie nos va a pagar, entre otras cosas por que no hay dinero para ello, los daños morales que se derivan del paso por el juzgado, y la inestabilidad emocional que se sufre durante el intervalo de tiempo entre la demanda, el juicio y la sentencia, aunque la mayoría de las veces ésta sea absoluta.



## LA NUEVA FIGURA DE LA SOCIEDAD PROFESIONAL: ASPECTOS PRÁCTICOS Y TEÓRICOS (I): LA DELIMITACIÓN LEGAL DEL TIPO SOCIETARIO



**PROF. D. FRANCISCO JAVIER TIRADO SUÁREZ**

Profesor Titular de Derecho Mercantil y del Derecho del Seguro Privado de la Facultad de Derecho de la Universidad Complutense de Madrid. Abogado en ejercicio

### I.- INTRODUCCIÓN.

La Ley 2/2007 de 15 de marzo, de Sociedades Profesionales, publicada en el Boletín Oficial del Estado de 16 de marzo, ha entrado en vigor el 16 de junio de 2007, al cumplirse el plazo de *vacatio legis* de tres meses previsto en la disposición adicional tercera, sin embargo el mercado de los profesionales y sobre todo la praxis colegial, no ha iniciado una utilización masiva de este nuevo instrumento jurídico al servicio de los operadores profesionales para el desarrollo de su actividad, quizás por desconocimiento o por temor al marco legal que comporta y que será objeto de examen a lo largo de diferentes capítulos, en los que se tratará de aunar la práctica y la teoría, tan necesaria para un adecuado desarrollo de la nueva figura.

Ya en el número 5 de esta revista (noviembre 2006 pp. 20-26) se examinaba la problemática del ejercicio societario de la medicina y el aseguramiento de su responsabilidad en garantía de los perjudicados, sin embargo por la fecha de su realización no se pudo tener en cuenta las ventajas e inconvenientes de esta nueva figura societaria de la Sociedad Profesional (en adelante SP).

En primer lugar, la SP viene a romper de forma definitiva la reticencia existente por parte de algunos

Colegios Profesionales a la plena aceptación del ejercicio de la actividad profesional mediante sociedades, en una defensa numantina de un modelo artesanal de desarrollo de la profesión, calificado de liberal, cuando la doctrina del liberalismo ha prácticamente desaparecido de las convicciones sociales, especialmente por el influjo de las necesidades de capital y de recursos económicos para afrontar, con éxito, el desarrollo de una moderna actividad profesional, superando la etapa artesanal, con independencia del juego de la especialización y del trabajo en grupo para un completo servicio al ciudadano y a la sociedad.

Es significativa reticencia ante esta Ley de la profesión farmacéutica, que ha logrado, a lo largo del debate parlamentario introducir una disposición adicional sexta relativa a las oficinas de farmacia, en la que se vierte una posición ambivalente, necesitada de interpretación jurisdiccional, cuando se afirma: “Sin perjuicio de lo establecido en la presente Ley, la titularidad de las oficinas de farmacia se regulará por la normativa sanitaria propia que les sea de aplicación”.

Este precepto parece mantener la compleja normativa sanitaria sobre la transmisión de las oficinas de farmacia, pero exige la aplicación del nuevo dato legal también a la profesión farmacéutica, por lo que no debe





ser óbice para los profesionales farmacéuticos el acoger este instrumento para el desarrollo profesional.

Ahora bien, es preciso subrayar que la aparición en la escena jurídica española de la SP no es fruto de una convicción interna de las instituciones jurídico-políticas, que nos gobiernan, ya que se debe mencionar que desde el año 2000 dormía en el seno de la Comisión General de Codificación un Anteproyecto elaborado a imagen y semejanza de las exigencias de la abogacía, tan necesitada de delimitación frente al predominio radical de los auditores-juristas, el cual ha tenido escasa influencia en el texto de esta Ley 2/2007, que ha dejado el tema de las incompatibilidades para un ulterior debate, puesto que la disposición final segunda en su apartado segundo de la Ley autoriza al Consejo de Ministros para que, oídas las respectivas organizaciones colegiales, dicte un Real Decreto relativo al régimen de incompatibilidades que sea aplicable a las sociedades profesionales y a los profesionales que en ella desarrollen su actividad.

Mientras no se publique este Real Decreto, el cual no existe ni siquiera a nivel de borrador, se mantienen en vigor las normas sobre incompatibilidades actualmente vigentes, de acuerdo con lo establecido en la disposición transitoria cuarta de esta Ley 2/2007.

## II.- LAS SOCIEDADES PROFESIONALES EN LA ÓPTICA DE LA UNIÓN EUROPEA.

La disciplina de las Sociedades Profesionales como figura que supere el desarrollo individual de

determinadas profesiones constituye uno de los componentes de la etapa actual de creación de un auténtico Mercado Único Europeo.

En efecto, en un primer momento, a través del Tratado de Roma se instauró la denominada libertad de establecimiento, que tenía como objetivo evitar la existencia de discriminaciones entre nacionales y extranjeros en el ámbito de los servicios profesionales.

En un segundo momento histórico, se ha propiciado la libre prestación de servicios, en orden a permitir el desarrollo de una actividad profesional, sin necesidad de establecerse a través de una sucursal o agencia, lo que ha motivado la aparición de nuevos obstáculos al desarrollo de la misma, como los derivados del reconocimiento de títulos y de formación, cuya problemática desborda estas líneas, pero que es un elemento fundamental para dinamizar el desarrollo de las fórmulas societarias de ejercicio profesional.

En este contexto, se debe mencionar la Directiva 2006/123/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 12 de diciembre de 2006 relativa a los Servicios en el Mercado Interior (Diario Oficial de la Unión Europea núm. 376 de 27 de diciembre), cuyo artículo 2 excluye a las profesiones sanitarias, por los intereses públicos que comportan, si bien se deba reconocer que las medidas fomentadoras de la libre circulación de servicios a escala del Espacio Económico Europeo, van a tener una influencia indirecta, especialmente por lo que respecta a la estimulación concurrencial y a las garantías de las prestaciones frente a los consumidores y clientes (el artículo 27 establece la obligatoriedad del aseguramiento en orden a la tutela de los intereses de los destinatarios de los servicios).

La problemática del incentivo de la creación de Sociedades Profesionales se encuentra en la Comunicación de la Comisión sobre la Competencia en los Servicios Profesionales de 9 de febrero de 2004, que potenciaba los cambios en las estructuras empresariales como un método para hacer posible un servicio global al cliente y una mejora de la inversión tecnológica, reconociendo en determinadas profesiones la cuestión de la independencia y de los posibles conflictos de intereses. En el informe complementario de



5 de septiembre de 2005 se señala a España como ejemplo negativo dada la inactividad en la materia concursal relativa a los profesionales, generalmente sometidos a tarifas colegiales.

### III.- ANTECEDENTES DE LAS SP EN NUESTRO DERECHO.

En nuestro Derecho existen referencias dispersas al ejercicio profesional de forma societaria, con anterioridad a la Ley 2/2007, pudiendo mencionarse el Real Decreto 1455/1982, de 28 de mayo, por el que se regula la participación de los Agentes Mediadores Colegiados en Sociedades Profesionales (BOE, 2 de julio), en su artículo 1, contemplaba las sociedades profesionales de agentes mediadores colegiados, estableciendo textualmente: “Los Agentes Mediadores Colegiados, tanto si ejercen sus funciones individualmente como si se hallan asociados profesionalmente, podrán constituir entre sí sociedades que les sirvan de instrumento para el desarrollo de la organización comercial, material y financiera necesaria para potenciar su actividad profesional, así como intervenir en la gestión de las mismas”. Por otra parte, el artículo 2, limitaba la actuación de los agentes mediadores a través de sociedades profesionales a las sociedades anónimas con una serie de requisitos. Esta disposición fue desarrollada por la Orden de 31 de julio de 1982 (BOE 18 de septiembre), aunque se debe considerar derogada tácitamente esta normativa por la Ley del Mercado de Valores 24/1988 de 28 de julio (BOE 29 de julio), aunque no lo haya sido expresamente.

Cabe mencionar como otro pilar de las sociedades profesionales la Ley de Auditoría de Cuentas 19/1988 de 12 julio (BOE número 169 de 15 de julio), cuyo artículo 6.1 reconocía que la actividad de auditoría de cuentas se podía realizar por personas jurídicas que reunieran los requisitos legales y se encontraran inscritas en el Registro Oficial de Auditores de Cuentas del Instituto de Contabilidad y Auditoría de Cuentas, estableciendo un régimen restrictivo de constitución.

Ulteriormente, cabe mencionar el Estatuto General de la Abogacía Española aprobado por Real Decreto

658/2001 de 22 de junio (BOE núm. 164 de 10 de julio de 2001 [RCL 2001/1679]) que contempla en el artículo 28 el ejercicio colectivo de la abogacía, declarando que la agrupación puede adoptar cualquiera de las formas lícitas en derecho, incluidas las sociedades mercantiles. Se declara el deber de inscripción en un registro especial del Colegio donde estuviese el domicilio social, declarando la prohibición de tener despacho independiente del colectivo y destacando, en materia de responsabilidad civil, que cualquiera que sea la forma jurídica de la agrupación, “los abogados que hayan intervenido en un asunto responderán civilmente frente al cliente con carácter personal, solidario e ilimitado” (artículo 28.7 EGAE).

También, cabe mencionar el Real Decreto 351/2006 de 24 de marzo (BOE 16 de abril), por el que se modifica el Estatuto General de los Procuradores de España, aprobado por el Real Decreto 1281/2002, de 5 de diciembre (BOE 12 de abril), y concretamente el artículo 31 para permitir la constitución de asociación de procuradores para el ejercicio en una concreta unidad territorial, debiendo inscribirse la asociación en el Registro colegial.

En otros Colegios profesionales se han admitido también expresamente las SP. Así el Consejo Superior de Arquitectos aprobó en Asamblea General de 25 de noviembre de 1994 una normativa reguladora de los Registros Colegiales de entidades asociativas de Arquitectos para el ejercicio de la profesión, en cuyo artículo 3.2 establecía las condiciones que debe cumplir una sociedad de arquitectos para poder ser inscrita como tal en el respectivo Colegio y tener derecho a que se le otorgue a cada proyecto que presente la misma el correspondiente visado, en los siguientes términos: “Podrán solicitar el reconocimiento colegial las entidades asociativas constituidas bajo cualquiera de las modalidades autorizadas por el Ordenamiento jurídico español siempre que reúnan los requisitos



**A pesar de las dificultades de toda delimitación conceptual, el legislador ha definido a las SP diciendo en el artículo 1.1 de la Ley 2/2007 que son "las sociedades que tengan por objeto social el ejercicio en común de una actividad profesional".**



siguientes: a) La participación de Arquitectos colegiados en el capital será siempre superior al 50 por 100 y, en todo caso, la mayoría que se precisa si existiesen "quorum" de decisión reforzados. b) Igual proporción mayoritaria se observará en la composición del órgano de gobierno si fuese pluripersonal, debiendo recaer en un Arquitecto colegiado cuando fuese unipersonal."

Esta normativa fue impugnada ante el Tribunal de Defensa de la Competencia, que en su sentencia de 17 de enero 2002 (AC 2002/24) declaró a favor de la normativa colegial.

#### **IV.- LA DEFINICIÓN DE SOCIEDAD PROFESIONAL.**

A pesar de las dificultades de toda delimitación conceptual, el legislador ha definido a las SP diciendo en el artículo 1.1 de la Ley 2/2007 que son "las sociedades que tengan por objeto social el ejercicio en común de una actividad profesional".

Ahora bien, el concepto de actividad profesional no se refiere a la noción de profesional establecida en la normativa fiscal o de la Seguridad Social, sino que se define en función de "titulación universitaria oficial o de titulación profesional para cuyo ejercicio sea necesario acreditar una titulación universitaria oficial e inscripción en el correspondiente Colegio Profesional".

Por lo tanto, son necesarios el doble requisito de la titulación universitaria y de la inscripción cole-

gial, por lo que algunas profesiones, que se encuentran reguladas, no se pueden considerar incluíbles en el marco de las SP, puesto que el acceso a las mismas carece de rango universitario oficial, como ocurre con los corredores de seguros.

También la Ley 2/2007 define el concepto de ejercicio común diciendo: "A los efectos de esta Ley se entiende que hay ejercicio en común de una actividad profesional cuando los actos propios de la misma sean ejecutados directamente bajo la razón o denominación social y le sean atribuidos a la sociedad los derechos y obligaciones inherentes al ejercicio de la actividad profesional como titular de la relación jurídica establecida con el cliente".

Esta definición pone un doble requisito para configurar la existencia de una SP. De una parte, el ejercicio profesional bajo un nombre diferente al del profesional individual, y en segundo lugar, que los derechos y obligaciones sean imputables directamente en la esfera societaria, con independencia de la posibilidad de compaginar el ejercicio individual con el colectivo, puesto que la Ley 2/2007 no ha puesto cortapisas, de conformidad con sus sinergias liberalizadoras, aunque la transparencia sea compensada con el control colegial.

El ejercicio en común normalmente comportará que la SP tenga una personalidad jurídica independiente de la de los socios, y esta personalidad jurídica independiente se encontrará dotada de un NIF propio, diferente del NIF de los socios.

Así pues, el derecho a la retribución del profesional pertenece a la SP, con independencia de cuáles sean los criterios internos de distribución de los beneficios, de la misma manera que el deber de cumplimiento de la actividad profesional, cualquiera que sea la misma, ya sea una obligación de medios (abogado, médico, etc.) o de resultados (odontólogo, arquitecto, aparejador, etc.).

En el próximo capítulo se estudiarán las diversas formas societarias, que pueden ser utilizadas para la constitución de una SP.

Los Colegios Profesionales tienen un papel muy concreto en la sociedad, por más que sus detractores argumenten su alejamiento de los problemas reales de los colegiados a quienes representen. Esta aseveración no es ajena al Colegio de Médicos de Madrid. Desde siempre, el ICOMEM ha tenido y sigue teniendo un peso específico y una relevancia especial en la estructura colegial y en la propia sociedad por razones obvias, a las que no son ajenas: el número de colegiados, el prestigio profesional de los mismos, su capacidad hospitalaria y la innegable influencia social del médico. No deja de ser curioso contemplar como quienes critican más virulentamente la colegiación obligatoria o se afanan más diligentemente en propalar todo tipo de argumentos para denostar y ningunear la institución, sean los que más enconadamente luchan por conseguir su control.

El ICOMEM ha sabido mantener a lo largo de su historia la independencia necesaria para cumplir los fines derivados de su propia naturaleza, entre los que destaca de manera especial la defensa de una profesión, no siempre bien entendida, del hombre al servicio del hombre. Es así, como cada cuatro años, en las periódicas y preceptivas elecciones para la renovación de la junta directiva, tengamos que contemplar batallas, aparentemente incruentas pero de hondo calado, donde apenas emergen las tensiones desencadenadas por los grupos de presión que pretenden acceder al control del colegio. Partidos políticos, sindicatos, entidades de seguro libre, industria farmacéutica, prensa especializada y un sinnúmero de intereses bastardos se movilizan en apoyo de unos u

otros candidatos. Es, precisamente, en esas condiciones cuando un sector de la colegiación, quizás el menos implicado en la vida colegial pero el más activo profesionalmente, acude a las urnas con un instinto especial para mantener la independencia institucional.

Hago estas consideraciones, para resaltar la labor de la profesora Doña Juliana Fariña, primera mujer en acceder a ese puesto de responsabilidad, que ha sabido mantenerse y mantener esa independencia sin la cual el Colegio quedaría desnaturalizado. En circunstancias nada favorables, la doctora Fariña, ha enriquecido la vida colegial con actividades

**No deja de ser curioso contemplar como quienes critican más virulentamente la colegiación obligatoria o se afanan más diligentemente en propalar todo tipo de argumentos para denostar y ningunear la institución, sean los que más enconadamente luchan por conseguir su control.**

muy diversas implicando a las familias de los colegiados: Ha dedicado un capítulo importante de su gestión a la formación continuada con la creación de la primera fundación en un Colegio de Médicos cuyos cursos sobrepasan ya las 9.000 inscripciones anuales. El impulso y desarrollo de la actividad científica, sobre todo en los jóvenes, le obsesiona, y así el Colegio cada año reparte 150 becas a comunicaciones a congresos y miles de euros, en los premios denominados PRM, a trabajos publicados por Médicos Residentes. Estos premios

se entregan en la fiesta anual de los nuevos colegiados que se realiza cada mes de octubre.

Unido a lo anterior, ha reducido la cuota colegial en dos ocasiones lo que tampoco era moneda corriente en los Colegios, y ha minimizado la deuda histórica y a la vez aumentado los servicios a los colegiados, como ayudas a partir del cuarto hijo y a los hijos de médicos con mejores calificaciones o la creación de la sede móvil y la apertura de varias subse-des colegiales. Todo ello, según afirman sus colaboradores, por el rigor y austeridad casi extrema con el que decide cada gasto que se propone. Pero, también de forma un tanto original, nos invita desde el año 2000, a través de la revista mensual del Colegio, que al accidente de trabajo lo consideremos como una enfermedad a cuya prevención nos dediquemos todos los médicos de Madrid. En fin, ha abierto el colegio a la sociedad y entroncado el edificio histórico de la Medicina Española al entorno especialmente atractivo del Madrid cultural por excelencia.

**Es, precisamente, en esas condiciones cuando un sector de la colegiación, quizás el menos implicado en la vida colegial pero el más activo profesionalmente, acude a las urnas con un instinto especial para mantener la independencia institucional.**



## ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE MADRID

Vienen estas reflexiones a colación porque, próximas las elecciones, volveremos a asistir al movimiento sísmico provocado por los salvadores de turno de la institución que, apoyados por grupos de presión, intentaran con cantos de sirena desorientar al médico, único y principal valedor de la institución que le representa.

La doctora Fariña con una labor constante, callada y responsable, sin alharacas ni apariciones mediáticas innecesarias pero con una idea muy clara de lo que el colegio representa, ha sabido mantener el prestigio de la institución ante los poderes públicos, su independencia ante diferentes circunstancias perturbadoras y el papel de árbitro ante determinados sucesos alarmantes para la sociedad; abriendo las puertas del colegio a una sociedad a la que pertenece y de la que se constituye en garante del buen hacer médico.

*Fdo.: Dra. Doña Elena M. Rubio*





CORREDURÍA DE SEGUROS  
Médicos, Dentistas y Grandes Colectivos

## Especial Seguro de Automóviles



MARCA Y MODELO	TODO RIESGO 100 SIN BONIFICACIÓN	TODO RIESGO 100 CON BONIFICACIÓN (QUE TE CONSIGUE UNITECO PROFESIONAL)
AUDI A4 2.0 TDI DPF 4P	1.793,52 €	537,50 €
VW PASSAT 2.0 TDI HIGHLINE 4 P	1.834,07 €	548,29 €
MITSUBISHI OUTLANDER 2.0 DI-D	2.193,61 €	647,28 €
BMW 520 D 4P	2.301,96 €	676,30 €
VOLVO XC90 D5 5P	2.483,63 €	723,71 €

\*Estos precios corresponden a un conductor tipo: Edad: 31 años / Siniestralidad: Baja / Antigüedad: 2 años de permiso / Madrid 2008

Llama al **91 504 55 16** y te cotizamos  
en el momento el precio del seguro de tu coche



C/ Pez Volador 22. 28007. Madrid.  
Telf. / 91 504 55 16. Fax / 91 504 15 66. [www.unitecoprofesional.es](http://www.unitecoprofesional.es)

UNITECO PROFESIONAL, CORREDURÍA DE SEGUROS, S.L. está inscrita en el Registro Especial Administrativo de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con el número J-664 y tiene concertado el seguro de responsabilidad civil establecido en el artículo 27.1 e) de la Ley 26/2006 de 17 de julio de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados. Registro Mercantil de Madrid. Libro de Sociedades Hoja nº 14.986, Folio 142, Tomo 10.111. Sección 4ª C.I.F. B 79325395.

## ¡LLEVO 10 AÑOS CON UN SEGURO Y PARA UN SINIESTRO QUE TENGO NO ME LO CUBREN!



**D. CONRADO NÚÑEZ MONTERO**

Director de Siniestros de UNITECO PROFESIONAL, CORREDURÍA DE SEGUROS S.L.

**F**rased repetida y oída por todos en numerosas ocasiones, tópico el decir que las compañías de seguros se sujetan como pueden a la famosa letra pequeña de los contratos con el fin de no pagar el siniestro. Estas y muchas frases se nos vienen a la cabeza cuando hablamos de los seguros.

Por otro lado es típico también oír, apoyado con anuncios actuales, tener el seguro más barato con las mismas coberturas que el resto de los del mercado.

A título de ejemplo, el llamado “Todo Riesgo” del automóvil, pensamos que cubre todo y que todas las compañías cubren lo mismo. Ahora bien si hiciéramos un análisis comparativo de las coberturas del mercado, nos quedaríamos sorprendidos al observar que entre una póliza y otra puede haber más de 50 diferencias, amén del servicio que en caso de siniestro exigiremos, pero que no miramos a la hora de contratarlo ya que sólo nos interesa el precio, y de ahí luego nuestras sorpresas.

Otro ejemplo típico es el del seguro de hogar, que cubre muchos sucesos, pero que en el 90% de los casos, siempre tenemos mal valorados los capitales, en su inmensa mayoría infra asegurados, es



decir que en caso de siniestro la compañía pagaría en la proporción de lo que se aseguró y lo que realmente hay. Así mismo tiene varias opciones (accesorios de cobertura) y, sin embargo cuando lo contratamos suele quedarse raquítico. Cuando tenemos el siniestro y la compañía dice “esto no lo contrató o no está cubierto”, decimos ¡Llevo 10 años con un seguro y para un siniestro que tengo no me lo

¡cubren! Habría que completarlo, ¿Lo que ha ocurrido está cubierto por la póliza? o por el contrario, no lo contrataste para que fuera más barato. ¿Tenías el seguro a través de un especialista, un corredor o por el contrario te auto recetaste?.

**La sensación entre seguridad y la duda de si me cubrirá el seguro en caso de siniestro es una dicotomía presente en todos.**

El fin del seguro, como papel mojado que es, al ser una de las pocas compras que se pueden hacer donde no se obtiene un producto sino un papel que dice que en caso de ocurrir un siniestro se realizará un servicio, un pago etc., es dar Seguridad, dar Tranquilidad.

Si unimos todo lo anterior sacaremos la conclusión que la póliza más **Barata** es la que **cubre el siniestro** para el que hemos hecho el contrato. Esto supone que el seguro que necesitamos es el que se adapta a nuestras necesidades, para lo cual es necesario leerse los condicionados contratados y en la mayoría de los casos contar con un corredor que adapte, dentro de lo posible, las necesidades reales de la persona dentro de los límites del mercado.

Es lo que se hace en finanzas, la famosa frase de “tengo una cesta bien equilibrada” deberíamos llevarla al mundo del seguro y analizar realmente no qué quiero, sino qué riesgos tengo y qué debería hacer.

Partiendo de la premisa anterior deberíamos analizar los riesgos que corremos. Este análisis debe de partir, del fin esencial del seguro, es decir de las posibles pérdidas patrimoniales, de mayor a menor. Por lo tanto hay 3 bloques a analizar:

1.- Riesgos Insostenibles. Son todos los riesgos que suponen cuantiosas pérdidas económicas en caso de producirse. Nos estamos refiriendo a las responsabilidades civiles a las que estamos expuestos. Y diríamos que las necesidades se referirían a:

A) La Responsabilidad Civil Privada. Englobaríamos la cobertura de Responsabilidad Civil del Hogar (Nunca sabemos, si por un accidente moja-

**Es lo que se hace en finanzas, la famosa frase de “tengo una cesta bien equilibrada” deberíamos llevarla al mundo del seguro y analizar realmente no qué quiero, sino qué riesgos tengo y qué debería hacer.**

mos el piso de abajo, o incluso varios, las pertenencias de nuestros vecinos). No deberíamos tener un seguro de Responsabilidad Civil del Hogar, en sus distintas modalidades, pisos, de vacaciones, chalet etc... por debajo de los 150.000 €

La Responsabilidad Civil de vehículos a motor, de la finca agrícola, etc...

B) La Responsabilidad Civil Profesional. Importantísimo en el ejercicio de la profesión liberal. El riesgo de reclamación es patente de forma diaria, porque aunque las actuaciones se realicen de una forma muy profesional, la presión, el poco tiempo de consulta etc., hacen que tengamos pequeños errores que al final pueden derivar en una reclamación. Es importante que estos seguros cubran toda la vida profesional, porque el plazo de reclamación desde que se realizó el acto médico es de 15 años y en algunos casos, por considerarse que el acto médico finalizó cuando se terminó la rehabilitación o la causa, que sea superior a dicho plazo.

2.- Riesgos Importantes. Son todos los riesgos que suponen una merma considerable de nuestros ingresos o que sólo nos afectan a nosotros y no debemos de responder ante un tercero.

A) Sobre la persona. Deberíamos cuestionarnos las siguientes preguntas para concienciarnos de verdad de la situación real.

a. En Caso de muerte ¿En qué situación dejo a mi familia? Necesitaremos valorar nuestra edad, cuanto más jóvenes seamos más capital asegurado se



necesita ya que nos quedarán más años de hipoteca, más años para mantener a los hijos etc...

b. En caso de Invalidez Absoluta Permanente ¿Qué renta me queda de la Seguridad Social? ¿En qué situación económica me quedo? ¿Cómo sería mi vida en tal situación? Pocas veces pensamos que nos podamos quedar inválidos pero todos sabemos que en caso de pasarnos, nuestra familia no podrá estar pendiente todo el día de nosotros, independientemente de la necesidad económica. A todos nos gustaría tener a alguien contratado para no estar encerrados no sólo en silla de ruedas sino en nuestra propia casa.

c. En caso de Invalidez Profesional Permanente ¿Tengo capacidad para adaptarme a otra profesión? Económicamente ¿Qué dinero necesitaría para rehacerme? En la situación de no poder desarrollar nuestra actividad profesional por una enfermedad o por un accidente necesitaríamos de capital para reconvertirnos a otra profesión para la cual estuviésemos capacitados.

d. En caso de Invalidez Profesional Temporal ¿Qué tiempo puedo estar de baja sin cobrar las guardias, o en caso de ser autónomo cuánta liquidez tengo? Los que trabajan en la actividad pública, en la mayoría de los casos entre las peonadas y guardias se obtiene la mitad del salario, en el caso de la privada es imprescindible, pues si no se trabaja no se cobra.

B) Sobre las cosas. Hablaríamos de qué riesgos económicos pueden afectar a nuestras propiedades y pueden resultar totalmente lesivos.

a. Seguro del continente del hogar. Es decir, la estructura de la casa. Aquellos riesgos que nos pueden dejar sin techo para vivir, trabajar.

3.- Riesgos Comerciales. Los llamo así porque son los riesgos más livianos de los enunciados y por el hecho de ser los más comunes y los que en muchos casos son más importantes o miramos con más detenimiento.

Dentro de estos riesgos podríamos hablar del seguro a todo riesgo del coche o del contenido de la vivienda.

No tiene sentido estar preocupados por estos aspectos sin haber analizado los anteriores. Al fin de cuentas si valoramos económicamente lo que nos supone quedarnos sin el coche, o sin el contenido de la vivienda, podremos recomponernos y seguir viviendo, con menos comodidades pero viviendo. Ahora bien si tenemos un Accidente del cual somos responsables, tendremos que hacer frente a una responsabilidad civil, por una tetraplejía de nuestra pareja al ir de copiloto, y lo que menos nos va a preocupar es haber perdido 24.000 € del coche por ejemplo.

Es preferible, tener un buen seguro a terceros, de vida, accidentes y Baja Laboral Transitoria, que uno a todo riesgo.

#### En conclusión:

**Los seguros no se contratan porque sí, sino que se contratan para tener cubiertos los riesgos a los que estamos sometidos de mayor a menor cuantía económica. Y como pasa en todas las profesiones queremos estar asesorados para poder hacer las cosas de la mejor manera posible. Al igual que no dudamos en contratar a un abogado para que nos defienda, en tener a nuestro asesor fiscal o en acudir al especialista médico cuando tenemos un problema de salud es ilógico que no tengamos a un corredor que nos asesore y defienda los intereses de sus clientes frente a las compañías aseguradoras.**



## CALIDAD EN LA RED:

## UN EJEMPLO DE LA WEB 2.0: WIKIPEDIA



**D. FRANCISCO JAVIER RIVAS**

Departamento de informática de UNITECO PROFESIONAL

### Introducción

Comenzamos una serie de artículos con los que nos acercaremos a la red de redes y nos ayudarán a aprovechar las múltiples posibilidades que nos ofrece a día de hoy.

Tal vez ya hayas escuchado hablar de la famosa “web 2.0”. Hoy día podemos estimar que Internet ha llegado a su madurez, ha pasado de ser un lugar “estático de conocimiento” a un lugar participativo y que es construido por los millones de usuarios que navegan por ella.

Todo proyecto de éxito está caracterizado por hacer partícipes a los usuarios. Han nacido “comunidades” compuestas por miles de personas que ponen en común aficiones, gustos, conocimientos, etc.

Un ejemplo de ello es Wikipedia. Un sitio web de tipo “WIKI” (rápido en Hawaiano) colaborativo que puede ser editado por varios usuarios, pudiendo estos agregar, edi-

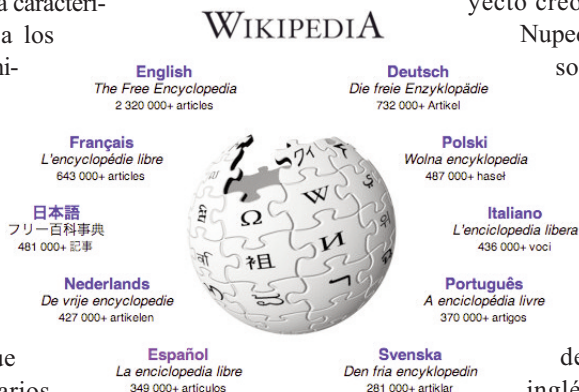
tar o borrar los contenidos. De la unión de Wiki y Pedia nace lo que hoy se conoce como Wikipedia. Es fácil intuir qué es la Wikipedia, es una enciclopedia universal construida con la colaboración de millones de usuarios de todo el mundo.

### Un poco de historia

En marzo de 2000 Jimbo Wales creó Nupedia, una enciclopedia libre construida por eruditos (principalmente doctorados y académicos), a los que se proponía colaborar de modo no remunerado.

En 2001, y debido al poco éxito del proyecto creó un “Wiki” vinculado a Nupedia para agilizar el proceso de la creación de artículos, y tal fue el éxito de esta “Wikipedia” que terminó eclipsando a Nupedia.

Wikipedia abarcaba 26 idiomas en 2002, 46 en 2003 y 161 a finales de 2004. En 2007, en inglés, superó los 2 millones de artículos, convirtiéndose en la





o ampliar artículos, se pueden aplicar las convenciones de estilo establecidas a aquellos artículos que no las tengan, clasificarlos por materia, corregir faltas ortográficas, retirar textos con copyright, etc.

Para colaborar no es necesario el registro, aunque los usuarios que no lo hacen tienen ciertas restricciones como el votar en la toma de decisiones. Algunos colaboradores tienen la capacidad de llevar a cabo operaciones extra, como el borrado de artículos, el bloqueo de páginas, etc. Sin embargo, estos usuarios, denominados en la edición en español bibliotecarios, no tienen capacidad de decisión mayor que la de cualquier otro wikipedista y sus acciones se deben ajustar a las políticas adoptadas por toda la comunidad.

Al día de hoy, en la edición en español hay registrados 619.409 usuarios (no necesariamente colaboradores activos), de los cuales un total de 111 son bibliotecarios

## Resumiendo

Wikipedia es un claro ejemplo de lo que nos ofrece la WEB 2.0., nos permite participar en la construcción de la mayor enciclopedia jamás creada hasta el

momento. Sus posibilidades son múltiples y a día de hoy en la edición en español existen cientos de artículos de medicina y odontología sin redactar a los que nosotros podemos aportar nuestros conocimientos.

Muchas veces, inducidos por noticias llamativas, tendemos a pensar en la red como un sitio descontrolado, de pasatiempos y usos vanales. La realidad es bien distinta. Miles de personas trabajan desinteresadamente en ampliar el conocimiento global y que llegue a cualquier rincón del mundo. Existen sitios donde se proporcionan las herramientas para empezar nuestro propio Wiki por ejemplo [www.wikispaces.com](http://www.wikispaces.com).

La WEB 2.0 nos invita a participar en Internet construyéndola.

### Referencias:

[es.wikipedia.org](http://es.wikipedia.org)

[es.wikipedia.org/wiki/Wikipedia](http://es.wikipedia.org/wiki/Wikipedia)

[www.wikispaces.com/help-spanish](http://www.wikispaces.com/help-spanish)

The screenshot shows the Spanish Wikipedia homepage. At the top, there are navigation links: [portada](#), [discusión](#), [ver código fuente](#), and [historial](#). A banner at the top right says "Ya se reciben solicitudes de becas para Wikimania 2008". The main heading is "Bienvenidos a Wikipedia," with the subtitle "la enciclopedia de contenido libre que todos pueden editar". The date is "11:28 (UTC); jueves, 10 de abril de 2008" and it states "Actualmente tenemos 350.737 artículos en español." Below this are several boxes: "Participación y comunidad" with links like "¿Cómo colaborar?", "Bienvenida", "Primeros pasos", "Tutorial", "Contenidos de Ayuda", "Café", "FAQ", and "Los 5 pilares"; "Búsquedas y consultas" with links for "Índice de categorías", "Todas las categorías", "Índice alfabético", "Todos los artículos", "Portales temáticos", and "Explorar Wikipedia"; "Frase del día" featuring a quote by Groucho Marx: "«La parte contratante de la primera parte, será considerada como la parte contratante de la primera parte»."; and "Portales" with a link to "Ciencias naturales y formales" which includes "Astronomía · Biología · Física · Matemática · Química · Botánica". On the left side, there is a sidebar with a search bar, navigation links, and a list of "herramientas" like "Lo que enlaza aquí", "Cambios en enlazadas", "Subir archivo", "Páginas especiales", "Versión para imprimir", "Enlace permanente", and "Citar este artículo".

**Informatizará** sus historias clínicas

**Gestionará** su consulta

**Elaborará** sus informes de manera automática

**Controlará** la eficacia de sus tratamientos

**Mantendrá** su facturación al día

**¡NO ARRIESGUE LA INFORMACIÓN  
DE SU CONSULTA!**

**¡ÚNASE A LA SEGURIDAD DEL LIDER!**



Primer software informático del mercado  
Versiones disponibles para  
**Medicina General y Diferentes Especialidades**

**UNITECO PROFESIONAL LE PUEDE AYUDAR  
A CONSEGUIRLO, INFORMESE EN**

**MEDIGEST**  
CONSULTORES



Tel. Información: 91 556 97 16/ 91 597 45 62  
[www.medigestconsultores.com](http://www.medigestconsultores.com)



## MI VECINO ME HA INUNDADO LA CASA



### D. JAVIER OLIVA MARTÍN

Diplomado en Ciencias Empresariales. Responsable del Departamento de Seguros Patrimoniales de UNITECO PROFESIONAL

El siniestro más común de las pólizas de multirriesgo es el de daños por agua. La mayoría de las personas hemos sufrido algún accidente en el que hemos sido afectados o causantes de un percance de esta índole.

Es muy importante contar con una póliza que disponga de asistencia, ya que de esta forma el seguro se encargará de enviarnos un profesional que se ocupe de la reparación, máxime cuando se ha de realizar con urgencia, porque está cayendo agua, o porque tenemos que tener la llave de paso cerrada.

Cuando tratamos de contratar un seguro, hay que tener en cuenta ciertas coberturas que ofrecen las pólizas y que en un principio pueden parecer poco importantes, pero que en caso de siniestro son la diferencia entre una póliza mediocre, u otra que realmente nos soluciona los problemas en caso de ocurrir dicho evento.

Debemos contar con un seguro propio de calidad, ya que en caso de siniestro, aunque el causante sea nuestro vecino, no tienen nada que ver las garantías por las que se reparará si lo hace su seguro o si se encarga el nuestro. Si es la compañía de nuestro vecino la que repara los daños, irá por la cobertura de Responsabilidad Civil, cuyas garantías se quedarán cortas en la mayoría de los casos. Por poner un ejemplo, si los daños causados por agua afectan las paredes y suelo de nuestro salón, su compañía enviará un perito y nos indemnizará por los daños directos causados según su propia valoración, es decir, no nos abonarán la pintura o empapelado total del salón, ni toda la tari-

ma o mármol del suelo, aunque esto fuera necesario para dejar dicha estancia tal y como se encontraba antes del siniestro. Se limitarán a medir los metros cuadrados afectados y a indemnizar según su valoración, y en caso de no estar conformes, sería asunto nuestro litigar con la compañía para tratar que abonen todo, teniendo que asumir todos los costes y perjuicios que esto conlleva.

Por el contrario, si contamos con nuestro propio seguro y con una buena cobertura de daños por agua que incluya estéticos, nuestra compañía se encargará de reparar todos nuestros desperfectos, pintando o empapelando todo el salón, así como reponiendo todo el suelo si es necesario para restaurar la coherencia estética que tenía la estancia antes del siniestro. Todo esto será realizado por empresas profesionales, librándonos de problemas con la compañía contraria y de tener que contratar nosotros mismos reparadores para realizar los trabajos.

Lo mejor, de todas formas, es contar con un mediador de seguros especializado, ya que se encargará de asesorarnos al contratar la póliza, así como de tramitar con la compañía el siniestro en caso de que ocurra.

En caso de accidente lo mejor es comunicarlo con la mayor brevedad a la compañía, o al corredor en caso de que lo hubiere. Si es necesario reparar los daños antes de que lo vea alguien de la compañía, es conveniente quedarse con todas las pruebas posibles del siniestro o hacer fotografías del mismo.

# Su hogar a prueba de sustos

*"Cuando se nos rompió una tubería nos dejó las paredes y el suelo destrozados. Llamamos a UNITECO PROFESIONAL y ellos se encargaron de todo"*

*Javier y María*

Con los asesores de **UNITECO PROFESIONAL** no estará solo ante un siniestro.

Nuestros asesores tramitarán todo el siniestro por usted asegurándose de que recibe **la mejor atención** y ahorrándole problemas.

**UNITECO PROFESIONAL** trabaja solo con las mejores compañías (Mapfre, AXA-Winterthur, Grupo Catalana Occidente...) y le consigue un **mejor precio** del que estas le ofrecen. Pregunte por nuestros **productos exclusivos**.

También aseguramos, con condiciones muy ventajosas, viviendas alquiladas a terceros y en régimen de alquiler.

No se lo piense más y benefíciase con **UNITECO PROFESIONAL** del mejor seguro, con la mejor atención y al mejor precio

**Llame al 915 045 516 para informarse**

Correduría de Seguros inscrita en el Registro de la Dirección General de Seguros con el Número J-664. Tiene contratado Seguro de Responsabilidad Civil, previsto en el artículo 27.1 e) de la Ley 26/2006 de 17 de Julio de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados, Registro Mercantil de Madrid. Libro de Sociedades. Hoja N° 14.986-2, folio 147, tomo 10.111. Sección 4ª. C.I.F. B-79325395

UP-0208



**CORREDURÍA DE SEGUROS**  
Médicos - Dentistas - Grandes Colectivos

[www.unitecoprofesionales.com](http://www.unitecoprofesionales.com)

## LA CALIDAD DE LOS INFORMES CLÍNICOS



**DR. D. JOSÉ JAVIER GARCÍA ALEGRÍA**

Director del área de Medicina del Hospital Costa del Sol de Marbella

**E**l informe clínico es el documento emitido por el médico responsable acerca de la atención prestada a un paciente. Cuando el informe clínico hace referencia a un episodio de hospitalización este se denomina informe de alta hospitalaria (IAH) y en el mismo se refleja, al final del proceso de atención, un resumen del historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico principal y los secundarios y el tratamiento recomendado. En este artículo la mayor parte de las referencias son acerca del IAH, pues su contenido está regulado por normativas específicas y está mucho más estudiado, si bien las recomendaciones generales pueden resultar útiles para la elaboración de otros tipos de informes como son los de consultas externas, urgencias, o diversas exploraciones complementarias.

**El informe de alta hospitalaria es un instrumento de comunicación en el que se aporta información clínica acerca de un episodio de hospitalización.** Como en cualquier proceso de comunicación existe un emisor, que es el clínico que lo redacta, y uno o varios receptores. En realidad el IAH tiene múltiples usuarios como son el paciente, sus familiares, el médico de atención primaria, el mismo médico redactor o bien otros del mismo servicio, otros especialistas, los médicos de urgencia y los codificadores. En ocasiones el IAH es utilizado por

personal de enfermería, trabajadores sociales, investigadores, docentes, evaluadores de calidad asistencial, autoridades sanitarias o judiciales (1).

En este momento numerosas instituciones están renovando sus sistemas de información, el archivo y la documentación clínica, a fin de incorporar las nuevas tecnologías y de cumplir con los requisitos legales que regulan la historia clínica. El Instituto de Medicina (2) ha establecido cinco objetivos que debería cumplir una buena historia clínica: 1) facilitar los cuidados del paciente y mejorar la calidad, 2) aumentar la productividad de los profesionales y reducir los costes administrativos, 3) posibilitar la investigación clínica y en servicios de salud, 4) capacitar para la adaptación a los desarrollos tecnológicos, de gestión y financiación futuros; y 5) disponer de mecanismos que aseguren la confidencialidad permanente de la información.

El IAH es un documento esencial de la historia clínica que debe incluir la información clínica anterior relevante, reflejar el problema actual, la situación del paciente al alta y las recomendaciones futuras. La información ofrecida en el IAH puede facilitar la continuidad asistencial, reducir el tiempo de búsqueda de información, evitar la repetición de las pruebas y las visitas innecesarias y disminuir los errores de medicación (3).

**En España el contenido básico del informe de alta hospitalaria, así como la obligatoriedad de su realización, está regulado mediante leyes y normas que los clínicos deben conocer.** Entre las más importantes están: 1) Ley 41/2002, Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, 2) Ley 14/1986, General de Sanidad, 3) Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal; y 4) Orden Ministerial 6 de septiembre de 1984, reguladora del Informe de Alta. Además algunas Comunidades Autónomas tienen disposiciones legales que complementan o aclaran los contenidos del IAH en su ámbito territorial.

Desde hace años en nuestro país, y en todos los países de la Unión Europea, la realización del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta que define la información mínima imprescindible que debe figurar en el IAH es una práctica obligatoria para todos los hospitales (tabla 1). En el IAH es esencial la descripción del motivo del ingreso, el diagnóstico principal que es el que justifica el ingreso de acuerdo al criterio clínico y los diagnósticos secundarios. La información clínica posteriormente es tabulada, por documentalistas clínicos, mediante la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión, Modificación Clínica (CIE-9-MC) con un código numérico que permite la explotación y el análisis posterior. La información ofrecida por el médico en el informe es esencial para poder hacer una correcta adscripción de la patología, reflejar de una manera precisa la complejidad del paciente y describir los procedimientos realizados. Los pacientes,

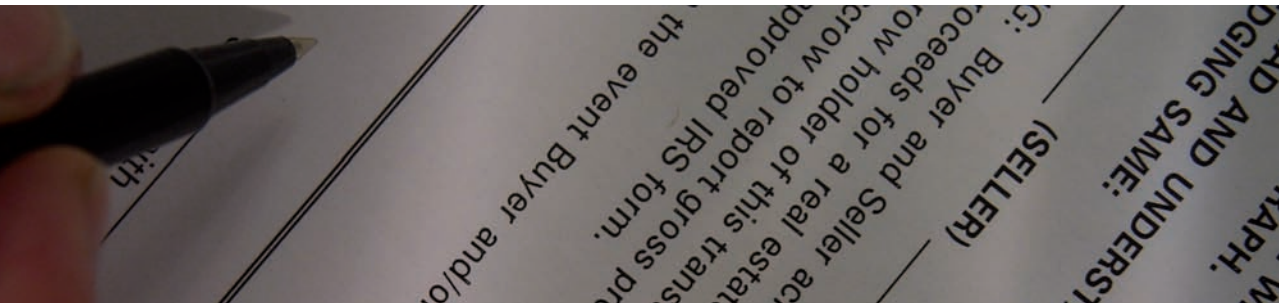


a partir del CMBD, se agrupan con Sistemas de Clasificación de Pacientes, habitualmente los denominados Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD), que permiten la descripción de todos los casos atendidos (casuística) y su comparación. El análisis de los GRDs nos informa acerca del tipo y la cantidad de pacientes que se atienden en un hospital o en un servicio determinado y por tanto del patrón de morbilidad, de la eficiencia en hospitalización (estancia media y costes) y de los resultados asistenciales medidos por resultados adversos como son la mortalidad, los reingresos y las complicaciones, en relación con otros centros de características similares. Cada vez es más frecuente el uso de estos indicadores para la evaluación de la calidad de la atención y para la financiación de un centro o de un servicio, por lo que el conocimiento de los clínicos acerca de sus propios resultados es esencial para poder mejorar.

Aunque las bases de datos de pacientes resultan muy útiles tienen algunas limitaciones que son de tres tipos: 1) derivadas de la calidad de la información, 2) por la exclusión de algunos pacientes y 3) por la falta de algunos datos (4). Entre los problemas más frecuentes de calidad en la codificación están los diagnósticos y los procedimientos equivo-

**El análisis de los GRDs nos informa acerca del tipo y la cantidad de pacientes que se atienden en un hospital o en un servicio determinado y por tanto del patrón de morbilidad, de la eficiencia en hospitalización (estancia media y costes) y de los resultados asistenciales medidos por resultados adversos como son la mortalidad, los reingresos y las complicaciones, en relación con otros centros de características similares.**





cados, que da lugar a una mala clasificación del caso. Otros problemas relevantes son la infranotificación de la comorbilidad o el error al adscribir la causa del ingreso. Los documentalistas clínicos reciben un entrenamiento adecuado y unas instrucciones precisas que tratan de reducir la variabilidad interpersonal en la codificación. La exclusión de algunos casos como son las historias con información incompleta, los enfermos que se han marchado de alta voluntaria o algunos fallecidos pueden ser una fuente de sesgo en la casuística. El porcentaje de casos codificado respecto al total de altas es un indicador de calidad en la codificación del hospital, y debería ser del 100%. Finalmente otra limitación de las bases de información de pacientes es la falta de información, que a veces se da, acerca de las complicaciones que se producen durante el ingreso como es la infección nosocomial, las caídas o los efectos adversos de los medicamentos (4). La calidad del CMBD es mayor cuando para proceder a la codificación clínica, aparte de los informes de alta emitidos por los médicos, se usa la historia clínica completa (5,6).

### Calidad de los informes de alta

Los artículos publicados en nuestro país acerca de la calidad de los informes de alta hospitalarios son limitados. *Sardá y Cols* (7) describieron que la cumplimentación de los distintos apartados de los informes de alta de su hospital, varía del 90% para el diagnóstico y motivo de ingreso hasta poco más del 50% para el plan de seguimiento y el tratamiento. La cumplimentación era superior en los servicios médicos que en los quirúrgicos para casi todos los apartados analizados. En una encuesta a médicos generales y especialistas incluida en el

mismo estudio, la mayoría de facultativos en ambos grupos preferían informes cortos y resumidos que largos y detallados. *Reyes y Cols* (8) refieren que sólo el 3% de los informes de enfermos con cardiopatía coronaria de tres hospitales universitarios contenían la información precisa para la evaluación de la calidad asistencial. Así en el 30% faltaba un diagnóstico explícito y en el 17% no había tratamiento (8). *Zambrana y Cols* (9) refieren que sólo el 58% de los informes de alta en servicios de Medicina Interna de 24 hospitales andaluces contenían datos clínicos y administrativos suficientes y que la calidad de los informes era mayor en los hospitales más pequeños (8).

### La historia clínica informatizada

La historia clínica informatizada tiene algunas ventajas notables como son la utilización simultánea de la historia desde cualquier lugar, la legibilidad del texto, la seguridad de los datos y la facilidad para obtener copias, la mayor garantía de confidencialidad pues el acceso a la información está restringido y controlado mediante claves y mecanismos de trazabilidad de uso, una mayor flexibilidad pues la información puede verse en distintos formatos y tiempos, una mejor integración con otros sistemas de información, la incorporación fácil de datos que se pueden volcar

**Cuando hacemos un informe clínico tenemos que tener en cuenta las necesidades de nuestros lectores.**

de manera automática del laboratorio o radiología, un procesamiento continuo de datos que pueden ser monitorizados, resumidos, interpretados y editados de manera inmediata, la posibilidad de búsqueda activa muy rápida y que requiere un mínimo esfuerzo, la variedad en la emisión de la información en forma de páginas, mensajes, imágenes o vídeo y la posibilidad de personalizar el informe en cuanto a texto, color o incorporación de imágenes.

Por el contrario la historia informatizada lleva aparejadas ciertas desventajas como son la necesidad de estructurar la información con una entrada lenta de los datos, una restricción en el lenguaje que se hace frío, una cierta lentitud en la gestión de las imágenes, y la tentación de copiar la información de informes previos, con lo que se tiene una mayor facilidad para la propagación de errores. Además los modelos informáticos de historia o informes pueden ser poco intuitivos para el manejo de la información y causar cierta desorientación. Los clínicos a veces tienen una falta de control en el diseño de la estructura que recae sobre programadores informáticos, y su modificación posterior es difícil y costosa (10). Sin embargo la mayor dificultad referida por los médicos es que el uso del computador establece una barrera, física y psicológica, afectando a la relación médico-paciente, y no se ajusta al modelo narrativo del razonamiento clínico tradicional (11). Para solventar estos problemas muchos centros y servicios usan un modelo combinado de información con escritura manual o con texto libre, por ejemplo en las anotaciones durante el ingreso, y otra información estandarizada o codificada en la historia informatizada, como por ejemplo en el IAH. En estos momentos la informática aplicada a la historia clínica se ha convertido en un requisito imprescindible de los centros sanitarios, pero en la misma se debe tratar de solventar algunas de las limitaciones referidas con modelos estructurados que se asemejen a la historia tradicional diseñados por médicos, que faciliten su uso y con la inclusión de los datos clínicos más relevantes.

En el Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo se propugna la Historia Clínica Digital (HCD) para garantizar que los profesionales sanitarios tengan acceso a aquella información clínica que

precisan para la asistencia de un paciente en cualquier momento y lugar del Sistema Nacional de Salud, así como para asegurar a los ciudadanos el control de acceso a los datos relativos a su salud restringiéndolo a aquellos profesionales sanitarios debidamente autorizados. En el nivel básico de desarrollo se debe situar aquella información individual de salud, que ya existe en el momento actual en soporte digital, como la historia clínica resumida o partes de la misma como los informes clínicos, las pruebas diagnósticas y la historia clínica resumida del paciente. En un nivel avanzado se situaría la información que requiere la implantación progresiva de recursos tecnológicos complejos y costosos en cada Comunidad Autónoma como son los informes de cuidados de enfermería, y las imágenes o vídeos digitales.

### Los usuarios y las utilidades del informe

La mayor dificultad en la redacción de los IAH estriba en que tiene múltiples usuarios con intereses dispares y a veces contrapuestos. Entre los usuarios más importantes de los IAH están: 1) El paciente y su cuidador. Su interés se centra sobre todo en el diagnóstico, el tratamiento y las recomendaciones de seguimiento; 2) El médico de Atención Primaria, cuya necesidad



primordial es la información acerca del problema agudo que ha causado el ingreso, las secuelas, el tratamiento nuevo y las responsabilidades y plazos acerca del seguimiento; 3) El médico especialista, que espera rigor y exhaustividad en los fundamentos del diagnóstico y tratamiento, y una información acerca de los datos complementarios y pruebas realizadas; y 4) El codificador clínico, cuyo interés fundamental son los diagnósticos y procedimientos, principales y secundarios, así como las complicaciones (1).

El aprendizaje para la realización de un IAH se adquiere en los primeros años de residencia y el determinante esencial es el estilo general y las costumbres del servicio docente. **La enseñanza acerca de cómo elaborar un informe de calidad, debería estar más estructurada y supervisada durante el periodo formativo de la residencia**, pues es una habilidad que se adquiere y es difícilmente modificable con el paso del tiempo (1).

#### Recomendaciones acerca de los informes

Cuando hacemos un informe clínico tenemos que tener en cuenta las necesidades de nuestros lectores. La lectura de un texto es un proceso cognitivo

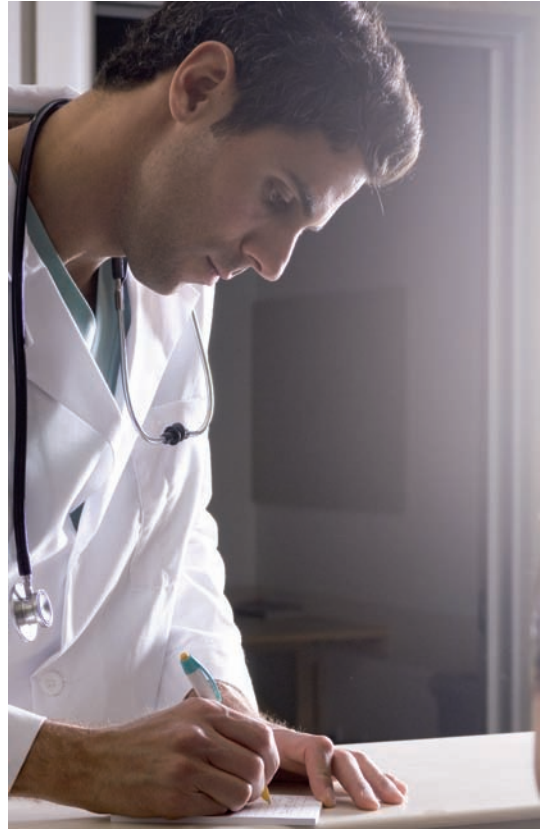
complejo con dimensiones entre las que están la percepción, la atención y la memoria, y que está condicionado por la forma y por la claridad de la redacción (12). Como recomendaciones generales hay que usar un documento escrito a máquina, con letra nítida, mejor la que tiene pié como la usada en los periódicos, de un tamaño adecuado, con interlineado holgado, con epígrafes que faciliten la lectura y con marcas en aquellos apartados que se desean resaltar (diagnóstico, tratamiento o recomendaciones al alta). El uso de trucos visuales, como la negrita o los apartados específicos, reduce la posibilidad de omitir la lectura de un aspecto de especial relevancia (1, 12).

Hay recomendaciones generales acerca de los informes que pueden resultar orientativos para elaborar su calidad (Tabla 2) (1). **En primer lugar considere prioritarias las necesidades del paciente y trate de satisfacerlas, teniendo en cuenta su edad, nivel cultural, y limitaciones.** Trate de usar una letra de gran tamaño pues muchos enfermos son ancianos y tienen limitaciones visuales. Tenga cuidado con los datos de filiación del paciente y compruebe que son correctos. Utilice una estructura de informe de fácil lectura y evite las abreviaturas. Use un lenguaje claro evitando los términos ambiguos o confusos, y siempre que pueda deje constancia de los datos cuantitativos. Antes de entregar el informe de alta repase todos los campos del conjunto mínimo básico de datos (CMBD), de esta manera se asegura que cumple la normativa y de que se refleja con precisión su actuación médica y los diagnósticos. No olvide poner las complicaciones relevantes sucedidas en el ingreso. No use términos confusos para los pacientes, pues ellos no entienden la mayoría de los términos médicos, y haga un énfasis especial en la claridad del tratamiento y en las recomendaciones de seguimiento. En relación a esto último sea realista a la hora de prescribir tratamientos farmacológicos y use unas pautas fácilmente entendibles. Así tiene que quedar claro todo lo relativo al fármaco prescrito; (dosis, pauta, normas y tiempo de uso del mismo). No haga cambios injustificados en el tratamiento habitual del paciente, pues inducen confusión y des-



confianza, y es una falta de respeto profesional. Los cambios solamente hay que hacerlos si son absolutamente necesarios y, en este caso, justifique la decisión adoptada (efecto secundario, eficacia limitada, interacciones de fármacos, enfermedad nueva, etc). Deje claro el seguimiento necesario tras el alta y exprese con claridad los términos de quien, como y cuando hay que hacerlo. El autor, o en su caso los autores, del informe tiene que estar perfectamente identificado, pues es una norma de obligado cumplimiento, y con ello se facilita el conocimiento del paciente, su adherencia a las recomendaciones y se facilita el intercambio de información o la aclaración de dudas con otros usuarios.

Como conclusión podemos decir que las necesidades de información clínica son crecientes y tienen diversos usuarios. La regulación del informe de alta compromete a los médicos a reflejar con precisión lo acontecido durante el ingreso. Mediante esta herramienta de comunicación intercambiamos información con el paciente, con su familia o cuidadores, con los médicos de atención primaria, con otros especialistas y con los documentalistas clínicos, por lo que su elaboración debe ser motivo de especial cuidado y dedicación.



## Bibliografía

1. García-Alegria J, Jiménez-Puente A. El informe de alta hospitalaria: utilidades y propuestas de mejora. *Rev Clin Esp* 2005; 205: 75-8.
2. Nygren E, Wyatt JC, Wright P. Helping clinicians to find data and avoid delays. *Lancet* 1998; 352: 1539-43.
3. Dick RS, Steen EB, Detmer DE. The computer-based patient record: an essential technology for health care, Institute of Medicine. National Academy Press 1997 (<http://www.nap.edu/catalog/5306.html>).
4. Schoenman JA, Sutton JP, Kintala S, Love D, Maw R. The National Association of Health Data Organizations (NAHDO). The value of hospital discharge databases. Agency for Healthcare Research and Quality, 2005. ([www.hcup-us.ahrq.gov/reports/final\\_report.pdf](http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/final_report.pdf)).
5. Calle JE, Saturno PJ, Parra P, Rodenas J, Pérez MJ, Eustaquio FS, Aguinaga E. Quality of the information contained in the minimum basic data set: results from an evaluation in eight hospitals. *Eur J Epidemiol* 2000; 16: 1073-80.
6. Reyes A, Palma A, Montero G, Rojas MF, Pérez MJ, Marín I, et al. La historia clínica en la evaluación de la asistencia de la cardiopatía isquémica: ¿es una fuente de información válida? *Rev Clin Esp* 2001; 201:563-7.
7. Sardá N, Vilá R, Mira M, Canela M, Jarrod M, Masqué J. Análisis de la calidad y contenido del informe de alta hospitalaria. *Med Clin (Barc)* 1993;101:241-4.
8. Reyes A, González A, Rojas MF, Montero G, Marín I, Lacalle JR. Los informes de alta hospitalaria médica pueden ser una fuente insuficiente de información para evaluar la calidad de la asistencia. *Rev Clin Esp* 2001; 201: 685-9.
9. Zambrana JL, Fuentes F, Martín MD, Díez F, Cruz G. Calidad de los informes de alta hospitalaria de los servicios de medicina interna de los hospitales públicos de Andalucía. *Rev Calidad Asistencial* 2002;17:609-12.
10. Powsner SM, Wyatt JC, Wright P. Opportunities for and challenges of computerization. *Lancet* 1998; 352: 1617-22.
11. Walsh SH. The clinician's perspective on electronic health records and how they can affect patient care *BMJ* 2004; 328:1184-7.
12. Wright P, Jansen C, Wyatt JC. How to limit clinical errors in interpretation of data. *Lancet* 1998; 352: 1539-43.



**TABLA 1. Variables incluidas en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)**

1. Referidos a la identificación del hospital y de la Unidad Asistencial
  - a) Nombre del establecimiento, domicilio social del mismo y teléfono.
  - b) Identificación, en caso de estar diferenciada, de la unidad asistencial o servicio clínico que de el alta.
  - c) Nombre, apellidos y rúbrica del médico responsable.
2. Referidos a la identificación del paciente:
  - a. Número de historia clínica del paciente y número de registro de entrada.
  - b. Nombre y apellidos, fecha de nacimiento y sexo del paciente, diferenciando sexo masculino (M) o femenino (F).
  - c. Domicilio postal del lugar habitual de residencia.
3. Referidos al proceso asistencial:
  - a. Día, mes y año de admisión.
  - b. Día, mes y año de alta.
  - c. Motivo del alta: por curación o mejoría, alta voluntaria, fallecimiento, o traslado a otro centro para diagnóstico y/o tratamiento.
  - d. Motivo inmediato del ingreso.
  - e. Resumen de la historia clínica y exploración física del paciente.
  - f. Resumen de la actividad asistencial prestada al paciente, incluyendo, en su caso, los resultados de las pruebas complementarias más significativas para el seguimiento de la evolución del enfermo. En caso de fallecimiento, si se hubiera realizado necropsia se expondrán los hallazgos más significativos de ésta, en un apartado específico.
  - g. Diagnóstico principal.
  - h. Otros diagnósticos, en su caso.
  - i. Procedimientos quirúrgicos y/o obstétricos, en su caso, en caso de parto, se especificara para cada producto de la concepción, su peso al nacer, sexo y estado natal del recién nacido.
  - j. Otros procedimientos significativos, en su caso.
  - k. Recomendaciones terapéuticas.

**Tabla 2. Decálogo para la elaboración de un informe de alta (1)**

1. Piense en las necesidades de los distintos usuarios y trate de satisfacerlas.
2. Ponga atención a los datos de filiación del paciente.
3. Utilice una estructura amigable y de fácil lectura, y evite las abreviaturas.
4. Sea preciso en el uso del lenguaje y evite los términos ambiguos.
5. Rellene todos los campos del conjunto mínimo básico de datos (CMBD)
6. Recoja todas las complicaciones sucedidas en el ingreso.
7. Redacte las recomendaciones en términos extremadamente claros.
8. Sea realista a la hora de prescribir tratamientos farmacológicos y ponga pautas precisas y fácilmente entendibles.
9. Describa el seguimiento necesario tras el alta.
10. Identifique correctamente al/los autor/es del informe.



## PLAN DE PENSIONES

# Piensa en el **Futuro** Ganando en el **Presente**

Planificar el futuro tiene recompensa en el presente. Contratando hoy nuestros Planes de Pensiones no sólo obtendrá unos ingresos que complementarán su pensión, sino que está consiguiendo grandes ventajas fiscales.

## ¿Qué ahorro fiscal obtendré?

Supone conjuntamente con los Planes de Previsión Asegurados el mejor sistema de ahorro que le permiten desgravar en el IRPF hasta **24.250€**.



## INTERROGANTES ÉTICOS DEL APRENDIZAJE EN CIRUGÍA



**DR. D. JOSÉ JARA RASCÓN**

Presidente de la Asociación de Bioética de la Comunidad de Madrid  
Médico Adjunto de Urología del Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid

El proceso de aprendizaje en el campo de las ciencias de la salud y más específicamente en lo correspondiente a la cirugía, con su consiguiente adquisición progresiva de responsabilidades, debería suponer un desafío ético para todos aquellos que participan en él, tanto médicos en formación como docentes. De hecho, el objeto de ese aprendizaje no es sólo el dominio de una técnica más o menos compleja, sino el logro directo de la recuperación de la salud del ser humano que se confía a nuestros cuidados asistenciales.

Este genérico enunciado que podría sonar a algo ya sabido por repetido hasta la saciedad de mil formas distintas parece, sin embargo, tan novedoso como desconocido cuando se comprueba el modo en que se ha aplicado en la práctica clínica o en la incorporación de nuevas tecnologías, tales como la laparoscopia o los nuevos diseños de instrumental robótico, en diversos ambientes hospitalarios.

Por eso, quizás merece la pena detenerse en la reflexión sobre qué criterios éticos deben regir el aprendizaje de la cirugía teniendo en cuenta que quien resultará beneficiado o, en algunos casos, seriamente perjudicado de nuestra inexperiencia en esa fase, será el ser humano vulnerable que había puesto su confianza en nuestra capacidad profesional. Concretamente, deberíamos preguntarnos: ¿cómo se

debe realizar el aprendizaje quirúrgico para que nadie resulte lesionado en sus derechos?, ¿debemos informar a los pacientes que la cirugía será realizada por un especialista en formación?, ¿se debe informar de la experiencia y resultados del cirujano sobre la técnica a la que el paciente va a ser sometido?.

Para algunos la búsqueda de respuestas a los interrogantes planteados debería iniciarse en el famoso Juramento Hipocrático, que ha servido de guía ética referencial para el ejercicio de la medicina y la práctica quirúrgica durante varios siglos, siendo aceptado durante ese largo periodo de tiempo sin apenas discusión sobre la validez de sus articulados. En él, después de varias referencias al obligado agradecimiento que se debe tener a aquellos que nos transmitieron la enseñanza de la profesión, podemos leer *“me serviré, según mi capacidad y mi criterio, del régimen que tienda al beneficio de los enfermos, pero me abstendré de cuanto lleve consigo perjuicio o afán de dañar”*. Esta moral auto impuesta que ha dado lugar posteriormente a los diferentes Códigos de Deontología del ejercicio de la Medicina, como vemos, aún siendo elogiado por expresar claramente el deseo de obrar en beneficio del paciente, parte de una premisa totalmente subjetiva (*mi capacidad y mi criterio*), como un fundamento de la acción que exigiría la aquiescencia social de modo inapelable, un criterio que parece

**Quién resultará beneficiado o, en algunos casos, seriamente perjudicado de nuestra inexperiencia en la fase de aprendizaje, será el ser humano vulnerable que había puesto su confianza en nuestra capacidad profesional**

exigir la impunidad, ya que no considera que la sociedad esté capacitada para ejercer ningún tipo de juicio valorativo sobre el proceder terapéutico.

Esta auto justificación de la conducta deja de ser considerada válida precisamente coincidiendo con la aparición de la Bioética. Esta nueva disciplina, estructurada básicamente por primera vez por *Beauchamp y Childress* en su obra *Principles of Biomedical Ethics* (1979) (1), reconsidera un nuevo articulado de principios que, desmarcándose de los Códigos de Deontología profesionales, posibilitan la capacidad de opinar y de exigir responsabilidades sobre la actuación de los médicos a los propios pacientes. Se produce así un cambio revolucionario en la relación asistencial, transformándose el modelo de comunicación de tipo paternalista, asumido como válido durante siglos, en un modelo de relación personal horizontal en el que la opinión del paciente también ha de ser ineludiblemente valorada y tenida en cuenta.

Consiguientemente, se establecen una serie de nuevas obligaciones y nuevos deberes morales que, desgraciadamente, quizás no todos los profesionales han asumido como se debiera. En concreto, la fase de aprendizaje quirúrgico ha dejado ya de responder a una autorregulación personal, en la que el maestro transmitía arbitrariamente a sus colaboradores las habilidades personales de las diferentes técnicas de cirugía por él desarrolladas. En su lugar se ha desarrollado un sistema de formación estructurado en la Sanidad pública que, en nuestro país, se reglamenta a través del sistema de formación MIR con criterios estandarizados y con requisitos mínimos de formación exigibles, incluso legalmente, por quienes se incorporan a las diversas unidades docentes.

De modo similar, en otros países de nuestro entorno occidental la preocupación por la formación de postgrado ha llevado a la creación de organismos entre cuyas funciones figuran precisamente velar por la formación de los futuros especialistas. De modo específico, en



Estados Unidos el *Accreditation Council for Graduate Medical Education* se responsabiliza de “mejorar la calidad de los servicios de salud asegurando la calidad de la formación médica experimentada por los médicos en fase de entrenamiento” (2), lo que se concreta en el desarrollo y evaluación no sólo de conocimientos teóricos o de capacidades técnicas sino en la adquisición de seis competencias enumeradas como cuidado del paciente, habilidades de comunicación interpersonal, conocimientos médicos, profesionalismo, aprendizaje basado en prácticas y prácticas basadas en recursos disponibles. Con respecto a esta última competencia, habría que mencionar que precisamente el quirófano ofrece una oportunidad óptima para el aprendizaje de la sistematización de los cuidados de la salud. En este ambiente el cirujano debe coordinar su trabajo con el del anestesiólogo y el personal de enfermería para conseguir como fruto de ese esfuerzo sincronizado el resultado de una técnica quirúrgica segura, efectiva y de alta calidad técnica.

Sin embargo, a pesar de que se haya clarificado de modo importante la situación de exigencia formativa en los años de realización de la especialidad, queda-



ría aún por aclarar de qué modo se debe realizar la mejora en la adquisición de nuevas habilidades quirúrgicas en los profesionales ya titulados como especialistas. En este campo, como no podía ser de otra manera, ética y buena praxis van unidas. Así, los criterios de prudencia deberían claramente primar sobre los de eficiencia. Por tanto, la rapidez en obtener buenos resultados, medida a través de los avances en reducción de estancias o disminución de tiempos quirúrgicos para abaratar costes, a veces exigida por los gestores hospitalarios, no debería reemplazar a la exigencia ética de asegurar que el paciente no va a ser perjudicado por nuestra falta de experiencia. Ejemplos de buena praxis se nos ofrecen no ya desde el campo de los expertos en bioética sino desde hospitales de referencia por su buena calidad asistencial o de cirujanos afamados por su prestigio profesional (3) quienes, refiriéndose al novedoso campo de las técnicas laparoscópicas aconsejan una formación cuidadosamente escalonada que, en primer lugar, se desarrolle a través del aprendizaje teórico en cursos y mediante la experimentación con modelos inanimados (simuladores virtuales, “pelvi-trainers”) para seguir con un aprendizaje en modelos animales antes de dar el salto a la cirugía en humanos. Esta exigencia en una formación paso-a-paso, que convierte la curva de aprendizaje en un proceso especialmente enlentecido, se justifica por las dificultades especiales inherentes a la laparoscopia: pérdida de la visión tridimensional, coordinación visual-manual alterada, sensación táctil disminuida y limitación de los grados manuales de libertad al utilizar el instrumental laparoscópico.

En este mismo sentido, ineludiblemente se postula que el aprendizaje quirúrgico debe realizarse en tres fases: 1. participación como ayudante en técnicas desarrolladas por un cirujano experto, 2. realización de un número suficiente de cirugías supervisado por cirujano experto y 3. realización de la técnica por uno mismo con cuidadosa evaluación de resultados para descubrir posibles factores que deban ser modificados (4). En definitiva, lo que así se quiere establecer es la preeminencia del principio ético de prudencia sobre cualquier otra consideración, de modo que siempre queden fuertemente protegidas la seguridad y la eficacia esperables de un procedimiento quirúrgico estandarizado.

Otro apartado de fuerte debate ético está constituido por las exigencias sobre el deber de informar verazmente respecto a la propia experiencia quirúrgica. Con respecto a esto, la Ley básica 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica parte, entre sus postulados de que toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado y, en referencia a las condiciones que deben regir la información específica que se debe proporcionar a los pacien-

**La Ley básica 41/2002 incluye como información obligada para transmitir a los pacientes “los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia”**

tes, incluye “los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia” o directamente relacionados con el tipo de intervención (Art. 10). Es decir, en la mente del legislador parece recogerse como un sentir social la necesidad de que se informe no sólo sobre los aspectos de la técnica quirúrgica sino también sobre el propio cirujano. Esta exigencia, por tanto, no responde ya sólo a un supuesto deber moral individual, referible a la conciencia de cada cual (lo que se encuadraría en la denominada ética de máximos), sino que aparece como un deber jurídico correspondiente a una ética de mínimos, lo que se entiende como penalizable en caso de ser omitido o realizado de modo fraudulento.

Se podría objetar que esta información, en casos de experiencia quirúrgica limitada, puede provocar una innecesaria desconfianza y un enturbiamiento de la relación asistencial pero ¿no es precisamente la situación contraria, la jactancia de poseer habilidades técnicas o la presunción de resultados inexistentes lo que da lugar en no pocos casos a las peores complicaciones y a las demandas de mayor coste económico cuan-

do las expectativas del paciente se ven frustradas?, ¿no es precisamente la falta de información la queja más habitual de los pacientes que, con o sin razón, piensan haber sido engañados?, ¿se debe defender la ocultación de datos sobre desarrollos tecnológicos de los que aún no tenemos datos a largo plazo?.

Ciertamente la mayor parte de la sociedad no exige una pormenorización de datos en porcentajes de éxitos cuantificados al detalle y actualizados de modo permanente día a día. Su interpretación siempre sería multifactorial, en muchos casos equívoca (ya que los resultados, a menudo, dependen de la comorbilidad de los pacientes asumidos) y prácticamente imposible de ser llevada a cabo por cada cirujano de modo fidedigno. Sí que es exigible, en cambio, una información veraz sobre el estado del arte de una técnica quirúrgica o una nueva tecnología en cuanto a resultados esperables y una información transparente sobre la experiencia quirúrgica del equipo que va a intervenir, dando por hecho que los criterios de seguridad están salvaguardados o poniendo en antecedentes al paciente de la gravedad de la situación en el caso de que su enfermedad no pueda ser enfocada con otra alternativa mejor. De hecho, en este mismo Artículo 10 de la Ley mencionada, se enfatiza que “el médico responsable deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención más necesario resulta el previo consentimiento del paciente”.

Este replanteamiento jurídico de la relación médico-paciente ha llevado a que en algunos textos de Consentimiento Informado se incluya como uno de los apartados la mención a que “al ser un centro con acreditación docente es posible que en la cirugía indicada participen especialistas en formación”.



Evidentemente esta frase u otras parecidas no señalan en ningún lugar a la figura del residente como último responsable de un acto quirúrgico, ya que se entiende que actúa bajo la supervisión o el visto bueno de un staff que también legalmente, salvo en casos de imprudencia temeraria, es considerado como el responsable de la cirugía.

A pesar de que todo lo anteriormente mencionado no podría expresarse de otro modo en el discurso público, ya que nadie aceptaría como éticamente válida la actitud de quien hurtara información a sus pacientes o se hiciera pasar por cirujano exper-

**La aceptación de que “el hombre debe ser siempre considerado como un fin en sí mismo y no como un simple medio” debería ser el cimiento sobre el que se edifique todo el entramado del aprendizaje quirúrgico**

to en alguna técnica quirúrgica sin tener experiencia en ella (5), quizás todavía alguien pueda defender en su fuero interno que el fin justifica los medios y, por tanto, según este razonamiento, las complicaciones sufridas por los pacientes en la curva de aprendizaje del cirujano novel serían una consecuencia inevitable y asumible ya que otros futuros pacientes se beneficiarían de la destreza adquirida a través de esas primeras intervenciones. Este postulado debe ser considerado como erróneo ya que parte de una premisa ética inválida. Si el fin justificara los medios empleados, cualquier acción, por detestable que fuera en su realización, quedaría justificada simplemente por su buena intención inicial, con lo que quedarían justificadas las mayores aberraciones que, en experimentación humana, han sido llevadas a cabo en tiempos ya felizmente superados. Quizás en la raíz de este planteamiento utilitarista esté la confusión entre experimentación e investigación, que, por cierto, también muestran algunos pacientes cuando se les

propone participar en un ensayo clínico. En definitiva, parece olvidarse que cualquier actividad realizada sobre seres humanos debe presuponer ciertas garantías de que no se va a derivar ningún daño esperable sobre las personas que se sometan a ella. Este criterio debe regir cualquier tipo de investigación en la clínica humana. El incumplimiento de esta premisa nos situaría en el terreno de la experimentación en humanos, lo que es rechazable ética y legalmente si no se garantiza la debida protección de las personas, tal como ha sido expresado entre otros articulados jurídicos en el Convenio de Biomedicina y Derechos Humanos del Consejo de Europa (1997).

Por todo ello, como brillantemente expresó *Immanuel Kant* (6), la aceptación de que “el hombre debe ser siempre considerado como un fin en sí mismo y no como un simple medio” debería ser considerada como el cimiento sobre el que se edifique todo el entramado del aprendizaje quirúrgico. Los esfuerzos de formación escalonada que esto puede llevar consigo y las dificultades organizativas que puedan surgir sin duda merecerán la pena. La profesión médica quedará revalorizada al constatarse una vez más su rigor al buscar por encima de todo el beneficio del paciente y aumentará la confianza situada en la base de la relación médico-paciente que todos deseamos mantener. En el futuro quizás nosotros mismos, convertidos ya en pacientes, nos veamos beneficiados de haber luchado por el mantenimiento de ese exigente estándar ético.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics* (4<sup>th</sup> ed). New York: Oxford University Press, 1994; 146-150.
2. Joyner BD. *An historical review of graduate medical education and a protocol of Accreditation Council for Graduate Medical Education compliance*. *J Urol*. 2004; 172: 34-39.
3. Touijer K, Guillonneau B. *Formación en oncología urológica. La experiencia del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center*. *Actas Urol Esp*. 2006; 30: 464-468.
4. Kommu SS, Dickinson AJ, Rané A. *Optimizing outcomes in laparoscopic urologic training: toward a standardized global consensus*. *J Endourol*. 2007; 21: 378-384.
5. Sterling W, Yahne C. *Surgical Informed Consent: what it is and is not*. *Am J Surg*. 1987; 154: 574-578.
6. Kant I. *Fundamentación para una metafísica de las costumbres*. Alianza Editorial, Madrid, 2002.



# W.R. Berkley España

ESPECIALISTAS EN SEGUROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

**W.R. BERKLEY ESPAÑA**, comercializa productos de seguros de Responsabilidad Civil Profesional adaptados a las necesidades de las empresas y profesionales del mundo del Derecho, la Economía y la Sanidad.

- Un asegurador que integra en su equipo a profesionales de la más cualificada experiencia.
- Un asegurador que provee a sus Corredores y Clientes de los mejores Programas de Seguro.
- Un asegurador con los más exigentes estándares de calidad, integridad, transparencia y vocación de servicio.

**W.R. BERKLEY ESPAÑA**, pertenece al Grupo *W.R. BERKLEY CORPORATION*, uno de los Holdings de más dilatada experiencia y reputación mundial.

**W.R. BERKLEY España.**

Especialistas en seguros para profesionales.

W.R. BERKLEY INSURANCE (EUROPE), LIMITED

Sede Social de W.R. BERKLEY ESPAÑA  
Paseo de la Castellana 149, Madrid.

Oficina en Barcelona  
Paseo de Gracia 11.

Tel.: 91 449 26 46

Tel.: 93 481 47 29





## SISTEMAS DE SEGURIDAD EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS INFORMATIZADAS



### DR. D. EMILIO VILLA ALCÁZAR

Doctor en Medicina y Cirugía, especialista en Pediatría. Director Gerente de Medigest Consultores, S.L. e Intermedix España, S.L.



### - D. CARLOS HERNÁNDEZ MARTÍNEZ-CAMPELLO.

Abogado. Letrado Director de la Asesoría Jurídica del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid.

La informatización de la Historia Clínica es un hecho imparable. Se calcula que en aproximadamente 5 años cerca del 95% de los profesionales sanitarios habrán dejado de utilizar la historia clásica en papel.

En este artículo, primero de una serie, se analizan las ventajas de la historia clínica informatizada (historia clínica electrónica) así como las medidas que se deben de adoptar para garantizar su seguridad. En esta primera entrega nos centraremos en las medidas fundamentales a adoptar para adecuar las historias clínicas a la normativa sobre protección de datos. En las siguientes entregas profundizaremos en las medidas de seguridad de los programas y, sistemas informáticos y organizaciones.

### HISTORIA CLÍNICA:

Definición: Es el conjunto de documentos escritos o gráficos que contienen los datos, informa-

ción y valoraciones de cualquier tipo sobre la evolución clínica de un paciente a lo largo de los diferentes procesos asistenciales.

Sus funciones se pueden resumir en:

- Asistencial
- Docente
- Investigación clínica y epidemiológica
- Gestión y planificación de recursos sanitarios
- Jurídico – legal
- Control de la calidad asistencial

En los últimos años la informatización de la historia clínica es un hecho imparable. En España, un 35% de profesionales utilizan en la actualidad la historia clínica informatizada (historia clínica electrónica o HCE), y vamos a pasar en unos 5 años a cerca del 95% como ocurre en EEUU y en la mayoría de los países europeos.

## Problemas de la historia clínica en papel

La historia clínica convencional o en papel, plantea algunas dificultades, entre las que pueden citarse las siguientes:

- Desorden y falta de uniformidad de los documentos.
- Información ilegible.
- La información no es inalterable.
- Dificultades en la disponibilidad y por lo tanto en el acceso a la información.
- Errores de archivado
- Dudosa garantía de confidencialidad. Incluso con un control de accesos riguroso, la historia circula por el centro sanitario.
- Deterioro del soporte documental debido a accidentes como el paso del tiempo, agua y el fuego.
- Dificultad para separar los datos de filiación de los clínicos.

**Estas dificultades son más fáciles de resolver en el caso de la historia clínica electrónica (HCE),** no obstante los detractores de su informatización alegan principalmente dudas de tipo:

- Técnicas: seguridad de los datos y de los sistemas (equipos, redes)
- Posible pérdida de confidencialidad de los mismos
- Legales: respaldo legal de los programas, datos, sistemas y organización.

En la siguiente serie de artículos iremos analizando las medidas que tenemos que tomar en los diferentes apartados para garantizar la seguridad de la Historia Clínica en general (informatizada y papel) y de aquellas aplicables a la Historia Clínica Electrónica en particular.

En esta primera entrega haremos un resumen breve y práctico sobre los aspectos que debemos que tener en cuenta en cuanto a la confidencialidad

y cumplimiento de la Ley de Protección de Datos para garantizar la seguridad de la historia clínica.

El objetivo de este trabajo es informar, de forma somera, sobre las principales obligaciones que impone la normativa sobre protección de datos de carácter personal (LOPD y el reciente R. Decreto 1720/2007), a todos aquellos responsables de centros médicos y sanitarios en general, así como a cualquier facultativo que ejerza la Medicina individualmente, por cuenta propia.

El incumplimiento de esta normativa está sancionado con fuertes multas, de entre 600 y 600.000 euros. La Agencia Española de Protección de Datos es la autoridad con potestad inspectora y sancionadora en esta materia.

Son dos las **obligaciones iniciales** que debe cumplir todo aquél profesional o entidad que mantenga datos de carácter personal (por ejemplo, en las historias clínicas):

- 1) Notificación e inscripción en el Registro de la Agencia Española de Protección de Datos.
- 2) Adopción de medidas de seguridad (la primera de ellas, disponer de un documento de seguridad).

Aparte de estas dos obligaciones iniciales, existe una tercera exigencia para el responsable de las HC, a cumplir al menos cada dos años, consistente en someterse a una auditoría interna o externa que verifique el cumplimiento de las medidas de seguridad aplicables. Esta auditoría se debe realizar también cuando se realicen modificaciones sustanciales en el sistema de información que puedan repercutir en el cumplimiento de las medidas de seguridad implantadas con el objeto de verificar la adaptación, adecuación y eficacia de las mismas.

- 1) Notificación e inscripción

Se debe notificar al Registro de la Agencia Española de Protección de Datos (de ahora en adelante, AEPD) la existencia del fichero o ficheros de los que se disponga en el centro sanitario o consulta, para que sean registrados. En lo que aquí nos

ocupa, hay que notificar e inscribir el fichero correspondiente a las historias clínicas (HC). No cumplir con esta simple obligación puede comportar una sanción de 600 euros.

Las HC pueden estar hechas en formato papel, automatizado o mixto (en ambos formatos), y como corresponda hay que proceder a su inscripción.

En todo caso, la inscripción de un fichero en el Registro de la AEPD únicamente acredita que se ha cumplido con la obligación de notificación dispuesta en la LOPD, sin que de esta inscripción se pueda desprender el cumplimiento por parte del responsable del fichero del resto de las obligaciones previstas en la Ley y demás disposiciones reglamentarias (por ejemplo, adopción de un conjunto de medidas de seguridad).

2) Adopción de medidas de seguridad. El documento de seguridad.

Se deben adoptar una serie de medidas de seguridad dirigidas a evitar la alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado de los datos de carácter personal, sea cual sea el formato en que se mantengan las HC. Al tratarse de datos de salud y ser considerados como altamente confidenciales, se exige el nivel máximo de protección, esto es, en términos de la normativa de aplicación, el denominado “nivel alto”.

La primera medida es disponer de un documento de seguridad, en el que se deben reflejar el conjunto de medidas que impone el R. Decreto 1720/2007, en las materias relacionadas a continuación:

Para las HC informatizadas: Respecto al régimen de trabajo fuera de los locales del responsable del fichero o encargado del tratamiento; ficheros temporales o copias de trabajo de documentos; funciones y obligaciones del personal; registro de incidencias; control de acceso; gestión y distribución de soportes y documentos; identificación y autenticación; copias de respaldo y recuperación; responsable de seguridad; auditoría; control de

acceso físico; registro de accesos y cifrado de datos por acceso a través de telecomunicaciones.

Para las HC no informatizadas, en papel: En relación al régimen de trabajo fuera de los locales del responsable del fichero o encargado del tratamiento; copias de trabajo de documentos; funciones y obligaciones del personal; registro de incidencias; control de acceso y gestión de soportes.

Las HC en papel que existieran en la fecha de entrada en vigor del presente Real Decreto 1720/2007 (19/4/08), tienen un plazo de adaptación desde entonces para adoptar las medidas de seguridad, que va desde uno a dos años, según cuales sean éstas.

¿Qué otras obligaciones, las más destacables, tienen los centros sanitarios y los facultativos de ejercicio individual, según la LOPD?

1.- Informar a sus pacientes, ubicando un cartel en la recepción o en la sala de espera a la vista de los mismos, en el que se indique:

a) Que los datos facilitados serán incorporados a un fichero (historia clínica), así como de la finalidad de la recogida de tales datos y de los destinatarios de la información.

b) Que los pacientes tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios con motivo de la asistencia sanitaria o por razones de interés público.

c) De las consecuencias de la obtención de los datos o de la negativa a suministrarlos.

d) De la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en su caso, en las condiciones legalmente establecidas.

e) Cuál es la identidad y dirección del responsable del fichero (historia clínica) o, en su caso, de su representante, donde los afectados o interesados puedan

ejercitar los referidos derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en su caso.

El médico, por tanto, solo debe informar, no teniendo obligación de recoger firma alguna al paciente que justifique un consentimiento a recoger o tratar sus datos de salud.

2.- Mantener los datos que sean adecuados, pertinentes y no excesivos en relación a la finalidad para la que se hayan obtenido. En ningún caso podrán utilizarse dichos datos para otras finalidades, salvo que previamente se haya informado y recabado el consentimiento del paciente.

3.- Guardar secreto de cualquier dato personal facilitado por un paciente. Si el médico responsable del fichero dispone de la ayuda de otras personas como puede ser el caso de otros médicos, personal de enfermería o personal administrativo, se deberá hacerles firmar un compromiso de confidencialidad, informándoles de los deberes relativos tanto a la custodia como al tratamiento de los datos personales de los pacientes.

En cualquier caso, el personal de administración y gestión de los centros sanitarios o que dependa de los facultativos de ejercicio individual sólo puede acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones, con obligación de guardar la reserva debida.

4.- Facilitar el ejercicio de los derechos que tiene el paciente, esto es, los derechos de acceso a la HC, rectificación, cancelación y oposición, con los límites impuestos por la naturaleza propia de las HC.



En esto interesa dejar constancia de que **el paciente tiene el derecho de acceso a la documentación de la historia clínica**, salvo que perjudique el derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que consten en ella, recogidos en interés terapéutico del paciente, o cause perjuicio al derecho de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas. No se consideran anotaciones subjetivas aquellas que describan el curso clínico del paciente, es decir, que sirvan para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente.

El paciente tiene derecho a obtener copia, con carácter gratuito, de los datos que figuran en la historia clínica, con las limitaciones referidas.

5.- Conservar las HC, para la debida asistencia al paciente, durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial. Con independencia de ese plazo mínimo, es aconsejable conservar las HC al menos quince años, ante eventuales reclamaciones por responsabilidad profesional.

6.- No comunicar o ceder datos de la HC de sus pacientes sin obtener el previo consentimiento de los mismos. Esta es la regla general, pero puede haber excepciones: Así, si se comunican a un médico del mismo centro u organización sanitaria implicado en el proceso asistencial del paciente; cuando la cesión sea necesaria para solucionar una urgencia que requiera acceder a la historia clínica; o si la comunicación se efectúa previo procedimiento de disociación, esto es, de modo que la información que se ceda no pueda asociarse a persona identificada o identificable.

La mayor parte de los Colegios Profesionales de cada provincia ofrecen un servicio de información y asesoría en este aspecto.

Los Colegiados de Madrid se pueden dirigir a los teléfonos 91.538.51.06/7 (Asesoría Jurídica del ICOMEM).



La **MEDICINA** sin Médicos **NO** funciona

La **AUTOMEDICACIÓN** en Seguros **TAMPOCO**

Nosotros le podemos **AYUDAR**

Repase sus seguros con nosotros:

**Ahorrára tiempo y dinero**

**Ganará seguridad y tranquilidad**

**91 504 55 16**



**UNITECO**  
PROFESIONAL

## LA ENCRUCIJADA DE LA SANIDAD EN ESPAÑA



### DR. D. ADOLFO GÓMEZ EMBUENA

Jefe de servicio Medicina Nuclear, Hospital 12 de Octubre de Madrid.  
Profesor Asociado de Radiología y Medicina Nuclear, Universidad Complutense de Madrid.

**S**i “pensar en voz alta es acercarse a los demás”, como afirma el profesor *Cruz y Hermida*, me gustaría gritar para poder acercarme más y más a todos los que integramos este heterodoxo, universal y complicado mundo de la sanidad. Pensar, en el tiempo que vivimos, más parece una pérdida de tiempo que una actitud reflexiva; pero si perseguimos la excelencia como resultado de una actitud científica, y esencialmente universitaria, puesta al servicio de los demás, debemos aceptar que el pensar es hablar uno consigo mismo, y el habla es social y sociales son el pensamiento y la lógica.

Aceptando, como punto de partida, que la única y auténtica libertad es la libertad de pensar, hagámoslo admitiendo que las ideas que vamos a barajar no surgen espontáneamente sino que están en el ambiente, y ha llegado quizás el momento de formular eso que, ya estaba en el ambiente y, muchos esperaban ver formulado.

Al plantearnos la problemática que planea, hoy día, sobre la sanidad española, no lo hacemos por oportunismo, frivolidad o capricho, ni siquiera como un desahogo intelectual. Lo hacemos por necesidad.

Hemos de defender, como un importantísimo e innegable logro social, el Sistema de Salud que

disfrutamos y que constituye un pilar fundamental en el mantenimiento de la tan cacareada “sociedad del bienestar”. El sistema sanitario español es un bien que, por su trascendencia, necesita ser defendido sin fisuras pero con argumentos fiables.

La gratuidad de la asistencia sanitaria y el carácter universal de la misma, son elementos definitorios de una situación ya establecida pero que necesita una reflexión profunda que nos permita analizar su garantía de futuro. Futuro, por otra parte, amenazado.

Está de manera indeleble, firmemente instalada en el alma del pueblo, la idea de que la sani-



dad es gratuita, que la medicina no cuesta nada. Y lo perverso de esta afirmación no es el desconocimiento que supone la no conciencia del pago de la sanidad a través de sus propios impuestos, sino que, precisamente, debido a ese concepto de gratuidad, que tan arraigado tiene y proclama, porque no cuesta abusa de los beneficios de esa sanidad y despilfarra los recursos que de ella recibe. Insensata actitud, no por perversa poco generalizada sino ampliamente extendida, que pone en peligro al propio sistema. No somos conscientes del bien que disfrutamos, ni siquiera nos planteamos la posibilidad de perderlo.

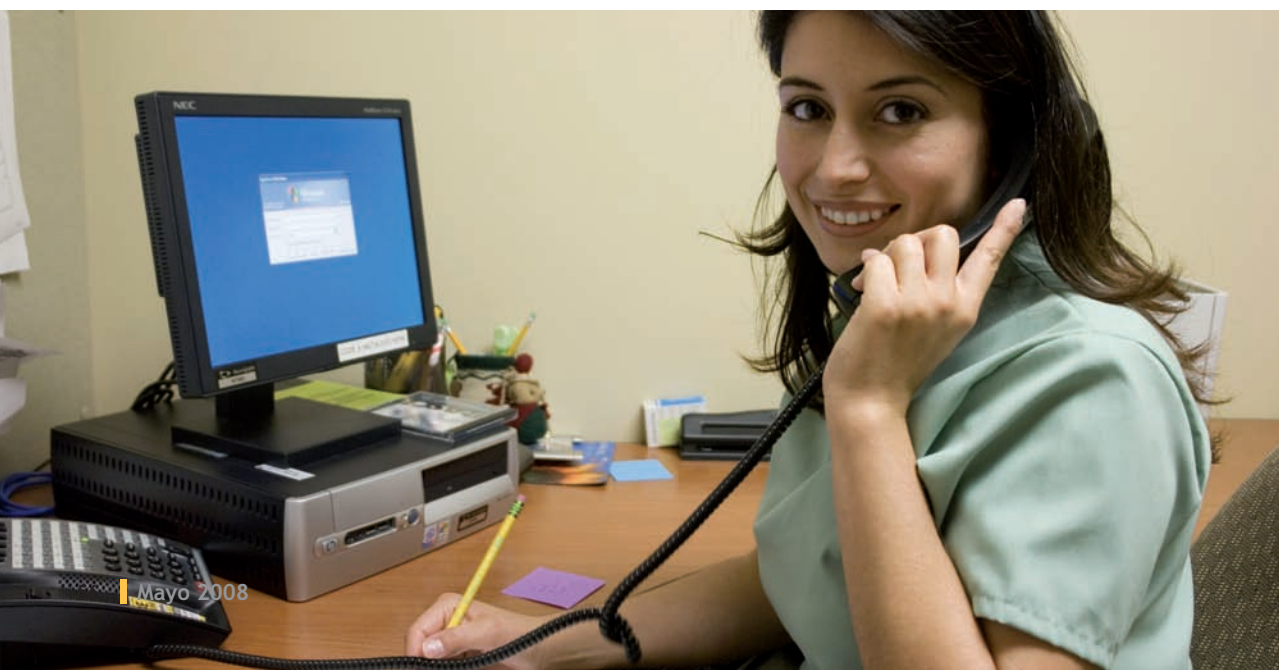
El estado de las Autonomías, realidad constitucional incuestionable y elemento crucial en la consolidación del modelo democrático de nuestro País; en vez de ser un factor de cohesión y solidaridad entre regiones, se ha convertido en un factor de desunión y conflictividad. El modelo autonómico, aparentemente consolidado, presenta carencias e indefiniciones preocupantes.

La experiencia vivida si algo nos enseña es, precisamente, el comprobar que una de las características más definidas de esa paradójica indefinición, es la insolidaridad y los agravios comparativos que se generan entre las diferentes autonomías. Las transferencias autonómicas en materia de sanidad, han puesto en manos de los políticos un arma, cuya

utilización partidaria con fines electoralistas, desvirtúa el fin primordial: que es ofrecer una adecuada y eficaz atención sanitaria, haciendo un uso racional de los medios disponibles, y una eficaz gestión de los recursos. El control de un bien social incuestionable ha sido hurtado al poder central del

**Las transferencias autonómicas en materia de sanidad, han puesto en manos de los políticos un arma, cuya utilización partidaria con fines electoralistas, desvirtúa el fin primordial: que es ofrecer una adecuada y eficaz atención sanitaria, haciendo un uso racional de los medios disponibles, y una eficaz gestión de los recursos.**

estado y ha recaído en las administraciones autonómicas que, sin pensar en el bien común, han hecho de la sanidad un arma política de primer orden, demagogia incluida.



Al no existir una visión única del estado tampoco existe una planificación adecuada, ni se estudian las necesidades globales en materia de recursos humanos y materiales. Se pierde la visión de conjunto y las diferentes políticas autonómicas se realizan de manera caprichosa y atendiendo a criterios no exactamente profesionales. Y, lo que aún es peor, se gestiona irresponsablemente porque el estado, al que casi siempre se cuestiona y vitupera, es requerido en última instancia como salvador para redimir la deuda generada por la mala gestión y el despilfarro de la administración autonómica correspondiente.

Otros aspectos perniciosos de éste modelo los constituyen: la existencia de una política endogámica que prácticamente impide la libre circulación de los profesionales entre autonomías; ausencia de criterios profesionales en la adjudicación de plazas (“dedismo”, amiguismo, nacionalismo, sectarismo y toda clase de “ismos”); la creación y desarrollo de estructuras hospitalarias, servicios y equipamientos, en muchos casos, sin tener en cuenta las necesidades reales de la población.

Privatización si/no de la sanidad. No debemos descansar en una tranquila posesión de la verdad oficial, aceptando incondicionalmente lo políticamente correcto, sin hacer de la reflexión conocimiento y del conocimiento dominio de una situación. Hay cosas que tienen valor por si mismas, aunque las busquemos finalidades perversas. Y eso está ocurriendo con la sanidad.

La evidente politización de todo lo relativo a la sanidad hace que surjan problemas donde por su naturaleza no debieran existir. Parece lógico pensar, basándonos en el sentido común, que una adecuada y eficaz política sanitaria debería integrar todos los recursos (públicos y privados) en una red sanitaria común, pero con unas reglas de juego perfectamente delimitadas. No es lógico que la medicina privada se financie con dinero público, como tampoco parece asumible que lo público no tenga los criterios de exigencia y eficacia que suelen acompañar la gestión privada. La defensa apasionada de la bondad o maldad de una sanidad con res-

pecto a la otra sin argumentos concretos no se sostiene. Sobre todo cuando los profesionales en los que se apoya el desarrollo de ambas medicinas, en su inmensa mayoría, son los mismos. ¿Puede un profesional ser brillante en el campo de la sanidad pública y mediocre en el terreno de la medicina privada, y viceversa? No parece congruente.

Este enfrentamiento entre lo público y privado, innecesario si definiéramos nítidamente la naturaleza de ambos conceptos, se convierte, una vez más, en arma ideológica de utilización partidista, olvidando, como casi siempre, que la sanidad así entendida es un logro esencial del estado de bienestar. No se progresa primando determinados modelos sanitarios o peculiares líneas de investi-



gación a la vez que se entorpecen otras políticas sanitarias, cuando de ellas se derivan beneficios innegables para el paciente, en aras de una falsa progresía. Esa actitud no es el mejor camino para impulsar una sanidad basada en la excelencia. Lo “progre” en sanidad, como en otros aspectos de la vida, no es garantía de calidad.

El desarrollo tecnológico aplicado a la medicina ha hecho progresar de manera espectacular el saber médico, que a su vez se ha universalizado. Las nuevas técnicas de la información han pue-



to al alcance del ciudadano (enfermo o potencial enfermo) un arma de conocimiento y divulgación médica muy accesible, cómoda y eficaz, aunque no siempre sabiamente utilizada. El paciente demanda y exige al médico determinadas prestaciones, a veces con escaso o nulo criterio. Y esa actitud del enfermo obliga, en muchas ocasiones, al médico a ceder ante esas peticiones, aunque no estén estrictamente indicadas. Tal ha sido el cambio producido en la relación médico-enfermo que, con relativa frecuencia, es el paciente o su entorno quién obliga al profesional a asumir determinados planteamientos que condicionan su toma de decisiones.

Cada vez es más frecuente en la práctica clínica, a través del acto médico, un proceso de toma de decisiones compartidas; donde el médico informa, razona y orienta al paciente para que éste tome parte activa en el proceso de su enfermedad, y siendo como es el paciente “dueño de su enfermedad”, acepte, discuta o rechace las soluciones propuestas. En ningún caso deberá aceptar el médico imposiciones que vayan en contra de sus conocimientos o de su propia dignidad como profesional. El *American Board of Internal Medicine* propuso en 1994 una defini-

**Cada vez es más frecuente en la práctica clínica, a través del acto médico, un proceso de toma de decisiones compartidas; donde el médico informa, razona y orienta al paciente para que éste tome parte activa en el proceso de su enfermedad, y siendo como es el paciente “dueño de su enfermedad”, acepte, discuta o rechace las soluciones propuestas.**

ción de profesionalidad basada en mantener el interés del paciente por encima de nuestro propio interés, como son: un compromiso con las normas más altas de la excelencia en la práctica de la medicina, y con las actitudes que sustentan los intereses y el bienestar de los pacientes.



La medicina tecnológica no está reñida con la humanidad en el trato con el enfermo. La competencia profesional se acentúa y acrecienta cuando el médico proporciona al enfermo un trato humano adecuado. El enfermo no es un ente abstracto compuesto de órganos dispuestos en sistemas y aparatos a modo de rompecabezas estructural, sino un todo armónico que siente y padece y especialmente sufre con la enfermedad. No es un animal. Así *Rey Ardid* afirma que “la psicología constituye la diferencia esencial entre la Medicina humana y la Veterinaria”. Y estas verdades de Perogrullo conviene recordarlas, dada la alarmante deshumanización de la medicina, por más que nos produzcan cierto sonrojo.

El comportamiento social, también ha supuesto un cambio drástico en la relación médico-enfermo. Las agresiones a médicos y personal sanitario no son algo esporádico e inusual, cada vez son más frecuentes. Se ha traspasado una peligrosa línea basada en el respeto y la confianza mutuos. Se ha dado un salto gigantesco, desde la sumisión reverencial al médico, capaz de hacer milagros, al menosprecio cuando no desprecio al profesional, como resultado de una sucesión de despropósitos en un marco social desdibujado, con una jerarquía de valores trastocada, en una sociedad posibilista y descarnada. Todo vale, aunque algunos valores sean intrínsecamente malos. Así el acto médico, núcleo central de la relación médico-enfermo, se ha visto desnaturalizado, y esa relación de confianza sustituida por la desconfianza y el temor a posibles demandas judiciales o consecuencias no deseables.

La medicina defensiva no es ajena a estos comportamientos sociales, donde la vulnerabilidad e indefensión del médico ante determinados acontecimientos, derivados de su actuación profesional, le obligan a tomar medidas que en nada benefician la bondad del acto médico.

El respeto a la vida conlleva un profundo respeto a la muerte. Y el médico, defensor a ultranza de la vida, no es ajeno al hecho de la muerte.

**Se ha dado un salto gigantesco, desde la sumisión reverencial al médico, capaz de hacer milagros, al menosprecio cuando no desprecio al profesional, como resultado de una sucesión de despropósitos en un marco social desdibujado, con una jerarquía de valores trastocada, en una sociedad posibilista y descarnada. Todo vale, aunque algunos valores sean intrínsecamente malos.**

De ahí la presión social, sostenida con enorme intensidad mediática, sobre el médico en temas que afectan a estas cuestiones, como son el aborto y la eutanasia. Aún sin querer, el médico se ve inmerso en una polémica interesada, promovida desde muy concretos posicionamientos ideológicos por colectivos respaldados por determinadas opciones políticas, que intentan de manera sectaria, sin dialogo alguno, imponer sus ideas con una falta absoluta de reflexión. Se dogmatiza, sin apenas argumentos o con pobres y retorcidos argumentos, sobre estos temas, a la vez que se anatematiza a quienes, en defensa de su dignidad profesional y la propia dignidad humana, defienden razonablemente sus propias ideas.

La medicina, como no puede ser de otra manera, tiene como única razón de ser al enfermo en el contexto de la enfermedad, que abarca a su vez un amplio entorno social, por ello no es ajena al ruido de la calle. La sociedad, con sus comportamientos, afecta al funcionamiento del entramado sanitario, pero el profesional, aunque atento a la respuesta ciudadana, no puede dejarse arrastrar por otra cosa que no sea una sólida formación profesional basada en criterios de excelencia.

cia. Ese es el mejor servicio que puede ofrecer a la sociedad.

Vivimos un hecho sorprendente e impensable hace muy pocos años: la alarmante escasez de médicos. Circunstancia no deseable que puede condicionar negativamente el normal funcionamiento del actual sistema sanitario. Algunas especialidades médicas son claramente deficitarias y están obligando a ajustes improvisados y soluciones de emergencia, lo que evidencia una absoluta falta de planificación y la no existencia de estudios rigurosos que contemplen las necesidades reales en nuestro País de profesionales de la Medicina.

La huida de nuestros profesionales a otros países comunitarios, con mejores ofertas y condiciones de trabajo, es un hecho que debería hacer pensar a nuestras autoridades reflexionando acerca del marco de trabajo, situación laboral y remuneración económica de nuestros médicos; fenómeno que indudablemente contribuye a agravar más el problema.

El menor número de licenciados en medicina es otro hecho que debería hacernos recapacitar, sobre todo a las autoridades académicas. El factor vocacional, tan fundamental en esta profesión del hombre al servicio del hombre, tiene muy escasa importancia para poder acceder a los estudios de medicina. También hemos comentado en alguna ocasión la particular y preocupante circunstancia que se está produciendo en el seno de las familias de médicos- principal semillero, suministrador antaño de vocaciones médicas- donde los padres aconsejan a sus hijos no seguir su trayectoria profesional, y estos no ven en los padres el ejemplo ilusionante de una hermosa profesión.

Para poder mantener el nivel de las actuales prestaciones sanitarias se requiere, cada vez más, un importante aporte de medios financieros. El suministrar y garantizar los recursos económicos necesarios, optimizar su distribución y controlar el gasto mediante una eficaz gestión de los mismos, es labor que incumbe a la Administración. A nosotros, pro-

**Precisamente, porque nos sentimos incómodos en un presente que no nos gusta, luchamos por un porvenir donde, conservando todo lo bueno conseguido con tanto esfuerzo, logremos mejorar la calidad y prestaciones de una sanidad tecnológicamente avanzada en manos de unos excelentes profesionales.**

fesionales de la sanidad, aunque no sea la faceta más característica de nuestro perfil profesional, nos corresponde una parte de responsabilidad en el aprovechamiento y utilización armónica de esos recursos, mediante una correcta actuación profesional, sin que por ello tengamos que hacer concesiones que puedan limitar nuestra libertad de actuación en detrimento de la propia dignidad del ejercicio profesional.

No tengo más remedio que recordar a *Unamuno* cuando afirma: “todo el que pelea por un ideal cualquiera, aunque parezca del pasado, empuja el mundo al porvenir, y los únicos reaccionarios son los que se encuentran bien en el presente”. Precisamente, porque nos sentimos incómodos en un presente que no nos gusta, luchamos por un porvenir donde, conservando todo lo bueno conseguido con tanto esfuerzo, logremos mejorar la calidad y prestaciones de una sanidad tecnológicamente avanzada en manos de unos excelentes profesionales. Como simples ciudadanos deberíamos ser conscientes de los logros alcanzados por el sistema sanitario y la necesidad de sostenerlo y mejorarlo. Responsabilidad que a todos nos alcanza, aunque de manera más importante a quienes hemos hecho de esta profesión un compromiso vital.



¿Se imagina **no poder** ejercer su trabajo por un accidente?



**Asegure sus manos con nosotros.**

## SEGURO DE ACCIDENTES

Por solo  
**65,56 €**

Obtendrá la tranquilidad que necesita  
**Usted y su familia.**

GARANTIAS (Opción F)	CAPITALES	
	EUROS	
Muerte por Accidente	<b>75.000</b>	
Muerte por infarto de Miocardio (dictaminado como Accidente Laboral)	<b>7.500</b>	
Invalidez absoluta y permanente por Accidente	<b>75.000</b>	
Invalidez permanente parcial por accidente, según baremo en base a	<b>75.000</b>	
Asistencia Sanitaria por Accidente en Centros de Libre Elección	<b>2.000</b>	
<b>PRIMA ANUAL (Incluido Impuestos)</b>	<b>65,56</b>	
<b>EJEMPLOS DE INVALIDEZ PARCIAL</b>	Derecho	Izquierdo
Perdida de:		
-una pierna, un brazo, una mano o la vista de un ojo.....	<b>75.000 €</b>	
-ambos oídos.....	<b>75.000 €</b>	<b>75.000 €</b>
-dedo pulgar.....	<b>75.000 €</b>	<b>60.000 €</b>
-dedo índice.....	<b>75.000 €</b>	<b>60.000 €</b>
-dedo medio.....	<b>67.500 €</b>	<b>52.500 €</b>



**UNITECO  
PROFESIONAL**

**CORREDURÍA DE SEGUROS**

C/ Pez Volador 22. 28007. Madrid.  
Telf. / 91 504 55 16. Fax / 91 504 15 66.  
[www.unitecoprofesional.es](http://www.unitecoprofesional.es)





**UNITECO**  
PROFESIONAL

# Recétese un buen seguro

Vida e Incapacidad

Baja Laboral

Responsabilidad Civil Profesional

Accidentes

Hogar

Consultas

Autos

Defensa Jurídica

Clinicas



## **CORREDURÍA DE SEGUROS**

Tel.: 91 504 55 16. Fax: 91 504 15 66.

Pez Volador, 22. 28007. Madrid.

[www.unitecoprofesional.es](http://www.unitecoprofesional.es)

[comercial@unitecoprofesional.es](mailto:comercial@unitecoprofesional.es)

## Calidad de la asistencia en Urgencias



### DR. D. MANUEL S. MOYA MIR

Jefe Sección de Urgencias  
Hospital Universitario Puerta de Hierro  
Departamento de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid

La demanda de atención urgente por la población es muy frecuente y creciente, de forma que se producen casi 500 atenciones por cada mil habitantes y año en los servicios de urgencia de hospitales públicos españoles y el número crece un 4% cada año a pesar de los esfuerzos que la administración realiza para disminuir el número de urgencias. A estas cifras hay que añadir las urgencias atendidas en hospitales privados y las urgencias extrahospitalarias que representan un número similar a las hospitalarias. Ante este aumento aparentemente imparable es necesario establecer unas condiciones mínimas para garantizar la calidad de la asistencia en urgencias.

### CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN URGENTE

Seguindo a la *American Medical Association* urgencia médica es toda situación que requiere atención médica inmediata. El problema de esta definición reside en ¿quién decide que la actuación médica debe ser inmediata? Si lo decide un médico se habla de una urgencia objetiva, si lo decide el paciente o sus familiares se trata de una urgencia subjetiva. Ambas son urgencias y deben ser atendidas como tales. Con frecuencia, especialmente en la urgencia extrahospitalaria se habla de emergencia, que es sinónimo de urgencia vital, en la que la vida del paciente corre grave peligro si no se actúa

de inmediato y supone la puesta en marcha de procedimientos especiales como es el transporte al hospital en UVI móvil y generalmente el ingreso en la UCI del hospital.

La actuación médica en urgencias tiene unas características especiales que la hacen diferente que la que se lleva a cabo en una consulta programada o ante un enfermo hospitalizado para estudio o tratamiento. Las características diferenciales más importantes son las siguientes:

- el objetivo de la actuación es solucionar el problema por el que consulta el paciente.
- el comportamiento es generalmente terapéutico, limitándose la actitud diagnóstica a lo imprescindible para poder tomar una decisión sobre la forma de actuar (inicio inmediato o no de tratamiento, realización o no de exploraciones complementarias urgentes, destino del paciente).
- es imprescindible tomar decisiones rápidas, de forma que un retraso en la decisión puede suponer la diferencia entre la vida o muerte del paciente o la recuperación con o sin secuelas.
- con frecuencia el médico en urgencia debe limitarse a mantener al paciente con vida hasta que sea posible poner en marcha determinadas exploraciones complementarias o procedimientos terapéuticos.



- hay que actuar ante personas con un alto grado de ansiedad. Lo imprevisto de una urgencia hace que el enfermo y, especialmente, los familiares no están adaptados a la nueva situación lo que crea una enorme intranquilidad llamativamente mayor que la que aparece en enfermos con una enfermedad crónica en la que el grado de aceptación es mucho mayor. Esta ansiedad repercute en la relación médico-enfermo y obliga a proporcionar una mayor información sobre el estado del mismo, actuación a seguir, evolución probable, etc, para intentar aliviar esa incertidumbre.

Teniendo en cuenta estas características, al médico que trabaja en urgencias se le deben exigir unos requisitos imprescindibles para que la calidad de su asistencia sea adecuada:

1. Conocimiento de la actuación a seguir ante motivos frecuentes de consulta urgente y de las urgencias vitales, independientemente de su frecuencia.
2. Dominio de las técnicas de reanimación cardiopulmonar, atención inicial al politraumatizado, soporte vital y clasificación por prioridad de atención (triaje).
3. Capacidad para tomar decisiones rápidas.
4. Especial sensibilidad ante la ansiedad que presentan los enfermos con problemas urgentes.

### VARIABILIDAD DE LA ASISTENCIA URGENTE E INTENTOS DE SOLUCIÓN

El establecimiento de unas normas uniformes de actuación en urgencias que garanticen la calidad de la asistencia es mucho más problemática que en otras áreas hospitalarias por múltiples razones entre las que pueden destacarse:

- a. No existen servicios de urgencias en la mayoría de los hospitales. En la comunidad de Madrid (CAM) existen las Áreas de urgencias dirigidas por un Coordinador de Urgencias que tiene categoría y funciones de Jefe de Servicio, pero a diferencia de este, se trata de un puesto de libre designación por lo que la actuación de los coordinadores debe ser siempre orientada a las directrices de la dirección del hospital, aunque ello no coincida con la actuación más adecuada para garantizar la

calidad de la asistencia. En los nuevos hospitales de la CAM han desaparecido los coordinadores de urgencias y las áreas de urgencias pasan a integrarse en el Servicio de Medicina Interna, volviendo así a la situación que existía en 1989 y que fue denunciada en el informe realizado en ese año por el Defensor del Pueblo, dando origen a la creación del puesto de Coordinador de Urgencias y al funcionamiento de las Urgencias como área independiente de la Medicina Interna.

- b. Al no haber una especialidad de Medicina de urgencias los médicos que trabajan de forma permanente en ellas tienen una formación muy poco uniforme ya que proceden de diversas especialidades, sobre todo Medicina Interna, Medicina Familiar y Comunitaria y médicos generales pre95. Estos médicos han tenido que hacer un esfuerzo personal importante para formarse, al no existir un programa oficial. Ninguna de las especialidades médicas actuales garantiza la formación y conocimiento necesarios para una adecuada capacitación. Los Master en Medicina de Urgencias constituyen un mal sustituto de una formación reglada y reconocida dirigida por la Administración. Un intento de institucionalizar el reconocimiento de la capacitación lo constituye el Certificado de Medicina de Urgencias y Emergencias (CME) que emite la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) a los solicitantes que demuestran esta capacitación y el registro de Médicos de Urgencias del Colegio de Médicos de Madrid
- c. El grado de dedicación a es muy variable, desde los Médicos de Urgencia Hospitalaria, que tienen plaza fija, hasta los que tienen un contrato muy corto a la espera de obtener una plaza en la especialidad en que se han formado y, por otro lado,

los médicos residentes que llevan el peso de la urgencia durante las guardias en los grandes hospitales docentes y cuya única relación con la misma es la guardia, correspondiendo su dependencia funcional al Servicio de la especialidad en la que se están formando.

- d. Hay muy poca conexión entre la atención urgente extrahospitalaria y los servicios de urgencias hospitalarios, de forma que son pocos los protocolos de actuación conjunta, lo que retrasa la asistencia a la llegada del enfermo al hospital. La orientación, en este sentido, debería ir hacia la Atención Integral, contemplando esta atención como una continuidad de cuidados desde que el paciente es atendido en su domicilio o lugar público, hasta que ingresa en un servicio hospitalario o es dado de alta desde el Servicio de Urgencias. Un modelo piloto a este respecto es el Centro de Urgencia Extrahospitalaria (CUE) de El Molar, en Madrid en que se posibilita la actuación conjunta de Atención Primaria, Urgencia Extrahospitalaria (SUMMA) y Atención Especializada en un centro donde se pueden realizar exploraciones complementarias básicas y aplicar tratamientos que no necesitan ingreso hospitalario.

Todos estos factores impiden una uniformidad mínima en la actuación médica que va más allá de la variabilidad clínica normal en cualquier especialidad. Los protocolos consensuados y las guías basadas en la evidencia científica no son suficientes para evitar una enorme dispersión de las actuaciones de los médicos de urgencias.

Probablemente el mayor intento de uniformidad que se ha hecho ha sido la elaboración del proyecto docente para la especialidad que “duerme” esperando su aprobación por los Ministerios de Sanidad y Educación como primera especialidad proyectada dentro de una

truncalidad, tal como prevé la Ley para la Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS). Junto a ello la SMES ha elaborado unos estándares de acreditación para Servicios de Urgencias de Hospitales y para Servicios de Emergencias que pueden servir como referente para la organización de estos servicios.

## INDICADORES DE CALIDAD

A pesar de esta enorme variabilidad es necesario poder medir y, sobre todo, comparar la actividad que desarrollan los servicios de urgencias. Para ello hace falta que en todo momento sepamos de lo que estamos hablando ya que, de lo contrario, corremos el peligro de comparar cosas diferentes. Para facilitar este lenguaje, evaluación y comparación están los indicadores de calidad.

Existen múltiples indicadores de calidad, y la mayoría de los planes plantean como objetivo el cumplimiento de unos pocos indicadores.

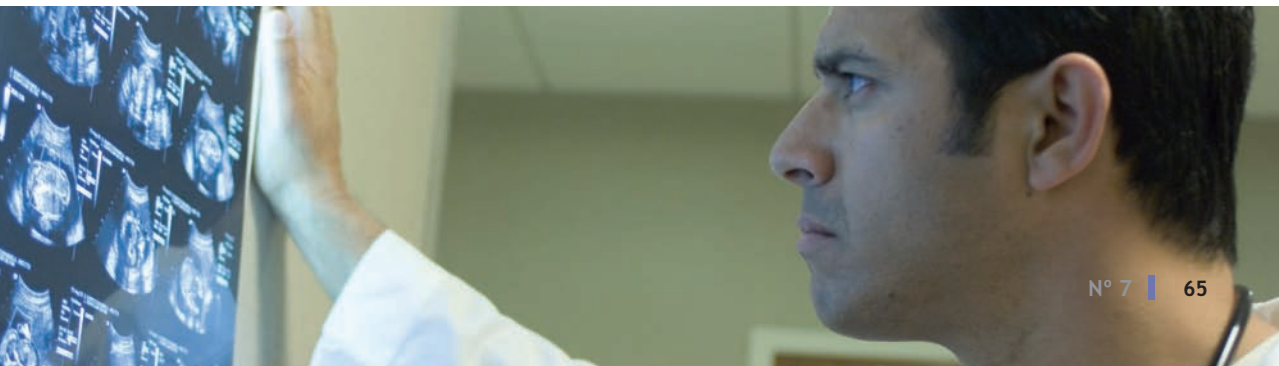
### Definición

Un indicador de calidad es una medida cuantitativa que puede utilizarse como guía de valoración de una actividad y, por tanto, facilita el control, seguimiento y evaluación de la calidad de esa actividad. Es un instrumento que permite comparaciones entre diferentes servicios de urgencias o entre diferentes periodos en un mismo servicio.

### Clasificación

Los indicadores de calidad se pueden clasificar de diferentes formas y posiblemente la más funcional sea hacerlo por:

- A. La gravedad y/o evitabilidad de un suceso. Se puede distinguir en este sentido entre:





1.- Indicador centinela o de suceso. Indica la existencia de un suceso grave, indeseable y probablemente evitable. Su aparición obliga a un estudio profundo para conocer las causas y actuar en consecuencia para evitar su repetición, si ello es posible. Algunos ejemplos de estos sucesos son:

- La muerte por caída de una camilla.
- Parada cardiorrespiratoria en un enfermo mientras espera ser atendido.
- Error en la administración de un fármaco con importantes efectos secundarios.

2.- Indicadores basados en índices. Los sucesos que miden estos indicadores sólo tienen que ser analizados cuando existe una desviación significativa de los valores considerados normales o, sin existir esa desviación, hay una tendencia mantenida en el tiempo que hace pensar que se va a llegar a esa situación si no se toman las medidas oportunas para evitarla.

B.- Por el concepto que se mide. En este sentido hay que distinguir entre:

1.- Indicadores de demanda. Indican la cantidad de peticiones de asistencia urgente que se han producido en un servicio de urgencias.

2.- Indicadores de calidad de la actividad urgente. Según el aspecto de la actividad que miden se pueden clasificar en:

- Indicadores de estructura. Miden la calidad de los medios de que dispone y la organización del servicio de urgencias.
- Indicadores de proceso. Miden la calidad del proceso asistencial en urgencias, expresando numéricamente aspectos cualitativos del funcionamiento del servicio. Los seis procesos que son fundamentales en un servicio de urgencias por la repercusión que tienen o pueden tener en los resultados: recepción, clasificación, asistencia, resolución, documentación e información.
- Indicadores de resultado. Miden el resultado final de la actividad, independientemente de cuál haya sido el proceso seguido para llegar a ese resultado.

**De los múltiples indicadores de calidad de urgencias, deben escogerse aquellos que sean más fáciles de obtener por un número amplio de servicios de urgencias y que reúnan los mejores criterios de sensibilidad, especificidad y validez de la actividad medida.**

La calidad de la actividad se puede enfocar desde un punto de vista técnico o científico o desde otros puntos de vista, como pueden ser el grado de satisfacción del paciente, de sus familiares, de los trabajadores de urgencias, o el porcentaje de reingresos en las 72 horas siguientes a la atención en el servicio, y existen indicadores de actividad que contemplan cada uno de estos enfoques.

De los múltiples indicadores de calidad de urgencias, deben escogerse aquellos que sean más fáciles de obtener por un número amplio de servicios de urgencias y que reúnan los mejores criterios de sensibilidad, especificidad y validez de la actividad medida.

## BIBLIOGRAFÍA

1. *Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Estándares de acreditación para servicios de urgencias de hospitales. Madrid. Edicomplet. 2004.*
2. *Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Estándares de acreditación para servicios de emergencias. Madrid. Edicomplet. 2006.*
3. *Grupo de trabajo SEMES-Insalud. Calidad en los servicios de urgencia. Indicadores de calidad. Emergencias 2001;13:60-65*
4. *Felisart J, Requena J, Roqueta F, Saura RM<sup>a</sup>, Suñol R, Tomás S. Servicios de urgencias: Indicadores para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria. Agencia d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Abril, 2001 (BR01/2001).*

**TABLA I**  
**INDICADORES DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA RECOMENDADOS POR LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS** <sup>3</sup>

**Indicadores de demanda**

- Frecuentación relativa diaria
- Frecuentación relativa anual

**Indicadores de proceso**

- Tiempo de demora en la clasificación
- Tiempo de demora en la asistencia médica
- Tiempo de estancia en el servicio de urgencias
- Cumplimentación correcta de las historias clínicas
- Información al paciente y familiares

**Indicadores de resultado**

- Proporción de pacientes ingresados
- Exitus en urgencias
- Pacientes que se marchan del servicio de urgencias sin recibir asistencia
- Proporción de retornos en 72 horas
- Reclamaciones presentadas

**Otros indicadores recomendables**

- Encuestas de satisfacción del usuario
- Correlación o coherencia diagnóstica
- Grado de cumplimiento de protocolos, procedimientos o guías de actuación en el servicio de urgencias
- Utilización de exploraciones complementarias (Rx y laboratorio)
- Uso apropiado de áreas del servicio de urgencias
- Medición de la formación continuada del personal del servicio de urgencias (publicaciones y asistencia a actos científicos, cursos realizados, etc).

**TABLA II**  
**INDICADORES BÁSICOS DE CALIDAD DEL SERVEI CATALA DE LA SALUT** <sup>4</sup>

- Demora en la realización de ECG en paciente con síndrome coronario agudo
- Administración de ácido acetilsalicílico en el síndrome coronario agudo
- Tiempo puerta-aguja en el IAM
- Demora en el inicio del tratamiento antibiótico
- Valoración del peak-flow en asmáticos
- Valoración psiquiátrica en los intentos de autolisis
- Radiología cervical en traumatismos cervicales
- Demora en la práctica de ECO abdominal o de la punción-lavado peritoneal en traumatismos abdominales
- Existencia de una sistemática de clasificación o selección de pacientes
- Tiempo de respuesta de consultores
- Readmisiones en 72 h.
- Readmisiones con ingreso
- Evaluación de la mortalidad
- Cumplimentación del informe de asistencia
- Protocolos de riesgo vital



CORREDURÍA DE SEGUROS  
Médicos - Dentistas - Grandes Colectivos  
www.unitecoprofesional.es

## OFERTA ESPECIAL PARA MÉDICOS Y DENTISTAS

### SEGURO DE SALUD CUADRO MÉDICO (VITALICIO SALUD PROTECCIÓN MEDICA)

Prima por persona y mes<sup>1</sup>

**32,15 €**

IMPUESTOS INCLUIDOS

Aseguradora Elegida: **VITALICIO SEGUROS** (GRUPO GENERALI)

- No se aplicarán carencias<sup>2</sup>
- Sin copagos, es decir no tiene que abonar ninguna cantidad por servicio

Cobertura Dental Opcional: 1,67 € persona y mes (IMPUESTOS INCLUIDOS)

### SEGURO DE SALUD REEMBOLSO (VITALICIO SALUD ELECCION 300)

Prima por persona y mes<sup>1</sup>

**53,00 €**

IMPUESTOS INCLUIDOS

Aseguradora Elegida: **VITALICIO SEGUROS** (GRUPO GENERALI)

- Límite por asegurado y año 300.000 €
- Reembolso 90% libre elección de médicos y hospitales<sup>3</sup>
- No se aplicarán carencias<sup>2</sup>
- Sin copagos, es decir no tiene que abonar ninguna cantidad por servicio

Cobertura Dental Opcional: 1,67 € persona y mes (IMPUESTOS INCLUIDOS)

Con la garantía de **Uniteco Profesional**

**91 409 58 92**

**cotizasalud.unitecoprofesional.es**

<sup>1</sup>Primas por persona y mes, de 0 a 65 años de edad, válidas hasta el 31/12/08. Edad máxima de contratación 70 años.

<sup>2</sup>Sin períodos de carencia salvo parto (10 meses).

<sup>3</sup>A partir de los 65 años reembolso 90% en España y 80% extranjero.

## CASOS PRÁCTICOS por ESPECIALIDADES

### LA PRESUNCIÓN DE CULPABILIDAD



**D. RAMIRO URIOSTE UGARTE**

Abogado en ejercicio

Desde que iniciamos este apartado dentro de la revista *Calidad y Riesgo*, hemos analizado algunas sentencias así como los riesgos inherentes a la práctica clínica de algunas especialidades, tales como, anestesia, traumatología, cirugía estética u odontología...

En su mayoría, estos siniestros pasan desapercibidos a la opinión pública, como resultado de un acuerdo extrajudicial entre ambas partes, la poca entidad del daño o el archivo procesal. En otros casos, los menos, trascienden a los medios de comunicación de la mano de asociaciones de pacientes, abogados o por la propia familia del perjudicado, creándose una situación de tensión y pugna entre el derecho a la libertad de expresión e información y el derecho al honor e imagen del médico.

Debemos partir de una premisa. El interés general, justifica en la mayoría de los casos, la publicidad de estos siniestros, que a modo de denuncia pública, pueden evitar situaciones indeseables de ejercicio profesional dentro del colectivo médico. En estos supuestos la denuncia pública, produce un efecto beneficioso para la sociedad, véase casos de intrusismo profesional, publicidad engañosa o mala praxis contrastada.

Pero no nos engañemos, cuando una demanda por supuesta mala praxis, llega a los medios de comuni-

cación, también se produce un efecto perverso, que podemos denominar, presunción de culpabilidad del facultativo, es como si trucáramos un espejo.

De esta deformación de la realidad, casi esperpéntica, ya se han hecho eco algunos compañeros de profesión, que se apresuran a realizar declaraciones ante los medios, posicionando datos falsos, en el tablero de los grandes titulares informativos. Gana quien primero publica y se hace con la presión mediática. En ese preciso instante no importan los informes periciales sobre la praxis clínica del caso en cuestión, lo que vende es la presunción de culpabilidad, esa que justifica las apariciones públicas de determinadas asociaciones de pacientes, políticos y abogados mediáticos.

Los respectivos colegios profesionales y quienes ejercen la defensa del personal sanitario, deberían





actuar frente a determinadas asociaciones de pacientes o periodistas, cuando su ejercicio de libertad, lo que de verdad encierra es un atentado al honor contra el médico, véase la imputación de actos negligentes o el mantenimiento de una acusación a lo largo de un proceso, a lo largo de los años, aunque de las pruebas se infiera una buena praxis.

Flaco favor le hacemos a la sanidad, cuando dejamos que intereses mercantiles o políticos se interpongan en el necesario entendimiento que debe existir entre médico y paciente.

Ahora que todos pretendemos encontrar el norte de nuestra ética y defendemos valores que en la mayor parte de los casos no practicamos o nos superan, deberíamos preguntarnos por qué nos quedamos siempre con el circo de las palabras y no buscamos las auténticas respuestas...aunque estas no sean las que esperamos.

## ■ 11ª Especialidad

# PEDIATRÍA

### ■ Riesgos del acto médico

Nos encontramos ante una especialidad de riesgo, desde el mismo momento en que **el sujeto pasivo de la actividad, el menor, no es capaz de expresar y transmitir los síntomas que padece al facultativo**. Por otro lado los sistemas para llegar a un diagnóstico, en ocasiones requieren de **material específico** y técnicas especiales alejadas de las utilizadas con los adultos.

A lo anterior debemos añadir, que el tratamiento en ocasiones está sujeto a múltiples **contraindicaciones** o efectos colaterales.

### ■ Los errores más frecuentes

Entre los errores más comunes a esta especialidad se encuentran:

- 1.- El abuso en el ingreso hospitalario de menores, ante síntomas que no requieran tal medida, en un claro síntoma de lo que conocemos como medicina defensiva.
- 2.- El exceso en la administración de tratamientos, en la mayor parte antibióticos, con el efecto indeseable que se provoca en el sistema inmunitario, haciéndoles perder la efectividad que se busca en los mismos.
- 3.- Otro de los errores más frecuentes es el gran número de pruebas diagnósticas, que en ocasiones son potencialmente peligrosas para el menor, como pueden ser las pruebas radiológicas etc.
- 4.- En ocasiones se detecta que los pediatras tratan de ofrecer una cobertura total en el diagnóstico y tratamiento, en detrimento de los especialistas que puedan tratar dicho síntoma.
- 5.- La saturación del servicio público, obliga en ocasiones a pasar consulta en plazos excesivamente breves, lo que incrementa el riesgo de error de diagnóstico, que en esta especialidad esta aún más acentuado.
- 6.- Es posible que tras el parto no se detecten malformaciones congénitas o traumatismos post-parto, circunstancia que puede propiciar la evolución de lesiones irreversibles.

### ■ Sentencia Ejemplo

Tribunal Supremo Sala 1ª, S 19-7-2004

En el presente caso la reclamación, trae causa de las secuelas sufridas por un recién nacido tras el parto, a consecuencia de una supuesta atención tardía por parte del ginecólogo y el pediatra. Ambos profesionales, condenados en primera y segunda instancia, recurren ante el TS. La interpretación de la prueba pericial por parte del Juzgador de instancia y la de los magistrados del TS no coincide.

En octubre de 1996 la reclamante, requirió los servicios del ginecólogo, para el seguimiento y control

de su embarazo, el desarrollo del embarazo fue normal. La fecha de salida de cuentas estaba prevista para el 21 de mayo de 1997.

El 30 de mayo y tras varios episodios de contracciones en días anteriores sin precisar ingreso, se le practica ecografía y exploración por tacto, el ginecólogo le comunica que está dilatada dos centímetros, que había tocado la cabeza del niño y que esa misma noche con toda probabilidad se iniciaría el parto y que, de cualquier forma, se trasladara al sanatorio al día siguiente, para que la matrona le hiciera una nueva monitorización.

El día 31 se le realiza una monitorización por la matrona; ante su resultado, el ginecólogo, que se encontraba en el Sanatorio, procede a una nueva monitorización, ante cuyo resultado el doctor decidió la inmediata práctica de una cesárea.

El recién nacido tuvo que ser reanimado por el anestesta que asistía a la operación al apreciar que aquél estaba hipotónico y presentaba problemas car-

dio-respiratorios, siendo llevado el niño a la incubadora hacía las 14,10 horas.

Avisado el pediatra, este acordó mantener al niño en la incubadora ya que le encontraba algo hipotónico, abandonando el centro. Hacia las 18,20 horas se personó en el Sanatorio nuevamente el médico pediatra que, ante el estado del recién nacido, ordenó su urgente traslado al servicio de neonatología del Hospital de referencia.

El pediatra hizo constar en el parte de traslado del recién nacido: “RN a término con bradicardia hace 24 h.- Parto por cesárea.- Visto a la 1/2 h ACP n. Hipotomía cervical; líquido meconial.- En incubadora.- Nuevo control a 17,45 leve hipertomía cervical; posibles estertores en hemitorax izquierdo”.

A consecuencia de las lesiones sufridas, el niño fue declarado minusválido con grado de minusvalía del 33% por resolución de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León, habiéndose apreciado en el previo reconocimiento médico **“retraso madurativo por encefalopatía de etología sufrimiento fetal perinatal”**.

En el caso que nos ocupa, la sentencia recurrida y por la que se condenaba al pediatra, se limitaba a aceptar la valoración de la prueba pericial hecha en el Juzgado de primera instancia, si bien llegaba a una conclusión errónea, entendiendo que el pediatra, había dejado sin su vigilancia profesional al recién nacido, motivando que no hubiera podido ordenar su traslado inmediato al hospital, tan pronto la temperatura se hubiera estabilizado en la incubadora.

Por el contrario el estudio detenido del informe pericial por parte de los magistrados del TS, llegaba a la conclusión opuesta, al entender que el informe pericial determinaba que la actuación del pediatra había sido prudente, al mantener al recién nacido en la incubadora que le administraba calor y oxígeno, dos medidas, que debían de ser suficientes en un niño que no presentaba alteraciones respiratorias ni circulatorias. Igualmente se calificaba de prudente el que tras tres horas de incubadora y al persistir las alteraciones de tono muscular y detectar posibles estertores pulmona-



res, el pediatra hubiese prescrito el traslado con carácter urgente al servicio de neonatología.

De la interpretación correcta de la prueba pericial, no podía por tanto imputarse, la existencia de una conducta negligente o culposa al pediatra en la asistencia prestada al recién nacido y, menos aún, como se afirmaba en la instancia, que esa conducta prolongase la situación de sufrimiento fetal, con efecto inmediato sobre la salud del menor. Todo lo contrario, la prueba pericial rectamente valorada solo podía determinar que la actuación fue acorde a la *lex artis*, ya que no existía prueba alguna en los autos que acreditase, que la permanencia del recién nacido en la incubadora determinase un incremento del daño producido por el sufrimiento fetal.

**En el caso que nos ocupa, la interpretación del Juzgado de instancia, no respetó el contenido del informe pericial, dejándose el juzgador arrastrar quizá más por criterios objetivos de responsabilidad. Criterios, que se alejaban de la necesidad de acreditar la culpa en el actuar del facultativo y lo que es más importante la existencia de un nexo causal entre su actuar y el resultado**

La doctrina jurisprudencial sobre la **valoración de la prueba pericial** determina que “la prueba pericial es la libre apreciación por el Juez, y que **tal prueba no está sometida al control casacional, salvo cuando se aprecie que resulta ilógica u omite datos y conceptos que figuran en el informe. Tan sólo podrá casarse tal valoración, cuando el órgano de instancia tergiversar las conclusiones de forma ostensible o falsee arbitrariamente sus dictados o extraiga conclusiones absurdas o ilógicas**”.

## ■ 12ª Especialidad

# OFTALMOLOGÍA

## ■ Riesgos del acto médico

Los riesgos de esta especialidad, son los inherentes al uso y manejo de un arsenal diagnóstico y terapéutico complejo dentro de servicios hospitalarios altamente especializados, como son los de oftalmología. Estos suelen derivar en accidentes e incidentes que puedan dar lugar a denuncias o procedimientos judiciales.

## ■ Los errores más frecuentes

- El uso habitual de midriáticos y mióticos, en la propia consulta con fines diagnósticos o de preparación para pruebas diagnósticas implica riesgos específicos como consecuencia de ciertas enfermedades preexistentes que lo contraindiquen, alergias, modificación de las presiones intraoculares.
- Por otra parte, los actos quirúrgicos, realizados bajo anestesia general o local, implican aunque con caracteres bastante más específicos, los generales de la cirugía (asepsia, anestesia, práctica cruenta y postoperatorio)

## ■ Sentencia Ejemplo

AP Burgos, sec. 2ª, S 21-7-2005.

En el presente caso, la demanda contra el oftalmólogo, se interpuso a raíz de una intervención quirúrgica de “facoemulsificación” para el tratamiento de la catarata del ojo derecho y de cuyos riesgos manifestaba no haber sido suficientemente informado. A consecuencia de la intervención se produjo un edema corneal, que requirió un posterior trasplante de córnea, dejando una agudeza visual de 0,02, lo que significa que solo ve bultos.

En el escrito de demanda se expresaba que la responsabilidad que se exigía al demandado era de carácter contractual, derivada del incumplimiento de dos obligaciones 1º.- **No se informó correctamente al paciente de la trascendencia y alcance de la operación, ni de los riesgos que entrañaba y 2º se había faltado a la *lex artis* tanto en el preoperatorio como en el postoperatorio.**

Respecto a la praxis clínica la sentencia mantiene, que es cierto que en el postoperatorio sufrió el paciente edema de córnea, y problemas con la tensión del ojo intervenido, pero que no es menos cierto que ha quedado acreditado que el edema de córnea es una complicación frecuente en este tipo de intervenciones, según se deduce de la documentación aportada por el demandado, en la que se afirma, además, que su gravedad dependerá de la respuesta al tratamiento, hasta el punto de que puede ser necesario un trasplante de córnea, no descartándose la posibilidad de pérdida de la visión del ojo operado.

En resumen, de la prueba practicada no puede obtenerse la convicción, como pretende el apelante, de que hubiese una mala praxis por parte del demandado. La obligación contractual o extracontractual del médico, y más en general, del profesional sanitario, no es la de obtener en todo caso la recuperación del enfermo, o lo que es igual, no es la suya una obligación de resultado, sino una obligación de medios.

**Está acreditado, que el demandante estampó su firma en el documento que se autotitula «Consentimiento Informado de Intervenciones Quirúrgicas y Terapéuticas», pero no ha quedado en modo alguno probado que se le entregase el documento autotitulado «Información sobre la Operación de Cataratas», pues este segundo documento no aparece firmado por el demandante, y ni siquiera se remite a él el documento firmado.**

**El documento firmado, es un mero formulario redactado en términos tan genéricos e imprecisos desde el punto de vista médico que sirve para cualquier enfermedad y para cualquier clase de intervención**

No habiendo acreditado, por tanto, el demandado, haber proporcionado al actor una información suficientemente descriptiva de los riesgos y complicaciones que pudieran presentarse, es obvio **que el consentimiento prestado por el paciente estuvo viciado por esa falta de información, pues no consta que fuese consciente, cuando lo prestó, de que se estaba sometiendo al riesgo de que se produjese un edema de córnea en el ojo intervenido, privándosele con ello**

**de calibrar bien su decisión, pues no cabe descartar que hubiese podido ser otra (incluso la de no operarse), de haber conocido los riesgos reales de la intervención.**

El hecho de que la catarata exigiese intervención quirúrgica para su curación, no quiere decir que el paciente no tuviese derecho a ser informado de los riesgos que comportaba la operación, pues estaba en sus manos decidir si se sometía o no a ella; lo realmente trascendente es que el paciente decidió someterse a la operación desconociendo los peligros que comportaba, y con la lógica expectativa de recuperar la visión en el ojo afectado, cosa que no ocurrió precisamente porque sobrevino en el postoperatorio una complicación, que, no siendo imputable a un “mal hacer” del cirujano, pero siendo de las más previsibles, le fue ocultada al demandante, que no obtuvo el resultado esperado.





## LAS RESPONSABILIDADES Y DECISIONES ASISTENCIALES EN EL ENTORNO JERÁRQUICO DE LA RED DE HOSPITALES PÚBLICOS



**D. CARLOS HERNÁNDEZ MARTÍNEZ-CAMPELLO**

Abogado en ejercicio

La responsabilidad a la que nos vamos a referir en este breve comentario es la que corresponde a quienes ostentan, por ejemplo, la Jefatura del Servicio de un Hospital o la condición de jefe de un equipo médico-quirúrgico y, en general, a quienes prestan sus servicios profesionales como máximos responsables de una organización, con la colaboración de otros profesionales médicos o sanitarios, dentro de la propia estructura hospitalaria. También hacemos una breve referencia a la responsabilidad del Médico Adjunto.

La Medicina, cada vez con más frecuencia, se ejerce en equipo. De este modo, la asistencia al paciente se presta por varios profesionales, de forma secuencial o coordinada, y con una evidente dependencia entre los miembros de un mismo grupo o entre distintos especialistas a la hora de adoptar decisiones.

Los dos principios que deben discernir la responsabilidad profesional del trabajo en equipo pueden resumirse en la confianza y en la división del trabajo. Así, quien actúa correctamente dentro de la unidad debe confiar en que los demás miembros también actuarán correctamente. Y en lo que se refiere a la división del trabajo, ello conlleva que cada miembro responderá de las negligencias cometidas en su correspondiente ámbito de competencias, para lo que es preciso que se tengan delimitadas nítidamente las funciones de cada miembro. En este sistema de trabajo en conjun-

to, a su vez, se distingue una responsabilidad vertical, entre responsable y subordinados, y una responsabilidad horizontal, entre iguales.

Muy clara y didáctica resulta, en esta materia, la Sentencia de la Audiencia Provincial de Alicante (Sección 1ª), de 29 de enero de 1998. En la misma se dilucida la responsabilidad penal de un cirujano que intervino quirúrgicamente a un paciente que padecía una hernia de hiato, comenzando la operación mediante laparoscopia, pero reconvirtiéndola después a técnica quirúrgica tradicional (abriendo el abdomen), intervención en la que quedó inadvertidamente abandonada en el cuerpo del paciente una

**De los múltiples indicadores de calidad de urgencias, deben escogerse aquellos que sean más fáciles de obtener por un número amplio de servicios de urgencias y que reúnan los mejores criterios de sensibilidad, especificidad y validez de la actividad medida.**

de las compresas utilizadas. En esta operación fue auxiliado, entre otros, por un instrumentista y un volante, siendo su función el recuento del instrumental y del material hemostático empleado.

Como explica la referida Sentencia, a la hora de precisar las responsabilidades penales en el ámbito de actuación del personal médico se hace necesario con carácter previo partir de una serie de principios o criterios que la propia Medicina moderna impone.

En efecto, la Medicina moderna y, en especial la Cirugía, en cuanto su ejercicio requiere la intervención de varios especialistas y auxiliares sanitarios, se ha convertido en una actividad a desarrollar en grupo. En la actualidad, la realización de una intervención quirúrgica exige la participación de médicos especialistas - como son el cirujano, el anestesta, el cardiólogo- y de auxiliares unitarios como ayudantes, enfermeras o ATS. Este nuevo fenómeno de la Medicina en equipo exige tanto en el ámbito jurídico como en el sanitario la necesidad de delimitar las respectivas responsabilidades, normalmente imprudentes, de los diversos componentes y, en este sentido la dogmática penal ha encontrado y postulado ciertos criterios que permiten tal separación de responsabilidades de los intervinientes en una actividad como es la cirugía, tales principios o criterios son: El principio de confianza y el principio de división del trabajo.

El principio de confianza, trasladado a este campo desde el ámbito de aplicación del derecho de la circulación, donde expresamente se le reconoce, supone a estos efectos que el cirujano puede, en principio, confiar en que sus colaboradores (anestesta, cardiólogo, ATS...) se comportarán diligentemente, salvo que en el caso concreto circunstancias especiales, tales como descuidos graves, ineptitud o falta de cualificación reconocibles, le hagan pensar lo contrario.

A su vez, el principio de división del trabajo se ha impuesto en la Medicina moderna como una necesidad y consecuencia, al propio tiempo, del propio progreso científico y de la necesaria especialización. Tal principio, a la vez que proporciona múltiples ventajas, tales como una distribución razonable y concentración de cada miembro del equipo en sus

tareas específicas, es asimismo fuente de peligros en temas relativos a la falta de cualificación de alguno de los intervinientes, fallos de comunicación entre ellos o deficiencias de coordinación del propio conjunto médico-quirúrgico.

Pues bien, a los efectos de determinar las responsabilidades del equipo médico -explica la meritada Sentencia-, atendiendo al criterio de división del trabajo, se hace necesaria una primera distinción entre aquellos supuestos de división horizontal y división vertical.

En el primer supuesto, se trata de delimitar las responsabilidades entre iguales profesionalmente hablando, como sería el caso del cirujano y el anestesta.

En el segundo, delimita las distintas responsabilidades del cirujano, en este caso, con aquel personal como enfermeras, ATS, instrumentistas o volantes entre los que existe una relación de supra y subordinación con respecto al médico interviniente.



A su vez, la aplicación de la división del trabajo vertical presupone delimitar las funciones específicas que corresponden al personal sanitario, en cuyo ámbito se puede hablar de plena autonomía y de responsabilidad propia del personal de las enfermeras o equipo auxiliar del cirujano. Igualmente, opera el principio de confianza, es decir, que el médico pueda confiar en tal personal para la preparación y asistencia en la intervención siempre que se trate de tareas que le son propias y para las que se encuentran convenientemente instruidas y formadas.

La problemática sobre la delimitación de la responsabilidad penal en la división del trabajo vertical lleva a la Sala a plantearse tres cuestiones fundamentales:

1.<sup>a</sup> La determinación de los deberes de cuidado de las enfermeras, de acuerdo con sus cometidos específicos como consecuencia del principio de división del trabajo.

2.<sup>a</sup> El alcance del principio de confianza en las relaciones entre cirujano y las enfermeras.

3.<sup>a</sup> Las especiales fuentes de peligro que concurren en la división del trabajo vertical y los deberes de cuidado que le corresponde cumplir al cirujano-jefe del equipo para neutralizar aquéllas.

1.<sup>a</sup> a) Las enfermeras o ATS forman parte de un colectivo de profesionales sanitarios con responsa-

bilidad propia y tienen cometidos específicos inherentes a la función que desempeñan ya sean funciones de índole general, que no afectan directamente al trabajo con el paciente ni al apoyo o colaboración en tareas médicas concretas, tales como: Funciones de mantenimiento de las instalaciones sanitarias, la limpieza y desinfección del material quirúrgico, etc. Aquí el deber de la dirección médica se agota normalmente en las órdenes que, con carácter general, se transmiten a la enfermera general, siendo responsable el médico de los fallos en que puedan incurrir las enfermeras si sus órdenes hubieran sido defectuosas o insuficientes.

1.<sup>a</sup> b) La segunda esfera está relacionada con la asistencia médica al enfermo, tales como cuidado, vigilancia, preparación del paciente en la actividad médico-quirúrgica. En este ámbito jugarán un papel importante el principio de división de trabajo y, con especial intensidad, el de confianza, esto es, el médico podrá confiar, con carácter general, en que la enfermera procederá correctamente en la asistencia médica al paciente, salvo que las especiales circunstancias del caso no permitan justificar tal confianza y reclamen que el médico cumpla con los deberes especiales de vigilancia, control o instrucción del personal sanitario auxiliar.

1.<sup>a</sup> c) En un tercer ámbito nos encontramos con la actividad auxiliar médica, es decir, con el cometido de las enfermeras que han de ayudar en las acciones



propias del médico: Como por ejemplo, ordenar y preparar el instrumental médico, la labor de control de las gasas utilizadas en la operación. Aquí el problema estriba en delimitar qué cometidos podrán delegarse en las enfermeras, debiendo tener presente que la asistencia de éstas en la intervención quirúrgica es marginal, indirecta y mecánica.

La responsabilidad penal de las enfermeras o ATS estará condicionada, en parte, por los cometidos específicos que le son asignados por la normativa sanitaria general y, por otra, por la normativa interna que pueda existir en los centros médicos sobre el funcionamiento de los quirófanos. Entre las primeras, el ya derogado art. 59 del Estatuto de personal sanitario no facultativo de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social declaraba como tareas específicas del personal sanitario auxiliar y con plena autonomía, las siguientes: Cumplimentar las instrucciones del médico, practicar las curas de los operados, preparar cuidadosamente al paciente para las intervenciones médicas... etc.; sin perjuicio de tener en cuenta, por otra parte, la posible normativa interna de los respectivos centros hospitalarios.

2.<sup>a</sup> El principio de confianza en las relaciones entre el cirujano y las enfermeras vendrá dado y será aplicable según las circunstancias del caso concreto en el adecuado grado de responsabilidad profesional de estas últimas en relación a la ayuda y preparación exigida para una concreta operación quirúrgica. El principio de confianza, aplicado a la división del trabajo vertical, permite exonerar de responsabilidad al cirujano si confía con fundamento en el personal sanitario auxiliar cualificado siempre que las tareas encomendadas se encuentren dentro del ámbito de su específica competencia y no suponga, al propio tiempo, dejación específica de aquellas obligaciones profesionales o de vigilancia y control adecuados respecto de sus subordinados o personal sanitario o colaborador.

3.<sup>a</sup> Por último, no puede pasarse por alto la existencia de lo que se podía llamar fuentes de peligro en la división del trabajo vertical, es decir, de la delimitación de las responsabilidades penales entre el cirujano y el resto del personal sanitario

auxiliar en una concreta intervención quirúrgica. Pese a las respectivas competencias que corresponden al citado personal auxiliar, en supuestos tales como la falta de cualificación, fallos de comunicación o de coordinación del equipo médico-quirúrgico, pueden dar lugar a que el cirujano, en su condición de jefe sea considerado penalmente responsable si no ha cumplido con sus especiales deberes de cuidado secundarios tales como de instrucción, vigilancia y control del personal sani-

**Es decir, el jefe del equipo médico quirúrgico, esto es, el cirujano, tiene la obligación de neutralizar las fuentes de peligro que concurren respecto de su personal auxiliar y provenga de la infracción de sus deberes de vigilancia, control o coordinación de la intervención quirúrgica del caso.**

tario auxiliar. Es decir, el jefe del equipo médico quirúrgico, esto es, el cirujano, tiene la obligación de neutralizar las fuentes de peligro que concurren respecto de su personal auxiliar y provenga de la infracción de sus deberes de vigilancia, control o coordinación de la intervención quirúrgica del caso.

En esta Sentencia la Sala decide condenar al médico por no haber prestado la más mínima atención antes de proceder a la sutura de la cavidad abierta, a la presencia, en el cuerpo del paciente, de un cuerpo extraño, descuidando de forma elemental los deberes de inspección y control de su equipo de personal auxiliar.

Esto conecta con la posición que realmente ostenta el Jefe de un Servicio, que no es otra que la de garante.



Como señala, entre otras, la Sentencia del Tribunal Supremo de 18 de noviembre de 1991, en el ámbito penal, y en lo que se refiere a la materia que es objeto de este somero análisis, la responsabilidad, por ejemplo, de un Jefe de Servicio, un Jefe de Sección o de un cirujano-jefe en el transcurso de una intervención quirúrgica, por el mero hecho de su posición jerárquica en el ámbito en el que se haya podido producir una mala praxis se delimita acudiendo al mecanismo de la comisión por omisión o aplicación de la figura del garante. En la evolución de la Jurisprudencia del Tribunal Supremo, en los delitos de comisión por omisión imprudentes, se ha operado una importante evolución, pasando de dar un tratamiento igual a la omisión que a la acción, requiriendo sólo una infracción del deber de cuidado que denomina omisión del deber, sin distinguir dicha infracción del deber de cuidado de la propia comisión por omisión o infracción del deber de evitar la producción del resultado lesivo en relación de causalidad con el resultado lesivo, a exigir además de la infracción de un deber de cuidado la infracción de un deber de actuar, basado en la ley, el contrato o el actuar precedente, hasta exigir una posición de garante basada en la teoría de las funciones.

En el mismo sentido, y como más reciente, podemos reseñar la Sentencia de la Audiencia Provincial de Cádiz (Sección 2ª), de 25 de enero de 2007, que mantiene la condena a un jefe de un equipo por una intervención quirúrgica realizada en la que se dejaron unas gasas en el interior del cuerpo de un paciente y por su pasividad en no preguntar al personal auxiliar, instrumentista y circulante, si el recuento de gasas estaba realizado antes de proceder al cierre de la cavidad abierta.

En el ámbito civil, se utiliza un criterio semejante. Así, la Sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Civil), de 25 de julio de 1996, reitera la doctrina relativa a que en la Medicina asistencial “no se pacta salud y sí su procura, naciendo la responsabilidad del Cirujano jefe de la operación por dañar el nervio crucial durante la misma, extremo que en modo alguno puede considerarse imprevisible o inevitable, teniendo que calificarse, por el contrario, de negligente, bien se manipulen los separadores por el propio cirujano, ya

por sus ayudantes, de cuya actuación ha de responder por culpa «in eligendo» o «in vigilando», ...”.

Otra cosa distinta es que la responsabilidad que se reclame, por ejemplo, al Jefe de Servicio, y que se derive del incumplimiento o del cumplimiento deficiente de sus obligaciones como tal máximo responsable de una organización sanitaria.

La Sentencia de la Audiencia Provincial de Almería (Sección 1ª), de 29 de enero de 2003, revoca la Sentencia condenatoria dictada anteriormente por un Juzgado de lo Penal, absolviendo a un Jefe de Servicio de Traumatología en funciones, por hallarse el Jefe titular de vacaciones, de un delito de lesiones cometidas por imprudencia grave profesional. A dicho Jefe de Servicio se le había condenado en la instancia a un año de prisión e inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión de médico durante un año y al pago de parte de las costas procesales, con indemnización al perjudicado de la suma de 300.506,05 euros más sus intereses legales, todo ello por considerar que incumplió sus obligaciones como tal Jefe de Servicio, y como consecuencia de ello se dejó desatendido a un paciente que tenía el peroné izquierdo roto y que sufrió importantes complicaciones.

En esta Sentencia, dice la Sala, lo que se aprecia, desde luego, es una pésima organización del Servicio de Traumatología en lo que se refiere a atención de pacientes ubicados en plantas correspondientes a otras áreas, pero esta disfunción del Centro sanitario no puede ser repercutida en el cirujano de guardia o en el de planta, y menos aún con consecuencias penales.

La conducta imprudente, en cualquiera de sus intensidades, exige de modo inexcusable la presencia de cuantos elementos la conforman según reiteradísima jurisprudencia, es decir, una acción u omisión voluntaria no dolosa, un resultado dañoso, un nexo causal entre ambos factores, una imprevisión en la conducta (elemento subjetivo) y una infracción del deber objetivo de cuidado socialmente imperante en el caso concreto (factor normativo y externo), presupuestos todos ellos que resultan de necesaria concurrencia.



La ratio del pronunciamiento condenatorio de la Sentencia del Juzgado de lo Penal no estribaba en una mala praxis médica o en una impericia en la aplicación de los conocimientos y prácticas curativas, es decir, los hechos que se le imputan al médico no reflejan una negligencia profesional (aunque a la postre se le condene en base a esta figura agravada), sino que lo que se achaca al acusado es una dejación de las funciones propias de la Jefatura de Servicio que desempeñaba.

La Sentencia afirma que “... como se desprende del examen de las actuaciones en su integridad, resulta de todo punto deplorable el status de organización y funcionamiento que en la fecha de los hechos presentaba el Centro Sanitario en cuanto afectaba a la atención del Servicio de Traumatología (se ignora lo que ocurría con el resto de los Servicios) para los enfermos que, por padecer también alguna otra dolencia o patología correspondiente a otro área médica y considerada más grave, se hallaban acomodados en plantas distintas a la propia del mencionado Servicio”.

En el caso analizado era patente la muy notable disfunción en el sistema de organización del Servicio, sistema institucionalizado sin previsión de atención cierta y estable respecto de los llamados pacientes "periféricos", es decir, ubicados en otras plantas. Y naturalmente —argumenta la Sentencia—, “el paso siguiente en el proceso deductivo consiste en decidir si tales carencias son directamente reprochables al acusado y si, además, tal responsabilidad debe alcanzar rango penal, cuestiones que, como hemos visto, vienen a ser positivamente respondidas por la sentencia del Juzgado y que, sin embargo, la Sala considera que deben ser tratadas de modo distinto. Efectivamente, es ocioso insistir en lo mal organizada que venía manteniéndose la atención por el Servicio de Traumatología a quien se hallara internado en otra planta distinta, pero no parece que tan lamentable disfunción pueda ser atribuida sin más al acusado por el hecho de que se hallara desempeñando en funciones la Jefatura del Servicio, y menos con las consecuencias penales que se enjuician, cuando resulta que el Dr. sustituía transitoriamente al Jefe

titular por hallarse éste de vacaciones; y que, según resulta de lo actuado, las reiteradamente citadas deficiencias organizativas no pueden ser atribuibles a la Jefatura provisionalmente desempeñada por el acusado durante el período de ocio del Jefe titular, sino que aparecían asentadas en el Servicio de modo ya estable, de tal manera que no se trata de un desempeño negligente de una Jefatura interina por así llamarla, sino de la existencia de un Servicio sin la previsión institucionalizada o protocolizada de un control efectivo, concreto y diario sobre el enfermo ubicado en otra planta, siendo cuestionable que se trate de perfilar a cargo de quien ocupa durante un período breve el puesto de Jefe en funciones la obligación de articular un sistema organizativo de futuro y, más aún, siendo difícilmente aceptable que la carencia de tal articulación por su parte venga a ser penalmente sancionada”.

Otro pronunciamiento judicial que es válido para exponer la responsabilidad de quien lidera un equipo médico o sanitario es la Sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Penal), de 15 de octubre de 2002. En este caso se condena a un Jefe de Servicio como autor responsable de una falta de imprudencia simple con resultado de lesiones a una pena de multa y al pago de las costas propias de un juicio de faltas, así como a que por vía de responsabilidad civil indemnice a la paciente, junto con otros miembros del equipo, en la cantidad de más de catorce millones de las antiguas pesetas.

Dicha paciente sufrió unas lesiones que tuvieron su causa única e inmediata en la aplicación por error de un enema de alcohol, de tal manera que si los médicos hubieran tenido conocimiento de esta anomalía instantes después de producirse, habrían podido aplicar medidas terapéuticas adecuadas, que hubieran evitado o al menos aminorado el daño ocurrido. Al Jefe de Servicio se le imputa, concretamente, que por su profesión -Médico- y por su cargo -Jefe- que ocupaba en el Servicio, se agrava su conducta consistente en tolerar el relleno de los botes de enema vacíos con alcohol, transformando la imprudencia de leve en temeraria, pues el mayor grado de conocimiento debió llevarle a una mayor previsión del resultado.

Por último, lo mismo se puede predicar de la posición del médico adjunto respecto al médico residente. Así, por ejemplo, la Sentencia de la Audiencia Provincial de Navarra (Sección 1ª), de 13 de mayo de 1998 trata el caso de un Médico Residente que, como tal, realiza las pruebas y asistencias necesarias para obtener la especialidad en Medicina Familiar, bajo la dependencia del responsable de la unidad. Su posición de garante respecto de la paciente, y su deber de actuar, afirma la Sala, no era el mismo de

**Espero que estas líneas sirvan para aclarar algo la responsabilidad de quien está al frente de una organización de profesionales sanitarios, debiendo estarse siempre, y más en esta materia, al caso concreto que se enjuicie y sus circunstancias específicas.**

quien precisamente por haber obtenido ya la titulación de especialista, ostenta ya la condición o cualidad de Médico Adjunto, en el servicio de guardia o urgencias, quien habiendo terminado ya su íntegro y definitivo período de formación como médico especialista, presta sus servicios como médico adjunto en el servicio de urgencias en el Hospital.

La Sala establece que la responsabilidad no puede ser la misma de quien encontrándose en período de formación para obtener una especialidad (medicina familiar) presta asistencia, de quien debe prestarla por tener dicha formación y prestar servicio propio de urgencia o guardia como médico adjunto. “Es por ello que en el caso de autos –dice la Sentencia-, y sustentándose el actuar imprudente por omisión, en relación con la realización de unas determinadas pruebas y/o observación de la paciente, y habida cuenta de que la labor del doctor (médico residente), estaba

tutelada por el Médico Adjunto del Servicio de Urgencias, bajo cuya dependencia actuó aquél, ya que debe someterse a las instrucciones de éste; no cabe apreciar que el residente tuviera una posición de garante y un deber de actuar propio e independiente, del que pudiera responder, cuando tratándose de la prestación de una determinada diligencia profesional, necesario es disponer de toda la formación profesional técnica, por haber acabado y finalizado aquélla, para poder apreciar si no observa un deber de actuar profesional, capacitación profesional que no había acabado, por lo que el médico residente debe ser absuelto de la falta de imprudencia leve que apreció la juzgadora «a quo», ya que en definitiva el alta que realizó, fue bajo la supervisión y a instancia del Médico Adjunto del Servicio de Guardia, que era quien por su titulación y servicio profesional que prestaba, tenía una posición de garante, al tener una obligación de prestar servicios médicos adecuados a la paciente que ingresó en el servicio de urgencias”.

Esto no significa que el médico residente esté exento de responsabilidad. Si actúa por su cuenta y riesgo, sin avisar al médico del «staff» o especialista para realizar una operación o actuación médica de riesgo, decidiendo intervenir por sí solo, responde

penalmente por su actuación. Aquí cabe referir la Sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Penal) de 28 de diciembre de 1990, que enjuició un supuesto de hecho en que el Médico Interno Residente (MIR), adscrito al servicio de Anestesia y Reanimación, al tener que practicarse una intervención y sin razón de urgencia que lo aconsejase, en vez de avisar al Jefe del Servicio que se hallaba de «guardia localizable», decidió intervenir por sí mismo aplicando a la paciente anestesia general, para lo que no se hallaba autorizado; presentándose, una vez finalizada la operación un «espasmo de glotis», con una grave insuficiencia respiratoria, no logrando el procesado hacer frente a tal complicación, no consiguiendo intubarla, hasta que ya con la enferma en estado de inconsciencia, pudo realizarlo un ATS, todo con graves consecuencias para el paciente. La Sentencia condenó al residente como responsable en concepto de autor de un delito de imprudencia temeraria con resultado de lesiones graves.

Espero que estas líneas sirvan para aclarar algo la responsabilidad de quien está al frente de una organización de profesionales sanitarios, debiendo estar-se siempre, y más en esta materia, al caso concreto que se enjuicie y sus circunstancias específicas.





# Tu seguro a un clic

Asesoramiento personalizado



Solicita tu seguro de  
automóvil, salud y hogar  
a través de nuestra web

[www.unitecoprofesional.es](http://www.unitecoprofesional.es)

[cotizacoche.unitecoprofesional.es](http://cotizacoche.unitecoprofesional.es)  
[cotizasalud.unitecoprofesional.es](http://cotizasalud.unitecoprofesional.es)  
[cotizahogar.unitecoprofesional.es](http://cotizahogar.unitecoprofesional.es)  
[cotizasociedad.unitecoprofesional.es](http://cotizasociedad.unitecoprofesional.es)



**CORREDURÍA DE SEGUROS**  
Médicos - Dentistas - Grandes Colectivos

[www.unitecoprofesional.es](http://www.unitecoprofesional.es)

Correduría de Seguros inscrita en el Registro de la Dirección General de Seguros con el Número J-664. Tiene concertado Seguro de Responsabilidad Civil, previsto en el artículo 27.1 e) de la Ley 26/2006 de 17 de Julio de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados. Registro Mercantil de Madrid. Libro de Sociedades Hoja N° 14.986-2, folio 142, tomo 10.111. Sección 4ª. C.I.F. B-79925395

UP-0208

## Reflexión sobre el papel de la DEONTOLOGÍA MÉDICA EN EL EJERCICIO PROFESIONAL y a las FUNCIONES DE LAS COMISIONES DEONTOLÓGICAS en el SENO DE UNA CORPORACIÓN COLEGIAL



**D. EMILIO LIZÁRRAGA BONELLI**

Abogado en ejercicio

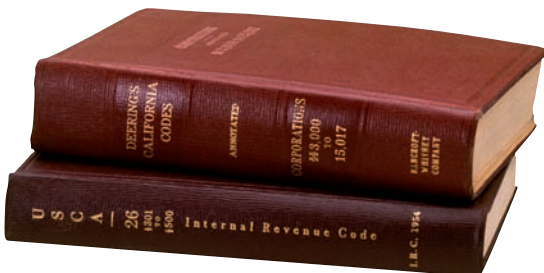
### a) Sobre la deontología médica y el Código Deontológico.

Se ha dicho que el término deontología contiene una acepción profesional y otra filosófica. Es cierto que algunas normas deontológicas tienen apariencia deontologista de regulación de la profesión, en tanto en cuanto marcan al médico la conducta que debe seguir ante ciertas situaciones, aunque más que mandar el código prefiere recomendar y aconsejar, de tal suerte que el código tiene como objetivo que el médico acepte y haga suyas las normas que determina, en tanto en cuanto las mismas son razonables y propias de la vocación profesional, garantizando así la calidad humana y técnica de sus servicios, y ello sin perjuicio de otras normas que tienen fuertes matices consecuencialistas, que tienen por misión incitar al médico a buscar el mayor bien para el enfermo y para la comunidad

social, e insiste en que la medida de la calidad moral del médico y el objetivo de sus acciones consiste en obtener la máxima eficacia de su trabajo profesional.

Podemos decir que el código deontológico es el resultado de una larga tarea de selección de normas y criterios con el que los médicos han querido y quieren autorregular la práctica de la profesión.

Indicar que las normas y recomendaciones contenidas en el Código no son todas del mismo rango y carácter. Unas son versión al lenguaje deontológico de un precepto legal, y de este modo obligan por el doble motivo, y son impuestas a título colegial. Mientras que otras son verdaderas recomendaciones deontológicas que no pueden ser reguladas mediante disposiciones legales, por cuanto en el fondo poseen el carácter de deberes y derechos puramente morales. Son estas últimas las que constituyen un campo más propio de la ética y deontología médica y vienen formuladas en su aspecto positivo en el sentido de que su objeto principal no es prohibir o condenar sino inspirar y animar al médico –ser verdaderas guías de orientación- a fin de que practique su medicina con dignidad y competencia.



## b) Sobre los deberes que impone el código y su obligatoriedad.

La facultad disciplinaria de los Colegios, que emana de la mencionada codificación deontológica y de los propios estatutos colegiales como potestad pública, viene recogida no solamente en el texto constitucional, que reconoce la existencia y funcionamiento de los colegios profesionales, sino también en la letra i) del artículo 5 de la Ley Estatal de Colegios profesionales. Señala la norma que una de sus funciones es la de “ordenar, en el ámbito de su competencia la actividad profesional de los colegiados, velando por la ética y dignidad profesional y por el respeto a los derechos de los particulares y ejercer la facultad disciplinaria en el orden profesional y colegial”.

Esto lleva consigo a la posibilidad última de que en atención a la observancia de los principios deontológicos, pueda estimarse lícita la posibilidad de apertura de un procedimiento que examine, precisamente, si la conducta del profesional se ha ajustado con el patrón o “modus operandi” establecido en disposiciones de especial sujeción para los colegiados, normalmente compiladas a través de los denominados Código de Ética y Deontología.

Modernamente con la emergencia de la medicina social y la institucionalización de los Colegios de médicos, la deontología se ha codificado y se ha hecho más compleja, de tal suerte que puede afirmarse que esos cambios han dotado a la materia de tres dimensiones, una individual que compromete la conducta profesional de cada médico, una segunda corporativa que afecta a la profesión organizada y una tercera, de indudable aspecto público que incluye el ámbito social en el que la medicina es ejercitada.

Este velar por la ética profesional, como componente de la función encomendada al Colegio nos hace entrar de lleno en el campo de la Deontología Profesional, denominada también ciencia o tratado de los deberes. En este sentido, la idea central va a ser la de que “junto a garantizar unos saberes y unos conocimientos técnicos en cada una de las especializaciones es preciso asegurar también unas normas de comportamiento que afirmen la confianza, la credibilidad, la tónica de respeto y la seguridad de que se va a actuar correctamente”.

Que los Colegios Profesionales tienen potestad para imponer sanciones a los colegiados es hoy cuestión que nadie discute. El primer problema que se planteó era el de si, después de la Constitución, existía suficiente habilitación en la Ley de Colegios, en cuanto se entendía que la disciplinaria era una de las materias reservadas a la Ley.

La jurisprudencia, como entendió que la relación entre Colegio y colegiado era de sujeción especial (como la de los funcionarios con la Administración), señaló que la reserva legal no era absoluta, y bastaba una simple remisión a la ulterior potestad reglamentaria, que es lo que hace la Ley de Colegios.

Fue una sentencia del Tribunal Supremo Sala de lo Contencioso Administrativo, la que señaló con más claridad dicha relación de supremacía especial entre Colegios y colegiados así:

“Debiendo resaltarse que las señaladas disposiciones estatutarias y de deontología profesional





de los arquitectos, tienen su cobertura legal en el art. 5.i) de la Ley de Colegios Profesionales de 13 de febrero de 1974, y si bien este artículo contiene una simple remisión a la autoridad colegial o corporativa, vacía de todo contenido sancionador material propio, lo que es manifiestamente contrario a las exigencias del art. 25.1 de la Constitución, no puede decirse lo mismo cuando se trata de relaciones de sujeción especial, y menos en el caso actual en el que estamos ante una relación constituida por la delegación de potestades públicas a favor de entes corporativos dotados de amplia autonomía para actividades profesionales que tiene fundamento expreso en el art. 36 de la Constitución, y en cuanto a la garantía material absoluta de la indispensable predeterminación de las conductas infractoras y de sus correspondientes sanciones, es decir, la exigencia de “lex certa”, no se vulnera esa exigencia con la regulación de los supuestos ilícitos mediante conceptos jurídicos indeterminados siempre que su concreción sea razonablemente factible en virtud de criterios lógicos, técnicos o de experiencia que permitan prever con suficiente seguridad la naturaleza y las características de las conductas constitutivas de la infracción tipificada”.

Hoy es unánime la jurisprudencia de nuestros Tribunales de Justicia en el sentido de otorgar a los Colegios Profesionales habilitación suficiente para ordenar el ejercicio de la profesión, no sólo en rela-

ción a aspectos orgánicos de la misma, sino también respecto al establecimiento de limitaciones deontológicas a la libertad de ejercicio profesional de los colegiados.

En conclusión, no cabe duda de que las normas deontológicas aprobadas internamente dentro de la esfera de los Colegios y Consejos no son meros tratados de deberes morales, sino auténticas normas constitutivas de obligaciones de necesario cumplimiento por los colegiados, que no requieren para su eficacia ser publicadas en los Boletines o Diarios Oficiales, a diferencia de los Estatutos Generales o particulares de los Colegios.

Ahora bien, aunque no requieren publicación oficial, si es oportuno que sean conocidas, de forma fehaciente, por todos los colegiados, bien porque se publiquen en los boletines colegiales, bien porque se remitan directamente a cada colegiado, a fin de su efectividad en el ámbito de las relaciones Colegio-colegiado y para la aplicación del principio general de que la ignorancia de la Ley no excusa de su cumplimiento. Igualmente se requiere que su contenido sea específico por exigencia de los principios de seguridad jurídica y de certeza. Por la misma razón desde el momento que las normas deontológicas, sólo requieren su aprobación por la Asamblea General de Consejo General y no necesitan la aprobación por los órganos administrativos ajenos, y desde







el momento en que formalmente tampoco necesitan unas condiciones específicas, en su procedimiento de elaboración, puede admitirse que los acuerdos adoptados en la Asamblea General que aprueben normas deontológicas, aunque no guardan la forma de Código articulado, tienen la misma eficacia que el Código Deontológico siempre que guarden los presupuestos de la certeza y del conocimiento por todos los colegiados.

El propio Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial, de 1999, señala sobre el particular en su artículo 2, que los deberes que impone este Código, en tanto que sancionados por una Entidad de Derecho Público, obligan a todos los médicos en el ejercicio de su profesión, cualquiera que sea la modalidad en que la practiquen. El incumplimiento de alguna de las normas de este Código supone incurrir en falta disciplinaria tipificada en los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial, cuya corrección se hará a través del procedimiento normativo en ellos establecido, mientras que en su artículo 3 dispone que la Organización

Médica Colegial asume como uno de sus objetivos primordiales la promoción y desarrollo de la Deontología profesional. Dedicará atención preferente a difundir los preceptos de este Código y se obliga a velar por su cumplimiento.

Restaría por considerar aquí si con las normas contenidas en el Código Deontológico se agota el catálogo de normas de conducta profesional que el médico ha de observar.

En este sentido hay que señalar que evidentemente el Código forma parte de un conjunto normativo más amplio, que lo completa, lo desarrolla o le confiere mayor fuerza vinculante, si cabe. Entre esos documentos podríamos enumerar los propios estatutos colegiales de cada colegio profesional, los Estatutos de la Organización Médica Colegial y del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, y las propias declaraciones de la Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado, en tanto en cuanto las mismas tienen igual naturaleza normativa y carácter vinculante, según disposición final única del propio Código Deontológico.

Y a ella añadiríamos desde el punto de vista supranacional, las declaraciones y recomendaciones del Comité Permanente de los Médicos de la Comunidad Europea, de la Asociación Médica Mundial y los Principios de Ética Médica Europea de la Conferencia Internacional de Órdenes Médicas, entre otros.

**c) Las funciones de la Comisión Deontológica de acuerdo con lo previsto en los Estatutos del Colegio de Médicos de Madrid.**

Las mismas vienen definidas en el artículo 36.4 de los Estatutos del Colegio de Médicos de Madrid, que señala:

1. Asesorar a la Junta Directiva en todas las cuestiones y asuntos relacionados con materias de su competencia. En todas las cuestiones estrictamente éticas, valorará la existencia o no de transgresiones a las normas deontológicas, y tendrá que dictaminar preceptivamente antes de que la Junta Directiva adopte una decisión al respecto.

2. Informar, con carácter previo y reservado, en todos los procedimientos de tipo disciplinario, elevando la propuesta que considere oportuna, de acuerdo con lo previsto en los presentes Estatutos.

3. Emitir dictamen sobre los honorarios derivados del ejercicio de la profesión médica, y proponer, en su caso, unos criterios orientadores respecto a los mismos.

4. Asesorar al Pleno de la Junta Directiva sobre materia de publicidad médica y, en general, sobre los casos de competencia desleal.

5. Elaborar, en su caso, un Código Deontológico de aplicación en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Madrid, cuyo proyecto será aprobado por la Junta Directiva, quien lo trasladará a la Asamblea para su aprobación definitiva.

6. Promover acciones encaminadas a la mejora en el ejercicio de la profesión en materias de ética y deontología.

**d) Reflexión.**

Baste aquí con la aproximación efectuada, y por ella, con la necesidad de que:

- Es necesario que los Colegios de Médicos recuperen la confianza de la colegiación. Se impone analizar el escaso interés y distanciamiento que las organizaciones representativas despiertan en un amplio sector de la colegiación, en especial de los sectores más jóvenes.
- Es preciso rechazar con hechos la acusación de algunos medios de corporativismo y de protección sistemática de los errores de los profesionales. Hay un corporativismo bueno que debe potenciar, pues esa y no otra, la función primordial de los Colegios, la defensa de los intereses de los médicos; pero también debe rechazarse un corporativismo malo, contrario a la justicia y desacreditado ante la sociedad.
- Las relaciones entre los Colegios y las diferentes Administraciones Sanitarias deben partir de una idea clara y universalizada sobre la necesidad de colaborar mutuamente por el bien de la sociedad, y por una atención sanitaria siempre mejor y con decidida aspiración a la excelencia, excelencia que se habría de concretar sobre la base de un buen Código deontológico renovado y actualizado, que debería ser conocido por la sociedad.
- La sociedad tiene que conocer los deberes deontológicos de los médicos, así como los deterioros de la práctica médica a que ha conducido fenómenos tales como la saturación de los hospitales, la premura y los exiguos tiempos de consultas, u otras situaciones de las que no se puede hacer responsables a los médicos.
- Las relaciones entre la Administración de justicia a través de la Judicatura y los Colegios de Médicos a través de sus Comisiones Deontológicas deberían ser estimuladas. Es importante dotar a los jueces de una mejor comprensión de la ética médica y de la capacidad punitiva de los Colegios, con la finalidad de aliviar, hasta donde ello sea posible, la actual presión de las demandas judiciales contra los médicos.



**Juliana Fariña**  
*Presidenta del ICOMEM*



**Melchor Álvarez de Mon**  
*Presidente de la CCI*

**Acredita tu trabajo**

**Gana prestigio**

## Calidad y Garantía de Defensa

### NUEVO SERVICIO GRATUITO

### Para qué sirve?

La Comisión Científica y de Investigación del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid pone a tu disposición un mecanismo de validación voluntaria de todas aquellas actuaciones médicas, pautas profesionales, protocolos clínicos, consentimientos informados, quirúrgicos y de investigación que los colegiados realizan en el sistema público o privado dentro de las consultas o clínicas.

### Ámbito de aplicación

Puede ser individual o para un grupo de profesionales que unifiquen su actividad asistencial en el ámbito de la Sanidad Pública o Privada para el que se haya solicitado. Cada validación se aplicará en el ámbito indicado, ya sea hospitalario o extrahospitalario.

*\*200 primeros protocolos*

**Tu Colegio más cerca**

[www.cci.qualitasqualitatis.com](http://www.cci.qualitasqualitatis.com)

## ¿Qué ventajas aporta?

**PRESTIGIO Y CALIDAD:** Garantía de buena práctica para los pacientes.

**MEDIO DE DEFENSA:** La ratificación por la Comisión Científica y de Investigación del proceder clínico servirá de referencia a información de prestigio para la Judicatura en casos de denuncia por sospecha de mala práctica.

## ¿Cómo debo proceder para validar?

Directamente a través de la página de la CCI ([www.cci.qualitasqualitatis.com](http://www.cci.qualitasqualitatis.com)) o de la página Web del Colegio ([www.icomem.org](http://www.icomem.org)). Desde el apartado "Departamentos" se puede acceder a la Comisión Científica y de Investigación. Encontrará un menú sencillo que le guiará para iniciar su envío de documentación y posterior seguimiento.

## ¿Qué miembros la componen?

Presidida por el profesor Melchor Álvarez de Mon Soto y formada por más de 200 consejeros científicos de todas las especialidades médicas en todos sus ámbitos profesionales. Cuenta además, con su propia asesoría jurídica y farmacológica.



**Anímate y envía tu forma de trabajar**

**Solicita si se puede validar**

**Confirma que estás seguro y trabajas con calidad**

***cci@qualitasqualitatis.com***

*\*200 primeros protocolos*

**Tu Colegio más cerca**

**[www.cci.qualitasqualitatis.com](http://www.cci.qualitasqualitatis.com)**





# Neurology / Neurologie



¿Se imagina como **paciente grave** ante un hospital **sin médicos**?

¿Se imagina con un **siniestro**, ante una aseguradora **sin su mediador de seguros**?

**Repase sus seguros con nosotros**

**Ahorrá tiempo y dinero**

**Ganará seguridad y tranquilidad**



**UNITECO  
PROFESIONAL**

**CORREDURÍA DE SEGUROS**

**Tel.: 91 504 55 16**

**RECOMENDACIÓN UE 98/48/CEE CORREDURÍAS DE SEGUROS:** la competencia profesional de los mediadores de seguros (corredurías de seguros) constituye un elemento esencial para la protección de los tomadores de seguros y de todos aquellos que deseen contratar un seguro.

Diagnósticos



Tratamientos



Intervenciones

Porque sabemos que cualquier momento conlleva riesgos.

**Desde 1969 le ofrecemos el mejor seguro de**



## RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

con las más amplias  
**coberturas del mercado.**

Responsabilidad Civil Profesional / Responsabilidad Civil Explotación / Responsabilidad Civil Patronal  
Defensa y Fianza / Contraataque / Sumas Aseguradas por siniestro, sin límite de siniestros al año /  
Asistencia en Viaje / Responsabilidad Civil Privada en viajes / Retroactividad ilimitada



**UNITECO  
PROFESIONAL**

**CORREDURÍA DE SEGUROS**

Especializada en Médicos y Dentistas

Solicite información de precios según su especialidad.

C/ Pez Volador, 22 - 28007 Madrid. Tel. 91 504 55 16 / Fax: 91 504 15 66  
rcp@unitecoprofesional.es

REVISTA EXCLUSIVA PARA CLIENTES DE



**UNITECO**  
**PROFESIONAL**