**El dato** **Médicos** Se estima que en España hay aproximadamente unos 220.000 profesionales

**JUAN JOSÉ RODRÍGUEZ SENDÍN.** PRESIDENTE DE LA ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL

# "NO ES CIERTO QUE EN ESPAÑA HAYA ESCASEZ DE MÉDICOS"

PARA EL RESPONSABLE DEL CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS MÉDICOS, HACE FALTA UNA REESTRUCTURACIÓN DE PROFESIONALES SANITARIOS PARA CUBRIR LAS PLAZAS

▸ **Nuria Domínguez**

**En la actualidad, ¿cuáles son las principales preocupaciones de los médicos españoles y, de qué forma se les puede dar solución desde su puesto?**

–Con doscientos veinte mil médicos probablemente las preocupaciones son muy dispares, sobre todo porque es una profesión muy heterogénea. Por un lado, nos preocupa la Ley Ómnibus, que nos va a afectar a la estructura y a los mecanismos de control de la profesión médica. También nos preocupa sobremanera el tema de la entrada a nuestro país de profesionales médicos, ya que consideramos que el método utilizado para su homologación es inadecuado. Por último, nos preocupan los despropósitos que se han creado en relación a cómo se ha manejado la crisis sanitaria. Cada vez que ocurre una crisis sanitaria, se producen excesos provocados porque la comunicación al respecto no se utiliza de forma adecuada. Esto es motivo de reflexión.

**–¿Existe una importante escasez de médicos o todo pasa por una reestructuración de profesionales?**

–Es verdad que existe en algunas especialidades escasez de médicos pero con esto no se puede decir que existe falta de médicos. En España no existe falta de médicos. Lo importante es conocer dónde están los médicos, dónde sobran y dónde hacen falta. Y ver cuáles son las razones de por qué algunas plazas no se quieren cubrir. Existen realidades puntuales que nadie niega, pero es más una falta de reestructuración que una falta de profesionales sanitarios.

**–El Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos va a presentar un recurso contra el Decreto que redefine la actuación de las enfermeras y enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía, ¿de qué forma incurre ese proceso, según ustedes, en una ilegalidad?**

–El diagnóstico de enfermedades en un paciente es competencia exclusiva de los médicos. Con ello no decimos que mañana no pueda ser de los enfermeros, pero hoy por hoy no es así. Una cosa es la decisión de que prosperen estas competencias y otra cuestión es que se haga bien. Lo que no se puede hacer es que las competencias sanitarias de un enfermero en Andalucía cambien sin haber recibido una previa formación.

**–Concretamente ¿cómo considera que afectaría al ciudadano que el cuerpo de enfermería tuviese capacidad para prescribir recetas?**

–Nosotros no podemos cambiar las capacidades de la gente de un día para otro. Uno no tiene capacidades de la noche a la mañana con una orden ministerial. Se puede cambiar pero hay que poner en marcha los mecanismos oportunos para que eso no suponga un riesgo. Nos preocupa que a un ciudadano español se le atienda de una forma improcedente. Los pacientes tendrían una falta de seguridad ya que les estarían atendiendo gente que todavía no ha recibido una formación adecuada. Las competencias no se cambian con un decreto.

» Uno no tiene capacidades de la noche a la mañana con una orden ministerial"

**–Se está hablando últimamente del llamado turismo sanitario. Nos estamos olvidando de la burocratización de estos procesos. ¿de qué forma afecta esta situación al día a día de los médicos y cuál es su papel en la balanza de facturaciones que se hacen unos países a otros?**

–En lo referente a las urgencias no hay ningún problema, cualquier ciudadano sea español o no, que esté pisando nuestro país será atendido por la urgencia que precise. Cuando hablamos de turismo sanitario hablamos de atender procesos crónicos, sobre todo, en lo que respecta a intervenciones de larga duración. No nos parece justo que España sea el protector sanitario de los padecimientos crónicos de pacientes extranjeros. Una cosa son las urgencias y otra cosa es cuando, por ejemplo, te rompes una cadera. Los países de origen nos pagan lo que tienen que pagar cuando realmente el proceso sanitario lo requiera y sea totalmente imprescindible, pero en procesos crónicos de larga duración lo normal es que se trate en su país de origen. Lo primordial es atender a nuestros ciudadanos. Si no tuviéramos ninguna lista de espera sí podríamos ponernos a atender al resto de pacientes que lo necesitasen.

**–Si hablamos de estructura de la organización médica, ¿qué modelos de colegios prefiere el presidente de la OMC, los que persiguen el cumplimiento íntegro de las normas o los colegios de una élite de médicos?**

–Lo segundo no se llaman colegios. Nadie niega que esta profesión precisa de un control especial y que, por ello, es una de las profesiones más controladas en este momento. ¿Quién debe ser el regulador de la profesión médica? Por un lado yo creo que el poder político, aunque en este caso hablamos de co-regulación más que de regulación, y por otro lado, la propia profesión. Es imposible además realizar un control de los médicos si no es con carácter universal, porque todo el mundo que quiera salirse de la norma, lo único que tiene que hacer es descolegiarse. La única manera de someter a los principios que exige la ciencia y la profesión a nivel mundial, es que todo el mundo esté bajo los mismos parámetros. Porque uno que quiera hacer una irregularidad, lo único que tiene que hacer es salirse del marco regulador. Por ello, no hay posibilidad de control si no es a nivel universal. Es imposible controlar universalmente la profesión médica si no se controla a todos. ¿Esto quién lo tiene que hacer? El Estado tiene que crear las normas, pero la que debe realizar la regulación efectiva de la profesión, necesariamente tiene que ser la profesión médica.

**–¿Qué hace la OMC para potenciar la investigación sanitaria en Andalucía?**

–Nosotros potenciamos la investigación sanitaria en todo el Estado. Está dentro de un marco homologado en Europa y a nivel del mundo desarrollado. No es que no haya diecisiete medicinas en España, una por comunidad autónoma, que sería un disparate, sino que hay una sola medicina española que cumple y está regida por principios que rigen a toda Europa.

**–¿Cree que la sanidad privada española ofrece condiciones competitivas a los médicos?**

–Habría que ir caso por caso. Lo que sí que no lo produce es la medicina pública que es una de nuestras carencias que habría que hacer algo para relacionar trabajo y resultados con incentivos. En España, el que más trabaja no tiene por qué ser precisamente el que esté más motivado. El sistema retributivo público español de los médicos precisa una revisión. Pero en la privada, es muy heterogénea. El sistema privado puede competir con el público en algunas cosas sí y en otras no.

La motivación de CHIESI ESPAÑA es la creación de valor hoy y en el futuro, a través de la iniciativa y la innovación.

Nuestra política está orientada al cliente: buscando continuamente dar valor y percibir las necesidades de los clientes.

El Grupo CHIESI dedica el 15% de su facturación a I+D y fruto de este esfuerzo intensificará su compromiso de poner en el mercado nuevos fármacos al servicio de los pacientes; en concreto, actualmente están en investigación 7 nuevos fármacos en el área respiratoria.

*Chiesi llega más y mejor*