

ORDENACIÓN DE LAS PROFESIONES SANITARIAS

D^a Mercedes Hernández Soriano

En la actualidad existe un Proyecto de Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias que ha pasado el trámite del Congreso de los Diputados y actualmente se encuentra en el Senado para la aprobación de las enmiendas presentadas.

Como establece la Exposición de Motivos del Proyecto de Ley, la primera regulación de las profesiones sanitarias en España se remonta a mediados del Siglo XIX, en concreto el Reglamento para la Subdelegaciones de Sanidad Interior del Reino (24-7-1848), establece que estaban comprendidos dentro del ramo de la Sanidad las profesiones de Medicina, Farmacia y Veterinaria.

La ley de 28 de Noviembre de 1855, sobre el Servicio General de Sanidad, se instituyen los Jurados Médicos Provinciales de Calificación para prevenir, amonestar y calificar las faltas que cometieran estos profesionales en el ejercicio de sus facultades. Esta Ley y la Instrucción General de 12 de enero de 1904 establecen un “registro de profesionales” a cargo de los Subdelegados de Sanidad.

La Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 25 de Noviembre de 1944 dedica únicamente la Base 12 a la organización profesional de médicos, practicantes y odontólogos con la única previsión de la existencia de Corporaciones Profesionales.

La Ley 14/1986 de 25 de Abril, General de Sanidad solo se refiere a ejercicio libre de las profesiones sanitarias, sin afrontar su regulación, aunque prevé, como competencia del Estado, la homologación de programas de formación postgraduada, perfeccionamiento y especialización del personal sanitario, así como la homologación general de los puestos de trabajo de los Servicios sanitarios.

Con todo esto se pone de manifiesto el vacío legal que hace necesario y aconseja el tratamiento legislativo específico y diferenciado de las profesiones sanitarias cuanto más si tenemos en cuenta que lo que se desarrolla en la actividad de los profesionales sanitarios es el derecho a la vida, el derecho a la protección de la salud, etc.

Por otra parte la normativa de las Comunidades Europeas centrada en las Directivas sobre reconocimiento recíproco entre los Estados miembros de diplomas, certificados y otros títulos relativos al ejercicio de las profesiones sanitarias, subordinan el acceso de actividades sanitarias a la posesión de dichos Títulos que deben estar incluidos en nuestro derecho interno, a través de una norma con rango de ley.

Todo esto pone de manifiesto que era necesario la regulación de las condiciones de ejercicio y los respectivos ámbitos profesionales, y las medidas que garanticen la formación básica, práctica y clínica de los profesionales. En definitiva, lo que se pretenden con la ley de ordenación de las profesiones sanitarias es dotar al sistema sanitario de un marco legal, que contemple los diferentes instrumentos y recursos que hagan posible la mayor integración de los profesionales en el servicio sanitario tanto en el ámbito público como en el privado, para así lograr una mejora de la calidad de la atención sanitaria y garantizar que los profesionales sanitarios cumplan con los niveles de competencia necesarios para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud mandato que recoge el Art. 43 de nuestra Constitución.

El Proyecto de Ley reconoce como profesiones sanitarias aquellas que la normativa universitaria reconoce como titulaciones del ámbito de la salud y que en la actualidad gozan de una organización colegial reconocida por los poderes públicos.

Además lo que pretende no es determinar las competencias de las profesiones sanitarias de una forma cerrada y concreta sino que establece la existencia de pactos entre profesiones fundamentalmente debido a que en la actualidad existen organizaciones multidisciplinarias que deben evolucionar de forma no conflictiva.

Según la ley son profesiones sanitarias tituladas y reguladas aquellas cuya formación pregraduada o especializada se dirige específica y fundamentalmente a dotar a los interesados de los conocimientos, habilidades y actitudes

propias de la atención de salud, y que están organizadas en Colegios Profesionales oficialmente reconocidos por los poderes públicos.

Las profesiones sanitarias tituladas se estructuran en dos grupos: Nivel Licenciado y Nivel Diplomado:

- Licenciados en: Medicina, Farmacia, Odontología, Veterinaria y Ciencias de la Salud.
- Diplomados en: Enfermería, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Podología, Óptica y Optometría, Logopedia, Nutrición humana y Dietética.

Cuando por motivos de actividad, de mejora en la eficacia de los servicios sanitarios, o para adecuar la estructura preventiva o asistencial al progreso científico o tecnológico se hace necesario la creación de una nueva profesión sanitaria, podrán declarar como profesiones sanitarias otras no reguladas en la ley, mediante una norma con rango de ley.

Profesiones del área sanitaria de formación profesional:

- De grado superior: Técnico superior en Anatomía Patológica y Citología, Dietética, Documentación sanitaria, Higiene Bucodental, Imagen para el Diagnóstico, Laboratorio de diagnóstico Clínico, Ortoprotésico, Prótesis Dentales, Radioterapia, Salud Ambiental y Audioprotésis.
- De grado medio: Técnico en cuidados Auxiliares de enfermería y Farmacia

El ejercicio de una profesión sanitaria, por cuenta propia o ajena, requerirá la posesión del correspondiente título oficial que habilite expresamente para ello. Las funciones que puedan desarrollar estas profesiones son: asistencial, investigadores, docente, gestión clínica, prevención información y educación sanitaria. Deberán desarrollar a lo largo de su vida profesional una formación continuada y acreditar regularmente su competencia profesional.

El ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica y con las solas limitaciones que establezcan las leyes y los principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico y de acuerdo con los siguientes principios:

- Formalización escrita de su trabajo reflejado en la historia clínica que deberá ser común para cada centro y única para cada paciente atendido en el mismo.

Puede ser compartida entre profesionales, centros y niveles asistenciales.

- Unificación de los criterios de actuación basados en las evidencias científicas y soportadas en protocolos de práctica clínica y asistencial. Serán orientativos y actualizados.
- Deberán existir en los Servicios normas de funcionamiento interno escritas donde se definan los objetivos y funciones generales y específicas.

También regula la ley la relación entre los profesionales sanitarios y las personas atendidas por ellos, en la misma línea que los derechos de los pacientes que recoge la Ley de Sanidad en sus artículos.....

Incluye además la existencia de Registros públicos de profesionales que serán accesibles a la población y estarán a disposición de las Administraciones Sanitarias y serán establecidos por los Colegios Profesionales, Consejos autonómicos y Consejos Generales. Respetarán los principios de confidencialidad de los datos personales pero deberán permitir conocer el nombre, titulación, especialidad, lugar de ejercicio y otros datos que se establezcan como públicos.

Los criterios generales y requisitos mínimos de estos Registros serán establecidos por las Administraciones Sanitarias dentro de los principios generales que determine el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Funciones de los profesionales Sanitarios:

Licenciados: Prestación personal directa que sea necesaria en las diferentes fases del proceso de atención integral de la salud y en su caso la dirección y evaluación del desarrollo global de dicho proceso, sin menoscabo de la competencia, responsabilidad y autonomía propias de los distintos profesionales que intervienen en el mismo.

- Médicos: Promoción y mantenimiento de la salud, prevención, diagnóstico terapéutico y rehabilitación de los pacientes y enjuiciamiento y pronóstico de los procesos.
- Farmacéuticos: Producción, conservación y dispensación de los medicamentos y la colaboración en los procesos analíticos, farmacoterapéuticos y de vigilancia de la salud pública

- Dentistas: Promoción de la salud bucodental, prevención, diagnóstico y tratamiento de las anomalías y enfermedades de las estructuras dentales.
- Veterinarios: Control de la higiene y la tecnología en la producción y elaboración de los alimentos de origen animal, prevención y lucha en las enfermedades animales, particularmente la zoonosis y desarrollo de técnicas para evitar los riesgos que puedan tener en el hombre.
- También entran aquí: Psicólogos, Químicos, Biólogos o Bioquímicos.

Diplomados Sanitarios: Prestación personal de cuidados o servicios propios de su competencia profesional en las distintas fases del proceso de atención a la salud.

- Enfermeros: Dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud y prevención de enfermedades y discapacidades.
- Fisioterapeutas: Prestación de los cuidados propios de su disciplina a través de tratamientos con medios y agentes físicos, dirigidos a la recuperación y rehabilitación de personas con disfunciones o discapacidades somáticas y la prevención de los mismos.
- Terapeutas Ocupacionales: Aplicación de técnicas y realización de actividades de carácter ocupacional para potenciar o suplir funciones físicas o psíquicas disminuidas o perdidas y orientar y estimular el desarrollo de tales funciones.
- Podólogos: Diagnóstico y tratamiento de las afecciones y deformidades de los pies.
- Ópticos-Optometristas: Detección de los defectos de la retracción ocular, a través de su medida instrumental, utilización de técnicas de reeducación, prevención e higiene visual y adaptación, verificación y control de las ayudas ópticas.
- Logopedas: Actividades de prevención, evaluación y recuperación de los tras-

tornos de la audición, la fonación y el lenguaje.

- Dietistas-Nutricionistas: Actividades orientadas a la alimentación de las personas adecuadas a las necesidades fisiológicas o patológicas de acuerdo con los principios de prevención y salud pública.

Ejercicio profesional en las organizaciones sanitarias: Se regirá por las normas reguladoras del vínculo entre los profesionales y la organización, por los preceptos de esta ley y las demás normas legales que sean aplicables.

Los centros sanitarios revisarán como mínimo cada tres años que los profesionales sanitarios de su plantilla cumplen los requisitos necesarios para ejercer su profesión en orden a determinar la continuidad de la habilitación para seguir prestando servicios de atención al paciente.

Los Centros dispondrán de un expediente personal de cada profesional en el que se conservarán su documentación y al que el interesado tendrá derecho de acceso.

Para hacer posible la elección de médico los Centros Sanitarios dispondrán de un registro de su personal médico, del cual se pondrá en conocimiento en los usuarios el nombre, titulación, especialidad, categorías y función de los profesionales.

Cooperación multidisciplinar hace necesario la existencia de equipos de profesionales considerados como la unidad básica en la que se estructuran de forma unitaria o multiprofesional e interdisciplinar los profesionales y demás personas de las organizaciones asistenciales para realizar efectivamente y eficientemente los servicios que les son requeridos.

Las Administraciones Públicas establecerán los medios y sistemas de acceso a las funciones de gestión y dirección clínicas a través de los procedimientos en los que participaran los propios profesionales.

Tienen la consideración de funciones de gestión y dirección clínicas las relativas a la jefatura o coordinación de unidades y equipos sanitarios y asistenciales, las de tutorías y organización de formación especializada, continuada y de investigación y la participación en comités internos de los centros sanitarios dirigidos a asegurar la calidad, seguridad y ética asistencial, la continuada y coordinación entre niveles o el acogimiento, cuidados y bienestar de los pacientes.

El ejercicio de funciones de gestión y dirección clínicas estará sometido a la evaluación del desempeño y los resultados.

Las Administraciones Sanitarias establecerán los requisitos y procedimientos para la selección, nombramiento o contratación del personal de dirección. Establecerán mecanismo de evaluación del desempeño que se efectuara con carácter periódico.

Las Administraciones Sanitarias promoverán actividades de docencia e investigación en todos los centros sanitarios como elemento esencial para el progreso del sistema sanitario y de sus profesionales.

Podrán formalizarse convenios y concierto con el Instituto de Salud Carlos III con otros centros de investigación públicos o privados y con otras instituciones que tengan interés en la investigación sanitaria. También podrán llevar a cabo conciertos con las universidades para asegurar la docencia práctica de las enseñanzas sanitarias. Los centros sanitarios acreditados para la formación especializada deberán contar con una Comisión de Docencia y Jefes de estudios, coordinadores docentes y tutores de la formación que resulten adecuados en función de las actividades a desarrollar.

CARRERA PROFESIONAL

D. José Narváez Vila

I. INTRODUCCIÓN

- Partimos de una situación en España en la que los sistemas de Carrera Profesional de algunas comunidades autónomas se encuentran sólo diseñados, pero no suficientemente evaluados.
- Por otro lado nos encontramos con la necesidad de su implantación, como un mecanismo de mejora del reconocimiento y de la motivación de los profesionales que demuestran un mejor desempeño.
- Constituye una de las herramientas más importantes para mejorar nuestro Sistema Sanitario.
- El diseño y desarrollo de la Carrera Profesional será, probablemente, una de las decisiones estratégicas de mayor relevancia en los próximos años.
- Desde el punto de vista del Derecho Positivo se ha empezado a legislar sobre esta materia en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, en el Proyecto de Ley de Estatuto Marco y especialmente en el Proyecto de Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, que delimitan la legislación básica que debe ser desarrollada por las Comunidades Autónomas.

II. RÉGIMEN LEGAL:

*** Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (B.O.E nº 128 de 29 de mayo): Artículos 40 y 41.**

- Contempla la carrera profesional como uno de los factores del desarrollo profesional junto con la formación continuada y la evaluación de competencias.
- Define la carrera profesional como el derecho de los profesionales a progresar, de forma individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, investigación y

cumplimiento de los objetivos de la organización en la cual prestan los servicios.

- Se remite al Estatuto Marco en cuanto a la normativa básica aplicable.

*** Proyecto de Ley de Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud: Artículo 40.**

- Reconoce el derecho a la carrera profesional a todo el personal estatutario de los Servicios de Salud.
- La Competencia previa negociación con los Sindicatos, es de las Comunidades Autónomas.
- La Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud establecerá los criterios de homologación de la carrera profesional con el fin de garantizar el reconocimiento mutuo de los grados, sus efectos profesionales y la libre circulación.

*** Proyecto de Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias: Artículos 38, 39, 40, Disposición Adicional IV y Disposición Transitoria II.**

- Se regula la carrera profesional de los profesionales sanitarios:
 - Artículo 6: Médicos, Farmacéuticos, Dentistas, Veterinarios, Psicólogos, Químicos, Biólogos, Bioquímicos u otros Licenciados Sanitarios.
 - Artículo 7. Diplomados Sanitarios: Enfermeros, Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionales, Podólogos, Ópticos, Optometristas, Logopedas y Dietistas-Nutricionistas.
- El reconocimiento del desarrollo profesional será público.
- El sistema es voluntario.

- La competencia es de las Comunidades Autónomas dentro de los principios generales de la Ley:
 - Cuatro grados, con posibilidad de establecer un grado inicial previo.
 - La obtención del primer grado y el acceso a los superiores requerirá la evaluación favorable de los méritos y el resultado de la actividad asistencial.
 - Para obtener el primer grado hay que acreditar 5 años de ejercicio profesional.
 - La evaluación para el grado superior puede hacerse trascurridos 6 años desde la permanencia en un grado inferior.
 - En caso de evaluación negativa se puede solicitar una nueva evaluación a los 2 años.
 - La evaluación la hace un Comité específico creado en cada Centro.
 - La mayoría del Comité serán de la misma profesión sanitaria del evaluado así como evaluadores externos.
- Dentro de cada Servicio de Salud, estos criterios generales se acomodarán y adaptarán a las condiciones y características organizativas, sanitarias y asistenciales del Servicio de Salud.
- La carrera profesional de los centros sanitarios privados será supervisada en su implantación y desarrollo por la Administración Sanitaria.
- Los profesionales sanitarios que desarrollen su actividad exclusivamente a través del ejercicio profesional por cuenta propia, pueden acceder en la carrera profesional en la forma que se determine por la correspondiente Administración Sanitaria.
- El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud establecerá los criterios generales para la homologación de la carrera profesional en todo el Sistema Nacional de Salud especialmente en lo relativo a la denominación de los grados, a la valoración de los méritos y la composición de los Comités de Evaluación.

- Los efectos sobre la estructura y la cuantía de las retribuciones se negociarán con las Organizaciones Sindicales.
- El criterio general de aplicación del sistema es que en el plazo de 4 años a partir de la entrada en vigor de la ley deberán haberse iniciado los procedimientos para su implantación en todas las profesiones sanitarias previstas.

III. DECISIONES A TOMAR POR LOS SERVICIOS DE SALUD PREVIA NEGOCIACION CON LOS SINDICATOS:

- Posible diferenciación entre las carreras profesionales de Primaria, Especializada y Urgencias (Baremos, Evaluación, Retribución).
- Confluencia con los sistemas jerárquicos: exigencia o no de un grado para acceder a determinados puestos.
- Composición de las Comisiones de Evaluación por Centros.
- Creación o no de un grado previo al inicial.
- Establecimiento de Numerus Clausus especialmente en el período de implantación.
- Definición de las actividades asociadas a niveles: Asistencial, Docente, Investigadora, Formación, Motivación.
- Ponderación entre los distintos méritos en la promoción de niveles y evaluación.
- Establecimiento de incentivos no económicos: Año sabático, Asistencia a Congresos, Liberación de guardias, Actividad docente universitaria.
- Establecimiento de incentivos económicos: sistema retributivo.
- Exclusividad y prolongación de jornada, en su caso.
- Régimen sancionador: Posibilidad de descenso de nivel.
- Implantación: Periodo transitorio.

MODELOS RETRIBUTIVOS AUTONÓMICOS

D^a Alicia Cavero Combarros

1.- POLITICA Y SISTEMA RETRIBUTIVO.

Una política retributiva se puede definir como el conjunto de los principios y directrices de una organización que reflejan sus valores y cultura y que sirve para gestionar las materias relacionadas con la remuneración de su personal.

Por ello, la política retributiva se enmarca, sin ningún tipo de dudas, dentro de la política de personal de cualquier organización y, cómo no, dentro de la política de personal del Sistema Nacional de Salud. En este sentido se trata de una herramienta de la Dirección para mejorar la motivación y el rendimiento, buscando más que soluciones singulares, enfoques de conjunto de la propia organización, en los que se consiga un equilibrio entre los intereses del sistema y los de los trabajadores.

La mejor política retributiva será en consecuencia, aquella que mejor se adapte al planteamiento estratégico de la organización y, sobre todo, aquella que logre la gestión de la motivación y el rendimiento de los recursos humanos dirigidos a la consecución de objetivos.

En la actualidad el sistema retributivo del Sistema Nacional de Salud se sustenta en diversas normas de carácter administrativo que sigue la estela de las bases del régimen de retribuciones que se recogen en la ley 30/84 de Medidas para la Reforma de la Función Pública, que se configuran como normas básicas.

Además y de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 84.2 de la Ley 14/86, de 25 de abril General de Sanidad, el Estatuto Marco que se elaborará y aprobará para el personal de las Instituciones Sanitarias Públicas del Sistema Nacional de Salud, contendrá la normativa básica aplicable en diversas materias, entre ellas la correspondiente al sistema retributivo.

El Real Decreto Ley 3/87 de 11 de setiembre sobre retribuciones del personal estatutario del INSALUD, anticipó el nuevo régimen retributivo del personal sin perjuicio de que dicho régimen se recoja en el futuro

estatuto-Marco, de acuerdo con las bases establecidas en la ley 30/84. Esta figura normativa de carácter excepcional es desde entonces el principal referente de retributivo de los distintos servicios de salud que ha hecho posible avanzar en la modernización del sistema retributivo.

El 1 de enero de 2002 se transfieren las competencias en materia de Sanidad a 10 Comunidades Autónomas que aún no las tenían asumidas; con ello se abre una etapa en el ámbito del régimen laboral del personal y muy especialmente en el sistema retributivo. Actualmente los distintos servicios de Salud de estas 10 Comunidades Autónomas han cerrado mediante distintos acuerdos, un proceso negociación llamado de “homologación salarial”, que ha supuesto importantes mejoras retributivas para los profesionales de cada uno de ellos en los próximos años. Pero por otra parte, se está tramitando el anteproyecto de ley de Estatuto Marco y en su capítulo IX determina la estructura básica del futuro modelo retributivo del Sistema.

2- DESCRIPCION DE LOS MODELOS RETRIBUTIVOS AUTONOMICOS

Todas las CC. AA. a excepción de Navarra, que es una Comunidad Foral y en consecuencia con competencias propias sobre el régimen jurídico de sus funcionarios, tienen como base normativa el RD ley 3/87, sin embargo su desarrollo ha determinado hasta el momento diferencias retributivas.

El Servicio Andaluz de Salud:

- Ha sustituido el complemento de productividad fija aplicado por el INSALUD, al igual que el Servicio Valenciano de Salud, por el complemento específico denominado FRP, que retribuye la peligrosidad, la preparación técnica y la penosidad. El complemento específico tiene carácter voluntario para el facultativo y su percepción implica la dedicación exclusiva al sector.

- En cuanto a la atención continuada para el personal facultativo a partir de la sexta guardia realizada se incrementa su valor, dado que implica una mayor penosidad.
- Distintos acuerdos retributivos han permitido mejorar las retribuciones de sus profesionales, cabe destacar la implantación de la jornada de 35 horas y la regulación de los festivos especiales.

El Servicio Canario de Salud:

Su personal venía percibiendo las mismas retribuciones y con las mismas cuantías que el personal del INSALUD hasta la armonización retributiva de dicho personal con los funcionarios públicos de la CC. AA. Ello ha supuesto un importante incremento retributivo.

El Instituto Catalán de la Salud:

Se recogen además de los conceptos retributivos recogidos en el RD-Ley 3/87, otros conceptos implantados por el I. C. S., como el complemento de jornada completa que comporta la prestación de servicios en régimen de jornada de mañana y tarde.

El I. C. S. ha firmado un Acuerdo el 15 de mayo de 2003, en Mesa Sectorial sobre condiciones de Trabajo para el personal de las Instituciones Sanitarias en el que se define un nuevo modelo retributivo introduciendo además otras medidas para potenciar el desarrollo, la incentivación y promoción profesional.

La implantación del nuevo modelo retributivo del I. C. S., introduce como elementos innovadores: la carrera profesional, la valoración en la consecución de objetivos previamente fijados, el complemento de docencia, la polivalencia y la extensión del complemento específico a diversos grupos profesionales

El Servicio Gallego de Salud:

Mediante un acuerdo con las Centrales Sindicales se suscribe una mejora retributiva, desdoblándose el complemento específico en dos modalidades:

- Una de dedicación exclusiva.
- Otra denominada PRD, de aplicación a todas las categorías de personal, que retribuye la peligrosidad, penosidad, especial dedica-

ción o dificultad técnica y las condiciones de cada puesto de trabajo. Este complemento no supuso la desaparición del complemento de productividad fija como en Valencia o en Andalucía.

La Comunidad Foral de Navarra:

Al ser una Comunidad Foral, puede regular el régimen jurídico de sus funcionarios y, por tanto el del personal de los centros sanitarios, al estar dotados éstos de dicha cualificación mediante ley.

- Como consecuencia tanto el sueldo como los trienios son superiores al del resto de Comunidades.
- El complemento de destino y el específico presentan características propias.
- Todas las categorías tienen asignado reglamentariamente complemento específico, siendo éste un porcentaje del sueldo inicial. Si voluntariamente se opta por la exclusividad se incrementa el porcentaje de sueldo inicial que corresponde como complemento específico.

El Servicio Vasco de Salud:

- Recoge en sus conceptos retributivos los regulados por el RD- ley 3/87 y los aprobados a través de los acuerdos de regulación de condiciones de trabajo, como son el complemento de hospitalización (aplicable a colectivos clínicos que desarrollan su actividad a través de las áreas de hospitalización...)
- El complemento específico es de carácter voluntario e implica incompatibilidad.
- El complemento de productividad se ha regulado mediante el Decreto 206/92 estableciendo dos tipos de programas: uno de concertación interna o con recursos propios para la realización de procesos asistenciales fuera del horario ordinario con el fin de paliar las listas de espera, y un programa de autogestión o gestión participativa por objetivos.

El Servicio Valenciano de Salud:

- Ha sustituido el complemento de productividad fija por un complemento específico - A- de carácter generalizado. No supone dedicación exclusiva.
- Complemento específico por incompatibilidad, modalidad B, que implica disponibilidad horaria.
- Complemento específico modalidad C, que no supone incompatibilidad pero sí el compromiso de trabajar al menos seis tardes al mes.

3.- ACUERDOS RETRIBUTIVOS POSTRANSFERENCIALES EN LAS DISTINTAS CC. AA.

En lo que respecta al modelo retributivo en las Comunidades Autónomas transferidas en el año 2002, el principal acuerdo ha sido el incremento de los salarios para homologarlos a los distintos grupos de funcionarios locales, esto se ha hecho a través del Complemento de productividad fija y no se ha pedido nada a cambio.

La homogeneidad salarial no es estrictamente necesaria para garantizar la equidad del sistema en las prestaciones sanitarias, si bien es un elemento de cohesión a medio y largo plazo.

Su logro evitaría tensiones en la política retributiva de cada servicio de salud y disminuirá la movilidad de los profesionales en especial la de los de mayor cualificación, garantizando de esta manera la continuidad asistencial en cada ámbito territorial. Las mejoras retributivas en el SNS son necesarias considerando las que perciben otros profesionales del sector público, o de otros sectores con cualificación equivalente; o bien las retribuciones de los profesionales de salud en los países de nuestro entorno. Pero las mejoras han de ir asociadas a incrementos de la productividad media de cada profesional en su puesto de trabajo, en aras a buscar unos mayores niveles de eficiencia y de compromiso de éstos con el Servicio de Salud para el que trabajan y con la organización sanitaria de la que forman parte.

4.- BASES PARA EL FUTURO SISTEMA RETRIBUTIVO.

- En el Estatuto-Marco donde se establecen las normas básicas relativas al personal estatutario, se perfila un sistema retributivo estructurado en retribuciones básicas y retribuciones comple-

mentarias, respondiendo a los principios de cualificación técnica y profesional y asegurando el mantenimiento de un modelo común en relación con las retribuciones básicas. Estas (sueldo, trienios y pagas extraordinarias) serán iguales en todos los servicios de Salud y se determinarán cada año, en las correspondientes leyes de Presupuestos coincidiendo con las establecidas para los funcionarios públicos.

En cuanto a las retribuciones complementarias, se orientarán prioritariamente a la motivación del personal, a la incentivación de la actividad y la calidad del servicio, a la dedicación y consecución de los objetivos planificados. Fijas o variables, van dirigidas a retribuir la función desempeñada, la categoría, la dedicación, la actividad, la productividad y cumplimiento de objetivos y la evaluación del rendimiento y de los resultados, determinándose sus cuantías y los criterios para su atribución en el ámbito de cada servicio de salud.

Con independencia de cuales sean los escenarios en los que se perfilen los nuevos modelos retributivos parece conveniente sentar las bases que han de tenerse en cuenta a la hora de abordar el desarrollo de estas retribuciones complementarias

1- Retribuciones acordes con el perfil de los puestos de trabajo:

El sistema requiere una clasificación menos rígida de sus puestos de trabajo. Un buen sistema retributivo por puestos de trabajo ha de ordenar los mismos por niveles, asignando a cada uno una banda salarial que sea percibida como un reflejo real de la aportación de cada nivel a los objetivos de la organización en relación con los otros, con independencia de quien ocupe esos puestos.

2- Equilibrio entre retribuciones fijas y variables:

Es necesario mantener un punto de equilibrio entre las retribuciones fijas y variables. La retribución variable ha de estar ligada al cumplimiento de los objetivos del centro, de la unidad asistencial donde se ejerza la labor profesional y al rendimiento personal.

El peso de cada retribución en la estructura salarial ha de variar en función de los puestos de trabajo y especialidad.

3- Desarrollo de la carrera profesional:

La carrera profesional ha de armonizar las necesidades estratégicas de la organización con las de motivación del personal.

En anteproyecto de ley del Estatuto-Marco recoge en los criterios generales de la misma "que ésta supondrá el derecho de los profesionales a progresar de forma individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia y cumplimiento de objetivos de la organización a la cual prestan sus servicios".

El sistema necesita un modelo de incentivación a largo plazo que conjugue la antigüedad, los conocimientos, la capacidad, la aportación de cada profesional con una mejora retributiva en el tiempo asentada sobre bases objetivas y rigurosas.

4- Estructura simplificada y homogénea de conceptos retributivos.

La coordinación de las políticas de Recursos Humanos entre las CC .AA. requiere una cierta homogeneidad entre los conceptos retributivos, al objeto de permitir la comparación y análisis entre las mismas. Las características de cada CC .AA y la singularidad de cada centro de gasto no pueden ser obstáculo para articular un proceso de armonización que posibilite la homogeneidad salarial del sistema. Se trata de encontrar un equilibrio salarial en las distintas comunidades de lo contrario se puede generar una dinámica imparable.

5- El nuevo sistema retributivo que se perfila en el Anteproyecto de Ley y que habrá de ser desarrollado por las CC. AA. habrán de tener en cuenta:

- a- Retribución ligada a formación y cualificación necesaria para acceder a una determinada categoría de puestos de trabajo, (salario).
- b- Retribución por desarrollo del ejercicio profesional a lo largo del tiempo, por una parte los trienios en términos absolutos y el desempeño cualitativo de una carrera profesional.
- c- Retribución por las características del puesto de trabajo efectivamente desempeñado (destino y específico sin saber en muchos casos donde está la diferencia). ¿Hay que retribuir de forma específica la dedicación exclusiva a la Sanidad Pública?, ¿o por el contrario es mas efectivo exigir

un compromiso efectivo y leal con los intereses de la organización de manera que el ejercicio de actividades privadas no interfiera en ellos?

d- Retribución a los rendimientos.

En el marco de la mejora de los servicios públicos deben adquirir gran protagonismo. Si bien, es imprescindible para ello establecer sistemas adecuados de información que permitan la fijación clara de objetivos y la implantación de sistemas de evaluación en el cumplimiento de los mismos.

5- CONCLUSIONES Y REFLEXIÓN EN TORNO AL SISTEMA RETRIBUTIVO.

Después de analizar los distintos modelos autonómicos vigentes en la actualidad, son varias las cuestiones que se plantean respecto al sistema retributivo:

- 1- Es adecuado el actual modelo retributivo para remunerar a los profesionales que prestan sus servicios en el sistema nacional de Salud y es adecuado a la naturaleza y características de la organización sanitaria. Las retribuciones que perciben nuestros profesionales se corresponde realmente con su nivel de capacitación, experiencia y aportación en los distintos puestos de trabajo de los centros sanitarios del Sistema Público. ¿Es razonable las diferencias retributivas que existen entre distintas CC. AA. cuando los servicios que se prestan son los mismos?
- 2- El modelo que se establece en el anteproyecto de estatuto corregirá las disfunciones que se puedan generar o por el contrario la posibilidad de que las retribuciones complementarias sean desarrolladas por cada una de las Comunidades Autónomas será un elemento que encarezca notablemente los costes de personal y genere desigualdades en los profesionales del sistema...?
- 3- Estamos ante un tema de gran complejidad, no obstante el desarrollo de un sistema retributivo ha de ser una oportunidad para corregir ineficiencias estructurales y para abordar cambios organizativos tan necesarios como inaplazables ; parece necesario y adecuado situarlo o mejor abordarlo al mismo tiempo que otro tipo de mejoras profesionales no retributivas ni dinerarias: tiempo de trabajo, formación, acción social.

FORMACION CONTINUADA

D. Francisco Ferrero Casillas

1. CONCEPTO

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (BOE nº 128, de 29 de mayo de 2003) establece en el apartado V de su Exposición de Motivos, en relación con la planificación y formación de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud lo siguiente:

En lo relativo a los profesionales de la sanidad, destaca el carácter de elemento esencial del factor humano para llegar a tener un sistema sanitario moderno y de calidad.

La ley debe respetar las competencias de las CC.AA. en esta materia.

La regulación de la Ley debe tener en cuenta otros sectores normativos: como el educativo y el futuro estatuto marco del personal sanitario.

Las cuestiones que la Ley de cohesión y calidad del SNS deja esbozadas deben ser desarrolladas en las normas educativas y en el futuro estatuto marco del personal sanitario.

La formación continuada afecta al funcionamiento cohesionado del SNS y a las elevadas cotas de calidad que demanda la sociedad.

El artículo 34 de la Ley 16/2003 establece una serie de principios generales, en primer lugar:

La formación y el desarrollo de la competencia técnica de los profesionales deben orientarse a la mejora de la calidad del SNS.

Para ello se requiere:

- a) Colaboración permanente entre distintos sujetos intervinientes (AA.PP -educación, sanidad, trabajo y asuntos sociales- Universidades, sociedades científicas y las organizaciones profesionales y sindicales).

- b) Disposición de toda la estructura asistencial del sistema sanitario para ser utilizada en la docencia continuada de los profesionales.
- c) Revisión permanente de enseñanzas y metodología sanitaria, para la mejor adecuación de los conocimientos profesionales a la evolución científica y técnica y a las necesidades sanitarias de la población.
- d) Actualización permanente de conocimientos, orientada a mejorar la calidad del proceso asistencial y garantizar la seguridad del usuario.

La formación continuada se podría definir conforme a estos requisitos y principios, en el sentido de actualización permanente de conocimientos con la finalidad de mejorar la calidad del proceso asistencial.

El Boletín Oficial de las Cortes Generales, con fecha 11 de septiembre de 2003, publica el dictamen emitido por la Comisión de Sanidad y Consumo sobre el **Proyecto de Ley de ordenación de las profesiones sanitarias**, estableciéndose en el artículo 34 de dicho Texto, que la Formación Continuada es el proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios, que se inician al finalizar los estudios de pregrado o de especialización y que está destinado a actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios, ante la evolución científica y tecnológica y las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio Sistema Sanitario.

Del análisis del concepto podemos subrayar las siguientes **características** que deben darse en la Formación continuada:

- Se trata de un **proceso de enseñanza y aprendizaje**, donde deben darse los requisitos de **interacción activa** de los profesionales sanitarios, y de continuación o **permanencia** de dicho proceso

durante toda la carrera administrativa del personal afectado.

- El artículo 17. 1 c) del Proyecto de Ley de Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud configura la formación continuada como un **derecho individual** del personal estatutario. La formación debe ser adecuada a la función desempeñada y al reconocimiento de su cualificación profesional en relación con dichas funciones.
- El artículo 19 c) del Proyecto de Ley de Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud establece la **obligación** que tiene el personal estatutario de "Mantener debidamente actualizados los conocimientos y aptitudes necesarios para el correcto ejercicio de la profesión o para el desarrollo de las funciones que correspondan a su nombramiento, a cuyo fin **los centros sanitarios facilitarán el desarrollo de actividades de formación continuada.**"
- Como señala el artículo 13 f) del Proyecto de Ley de ordenación de las profesiones sanitarias en la formación de los profesionales sanitarios rige el principio de "actualización permanente de conocimientos, mediante formación continuada, de los profesionales sanitarios, **como un derecho y un deber de éstos. Para ello, las instituciones y centros sanitarios facilitarán la realización de actividades de formación continuada.**"
- Existen varios **elementos temporales** en el concepto, uno sustancial es la **continuación en el tiempo** de esta formación, pero otro, también es importante a la hora de diferenciar la formación continuada de otros tipos de formación, se trata del momento a partir del cual **se inicia** esta formación, esto es **al finalizar los estudios de pregrado o especialización.**
- En el concepto existe un elemento finalista que es la razón de ser la formación continuada, ya que este proceso está destinado a **actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes** de los profesionales sanitarios ante la **evolución científica y tecnológica** y las **demandas y necesidades**, tanto **sociales** como **del propio Sistema de Sanitario.**

2. PLANTEAMIENTO DE LAS CUESTIONES A DEBATIR SOBRE LA FORMACIÓN CONTINUADA

2.1. Antecedentes en el INSALUD

En una descripción histórica, en el INSALUD, anualmente, con cargo a los Presupuestos Generales del Estado, se descentralizaban créditos para la financiación de los Programas de Formación. Además, las Gerencias obtienen financiación de otras instituciones (becas FIS, programas de ayudas de las Comunidades Autónomas, ensayos clínicos, Cajas de Ahorro...).

Por ejemplo, en Atención Primaria, el diferente desarrollo y responsabilidades de las Gerencias en materia de formación, aconsejaron en 1995, la aprobación del Reglamento de la Comisión de Formación e Investigación en Atención Primaria que fijó para dichas Comisiones unas funciones, un régimen de funcionamiento, una composición y duración, así como la posibilidad de unas Comisiones Delegadas. Fue a raíz de esta reglamentación, cuando se inició el conocimiento, a nivel Central, de las actividades, profesionales participantes y costes de la formación continuada. No obstante, es con el Contrato Programa del año 1997 cuando se inicia un compromiso por parte de los Equipos Directivos de las Gerencias de Atención Primaria y la Dirección General, sobre la necesidad de que se elabore el Programa anual de Formación Continuada y la obligación de difundirlo entre los diferentes profesionales de su Área, así como entre las Organizaciones Sindicales de su ámbito territorial de gestión.

En la estructura del Ministerio de Sanidad y Consumo, establecida en el Real Decreto 1140/1996, las competencias en materia de formación continuada fueron atribuidas a tres Direcciones Generales: la Dirección General de Organización y Planificación Sanitaria tenía encomendada la función de planificar y promover las necesidades formativas de los profesionales, en función de los modelos organizativos y de gestión; la Dirección General de Recursos Humanos, de propuesta de programas de formación, promoción y desarrollo del personal, así como la gestión del plan anual de formación y la Dirección General de Atención Primaria y Especializada, la coordinación, desarrollo y control de los programas de formación continuada, formación posgraduada y de investigación.

Con estos antecedentes y con este soporte normativo se ha configurado una realidad fragmentada en la promoción de las actividades de formación continuada.

Con un grado de participación irregular, el INSALUD dispuso de un Consejo Superior de Formación que, compuesto por técnicos de las Direcciones Generales mencionadas, las Organizaciones Sindicales más representativas y presidido por el Subdirector general de Relaciones Laborales, tenía como finalidad básica “delimitar las líneas de formación del personal estatutario de las Instituciones Sanitarias, entendiéndose esta formación como aquella que se realiza para la mejora del desempeño del puesto de trabajo actual, aumentando la competencia profesional del trabajador”.

Desde 1997, este Consejo de Formación ha aprobado las cantidades presupuestarias que, con cargo al INSALUD, se han distribuido a propuesta de la Subdirección General de Relaciones Laborales, entre el personal de instituciones (Atención Primaria, Especializada), los créditos para cursos organizados por los propios Sindicatos y los Convenios con otras Instituciones, especialmente con la Escuela Nacional de Sanidad.

También existe otra fuente adicional para la formación continuada, que son las ayudas que se obtienen del Ministerio de Administraciones Públicas (M.A.P.)

2.2 Situación en las Comunidades Autónomas.

Después de las últimas transferencias en materia sanitaria, se ha completado el mapa de Servicios de Salud en todo el territorio nacional y los antecedentes del INSALUD pierden actualidad, sirviendo únicamente de referencia histórica.

Tomando como ejemplo el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), podemos constatar, al igual que en los demás Servicios de Salud, que coexisten diversas actividades de formación, en distintas entidades y órganos, con diferentes fuentes de financiación:

- El SESCAM tiene diseñado su plan de Formación, con financiación en sus partidas presupuestarias.
- Perdurando las ayudas anuales del Ministerio de Administraciones Públicas, a través del Instituto Nacional de Administración Pública.
- Las Gerencias, tanto en Atención Primaria como en Especializada, realizan distintas actividades de formación.
- Existe una vía externa de acciones formativas, aprovechando la colaboración de laboratorios, o por medio de financiación, también externa,

procedente de entidades financieras, Cajas de Ahorro, por ejemplo.

- Las Organizaciones Sindicales mediante de los fondos del INAP o con otra financiación también intervienen activamente en la formación continuada.
- El Instituto de Ciencias de la Salud, órgano integrado en la Consejería de Sanidad jerárquicamente dependiente de la Dirección General de Evaluación e Inspección, sin personalidad jurídica propia, que realiza las funciones que se le atribuyen en la Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha y en el decreto 189/2001, de 5 de octubre. Así, es una de sus funciones esenciales la formación de recursos humanos.
- Fundación para la investigación sanitaria en Castilla-La Mancha (FISCAM).
- Plan de formación de Delegados de Prevención, del Plan General de Prevención de Riesgos Laborales del SESCAM.
- Los diversos Colegios profesionales, deben ser, también, citados en este apartado.

2.3 Cuestiones a debatir:

1. ¿Existe o no uniformidad y un verdadero sistema de detección de necesidades formativas?
2. ¿Está homologado el sistema de formación continuada?
3. ¿La fragmentación y dispersión en la gestión de las acciones formativas es conveniente?
4. ¿La multiplicidad de agentes en dicha gestión interesa al sistema?
5. ¿Cuál es la capacidad de captación?

Habrá que debatir si estas cuestiones son fortalezas o debilidades del sistema de Formación Continua.

3. ACREDITACIÓN DE LA FORMACIÓN.

La pregunta práctica del profesional está referida a la valoración de la Formación Continua; esto es, la cuestión principal de la acreditación de la Formación, puesta en relación con la carrera profesional y con el sistema de retribuciones. Es decir ¿para que sirve la Formación? En la respuesta aparecen cuestiones de gran entidad, cuales son:

- Traslados y movilidad.
- Promoción interna.
- Un ejemplo es la O.P.E extraordinaria, La Ley 16/2001, de 21 de noviembre, estableció un proceso extraordinario de consolidación y provisión de plazas del personal estatutario. El objeto de dicha Ley es poner fin a la alta temporalidad que afecta a este personal.
- Permisos retribuidos con motivo de la realización de estudios o para la asistencia de cursos de formación o especialización que tengan relación directa con las funciones de los servicios sanitarios e interés relevante para el Servicio de salud (art. 61.3 y 4 Proyecto de Ley Estatuto Marco). En este sentido la obligación de que la formación sea durante la jornada de trabajo o que la acción formativa tenga la consideración de tiempo de trabajo (art. 37.2 Ley 31/1995 de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales) supone un componente de motivación para la realización de cursos formativos – “antiestrés”-
- Un campo donde la formación puede desempeñar un importante papel es en el **NUEVO DISEÑO DE LA CARRERA PROFESIONAL**, conforme a los criterios generales que se establecen en el art. 40 del Proyecto de Ley de Estatuto Marco, en relación con el Proyecto de Ley de ordenación de las profesiones sanitarias, así el art. 39.1 b) establece que, para la obtención del primer grado, se requerirá la evaluación favorable de los méritos del interesado, en relación con sus conocimientos, competencias, **formación continuada acreditada**, actividad docente e investigación

3.1 La acreditación interna.

La acreditación dentro de una misma Comunidad Autónoma, no implica mayores problemas, sería suficiente con una atribución de esa competencia de reconocimiento de las acciones formativas a un órgano de Administración regional, como puede ser la Consejería de Sanidad.

La Orden de 8 de noviembre de 2001, de la Consejería de Sanidad regula el reconocimiento de interés científico-sanitario para actos de carácter científico y técnico, señalando que en el caso de actividades de formación continuada, será condición

necesaria la acreditación previa de la actividad por el Sistema acreditador de la formación continuada de las profesiones sanitarias del sistema nacional de Salud, bien a través de la Comisión nacional o bien a través de la Comisión Autonómica de Castilla-La Mancha

3.2 La acreditación interadministrativa

La acreditación de la Formación Continuada, y la validez ante los distintos servicios de salud, es una de las cuestiones capitales, así como los criterios a tener en cuenta para la homologación de la acreditación de la formación en los diversos Servicios de Salud.

El Proyecto de Ley de ordenación de las profesiones sanitarias constituye la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias, con el fin de armonizar el ejercicio de las funciones que las Administraciones Sanitarias Públicas y demás instituciones y organismos ostentan en materia de formación continuada, así como coordinar las actuaciones que se desarrollen en dicho campo.

La Comisión de Formación Continuada

Formarán parte de esta Comisión las Administraciones Públicas representadas en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

La Comisión incorporará representación de los Colegios Profesionales. De las Universidades, del Consejo Nacional de especialidades en Ciencias de la Salud y de las Sociedades Científicas, en la forma en que reglamentariamente se determine.

En cuanto al funcionamiento de la Comisión, ésta elegirá a su Presidente y aprobará su Reglamento de Régimen Interior, adaptándose a lo establecido para los órganos colegiados en el Capítulo II del Título II de la Ley 39/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, sin perjuicio de las competencias de las Comunidades Autónomas.

El Ministerio de sanidad y Consumo prestará el apoyo técnico y administrativo necesario para el funcionamiento de la comisión, y nombrará a su secretario, que tendrá voz pero no voto en las reuniones de la misma.

Funciones de la Comisión de Formación Continuada:

a) Las de detección, análisis, estudio y valoración de las necesidades de los profesionales y del Sistema Sanitario en materia de formación continuada, de acuerdo con las propuestas de los órganos competentes de las Comunidades Autónomas, de las Sociedades Científicas y, en su caso, de las organizaciones profesionales representadas en la Comisión Consultiva Profesional.

b) Las de propuesta para la adopción de programas o para el desarrollo de actividades y actuaciones de formación continuada de carácter prioritario y común para el conjunto del sistema Sanitario.

c) Las de propuesta de adopción de las medidas que se estimen precisas para planificar, armonizar y coordinar la actuación de los diversos agentes que actúan en el ámbito de la formación continuada de los profesionales sanitarios.

d) Las de estudio, informe y propuesta para el establecimiento de procedimientos, criterios y requisitos para la acreditación de centros y actividades de formación continuada.

e) **Las de estudio, informe y propuesta para el establecimiento de procedimientos, criterios y requisitos para la acreditación y la acreditación avanzada de profesionales en un área funcional específica de una profesión o especialidad, como consecuencia del desarrollo de actividades de formación continuada acreditada.** –Art. 35.4.e)-

Por tanto, reside en esta Comisión la tarea fundamental del establecimiento de los procedimientos, criterios y requisitos para la acreditación. Es, por tanto, una cuestión pendiente, teniendo siempre en cuenta la necesidad de que los criterios y requisitos marcados sean los mismos para todo el Sistema.

El artículo 36 del Proyecto de Ley de ordenación de las profesiones sanitarias aborda la acreditación de centros, actividades y profesionales en los siguientes términos:

1º). **El Ministerio de Sanidad y Consumo y los órganos competentes de las Comunidades Autónomas**, en el ámbito de sus respectivas competencias, podrán acreditar actividades y programas de actuación en materia de formación continuada de los profesionales sanitarios, así como, con carácter global, centros en los que las mismas se impartan.

La acreditación, que deberá realizarse necesariamente de acuerdo con los requisitos, procedimiento y criterios establecidos conforme a lo previsto en el artículo

35.4.d) (párrafo marcado y subrayado), tendrá efectos en todo el territorio nacional, sea cual sea la Administración Pública que expidió la acreditación.

2º). En cualquier momento las Administraciones Públicas podrán auditar y evaluar los centros y las actividades de formación continuada que estén acreditados conforme a lo antes previsto

3º) Sólo podrán ser subvencionados con cargo a fondos públicos los centros y las actividades de formación continuada que estén acreditados conforme al procedimiento previsto más arriba.

Conforme a la citada Ley, sólo podrán ser tomadas en consideración en la carrera de los profesionales sanitarios las actividades de formación continuada, que hubieran sido acreditadas. No obstante las actividades de formación continuada de los profesionales sanitarios previas a la entrada en vigor de la Ley y que no hubieran sido acreditadas serán objeto de consideración por los comités encargados de valorar los méritos a dichos efectos.

La ley en proyecto garantiza el principio de independencia de que los organismos de acreditación de la formación continuada habrán de ser, en todo caso, independientes de los organismos encargados de la provisión de actividades de formación.

Al tratar de las credenciales de los profesionales y sus revisiones, éstas no sustituirán los procedimientos de formación, conocimientos y habilidades que serán necesarios para determinar los mecanismos de promoción y contratación.

En el artículo 37 del Proyecto de Ley se regulan los Diplomas de Acreditación y Diplomas de Acreditación Avanzada.

1. Las Administraciones Sanitarias Públicas podrán expedir Diplomas de Acreditación y Diplomas de Acreditación Avanzada, para certificar el nivel de formación alcanzado por un profesional en un área funcional específica de una determinada profesión o especialidad, en función de las actividades de formación continuada acreditada desarrolladas por el interesado en el área funcional correspondiente.

Los Diplomas de Acreditación y los Diplomas de Acreditación Avanzada, que deberán expedirse necesariamente de acuerdo con los requisitos, procedimiento y criterios establecidos conforme a lo previsto en el artículo 35.4.e), tendrán efectos en todo el territorio nacional, sea cual sea la Administración Pública que expidió el Diploma.

2. Las Administraciones Sanitarias Públicas establecerán los registros necesarios para la inscripción de los Diplomas de Acreditación y de Acreditación Avanzada que expidan. Tales Registros tendrán carácter público en lo relativo a la identidad del interesado, al Diploma o Diplomas que ostente y a la fecha de obtención de los mismos.

3. Los Diplomas de Acreditación y los Diplomas de Acreditación **Avanzada** serán valorados como mérito en los sistemas de provisión de plazas cuando así se prevea en la normativa correspondiente.

3.3 Cuestiones a debate:

1. Idoneidad del sistema de acreditación.
2. Establecimiento de criterios objetivos de acreditación.
3. Homologación en todas las Comunidades Autónomas
4. Intervención de distintos agentes
5. Acreditación y carrera profesional

4. LA FORMACIÓN CONTINUADA EN LA PLANIFICACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS

En primer lugar, después de lo expuesto, debemos concluir que la formación es necesaria a fin de actualizar conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios, para adaptarse a la evolución científica y al desarrollo tecnológico, así como a las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio Sistema Sanitario.

En la planificación y gestión de los recursos humanos que prestan servicios en los centros e instituciones sanitarias, la formación continuada supone, además, una obligación para la Administración que debe cumplir con sus empleados, ello implica si la formación continuada se realiza dentro de la jornada de trabajo, la realización de las correspondientes sustituciones, para que la prestación sanitaria no se resienta, pudiendo generar problemas en la gestión de personal, dada la escasez de efectivos, en algunas categorías y épocas del año. Además, debemos añadir el coste que ello implica.

Para paliar estos problemas existe la posibilidad de otras formas de enseñanza o aprendizaje permanente de los profesionales, enunciaremos algunos supuestos que pueden considerarse:

- Formación a distancia.
- Sistemas multimedia, Internet.
- Autoformación acreditada.

En todo caso, el éxito o fracaso de la formación continuada está íntimamente unido a su acreditación y al valor añadido o beneficio que, de forma real, pueda reportar al profesional.

La formación continuada debe estar en relación directa con un sistema sanitario de calidad, prestador de un servicio público. Conectado con la carrera profesional y con el sistema retributivo. En este sentido debemos poner en relación el grado alcanzado en la carrera profesional y el denominado complemento de carrera.

Tampoco, conviene olvidar que la Administración sanitaria es una Administración sujeta al principio de responsabilidad y que unos profesionales insuficientemente formados podrían acarrear diferentes tipos de responsabilidad.

Cuestiones de respuesta inaplazable:

1. Necesidad de formar. Obligación.
2. Planificación. Sustituciones. Coste.
3. Carrera y retribuciones.
4. Responsabilidades

5. OTROS AGENTES PARTICIPES EN LA FORMACIÓN CONTINUADA.

Hemos señalado como fortaleza o debilidad del sistema, la existencia de múltiples agentes en la formación continuada. Esta es una cuestión a debatir.

En este punto tendremos en cuenta:

La intervención protagonista de las **Organizaciones Sindicales** en esta materia es patente. Existe obligación de negociar con los sindicatos presentes en la Mesa Sectorial la determinación de los programas y fondos para la acciones de formación y perfeccionamiento.

Las Organizaciones Sindicales gestionan y ejecutan planes de formación con cargo a fondos propios y a fondos procedentes del INAP, en este sentido podemos citar el Acuerdo Administración –Sindicatos para el período 2003-2004 para la modernización y mejora de la Administración Pública, que dedica el Capítulo X a la formación Continua, donde se ratifica el III Acuerdo de Formación Continua en las Administraciones Públicas.

El coste financiero de los planes de formación promovidos por los Sindicatos supone una carga financiera, pero que tiene una contraprestación que se traduce en conseguir un clima de paz social que interesa mantener.

El Ministerio de Sanidad y Consumo y los órganos competentes de las Comunidades Autónomas podrán delegar las funciones de gestión y acreditación de la formación continuada, incluyendo la expedición de certificaciones individuales, en otras **corporaciones o instituciones de Derecho Público**, de conformidad con lo que dispone esta Ley y las normas en cada caso aplicables. En este sentido, el reconocimiento y facultades que

se atribuyen a los Colegios profesionales y otras instituciones de Derecho público es patente.

Por último dejar apuntado una vía importante de captación de financiación privada mediante la participación de patronos privados y fundaciones.

Cuestiones:

¿Interesa la dispersión en los agentes que participan en la formación?. Analizar la relación Coste/beneficio.

DERECHO A LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICAS

D. José M^a Ayerra Lazcano

La ley básica 41/2002, aborda la regulación de la autonomía del paciente, la información y la documentación clínica sobre la base de proclamar de un modo amplio los derechos a la información, derecho a la intimidad y confidencialidad y respeto a la autonomía del paciente. Constituye un desarrollo y un complemento necesario de la Ley General de Sanidad.

Es una ley que siendo básica, tiene por objeto dar cobertura a los contenidos que presentan otras leyes de Comunidades Autónomas que se le adelantaron en la iniciativa legislativa, si bien no deja de ser una regulación un tanto desigual: se proclaman derechos en términos muy amplios y por otra parte la regulación mas pormenorizada –donde podría haber aportado una regulación que fuera uniforme para todo el estado- no alcanza a todos los supuestos ni viene a zanjar los aspectos más polémicos que están en el origen de la misma.

Es de entrada una ley compleja por cuanto afecta al ejercicio de la medicina, por cuanto pretende poner orden en un amplio abanico de supuestos en los que están en juego conflictos de tipo ético.

Al tiempo que es una ley formalmente básica, decimos que se caracteriza de la siguiente forma:

- es de aplicación a todas las Comunidades Autónomas,
- son las Comunidades Autónomas las llamadas a establecer las normas de desarrollo y ejecución en cuanto sean precisas para la efectividad y aplicación de la misma,
- constituye una obligación de las Comunidades Autónomas la adopción de las medidas necesarias para la efectividad y aplicación de la misma,
- es una ley que prácticamente en su totalidad exige normas concretas para llevar a efecto la mayor parte de sus preceptos.

Desde su aprobación se ha producido otro hito normativo: La ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que incluye entre sus preceptos algunas referencias a la información; así por ejemplo:

- garantías de la información (art. 26 respecto al derecho a la información)
- intercambio de información (art. 56 con relación a las historias unitarias y accesibles desde cualquier punto de España)
- varias referencias a la información en relación con la vigilancia epidemiológica (57.4 se apunta la tarjeta sanitaria como portador de esa información)

Pero esta ley, además de estas referencias, contiene unos principios generales que vinculan igualmente a los derechos a los que nos referimos como son la prestación de servicios en condiciones de igualdad efectiva y calidad, coordinación y cooperación de las Administraciones Públicas sanitarias, igualdad de oportunidad y libre circulación de profesiones

Precisamente al poner en relación la ley básica 41/2002 con los principios de la ley de cohesión y calidad (art. 2) surgen algunas cuestiones a plantear:

a) Valoración sobre el impacto general de la ley básica y de las correspondientes leyes autonómicas propias.

En un primer acercamiento, podemos afirmar que estamos ante una ley necesaria, importante (algunos autores hablan de que marca el inicio de lo que llama la “era de la ciudadanía sanitaria”) y compleja. La pregunta no obstante que surge es hasta que punto ha cumplido su objetivo general, e incluso podemos plantearnos su encaje con los principios de la ley de cohesión

b) En qué aspectos se detectan las dificultades en cuanto al logro de los objetivos expuestos.

En este sentido, ya he dicho que la misma no ha terminado de resolver todas las dificultades que presenta

la garantía de la confidencialidad; Siguen habiendo incertidumbres importantes como las relativas a las anotaciones subjetivas, o los accesos a la documentación clínica.

Ahora bien, no se ha perdido una oportunidad importante para hacer una construcción jurídica única y completa respecto a los derechos de información y documentación clínica

c) Revisar cuales serian los desarrollos a realizar para una plena implantación de estas leyes.

En unos casos encontramos llamadas específicas a las Comunidades Autónomas, en otros a los centros, o a la Administración sanitaria en general.

Por otra parte, encontramos en la propia ley básica algunas llamadas al desarrollo; por ejemplo:

- información acerca de los derechos que tienen los usuarios del sistema sanitario
- establecer medidas en orden a que se respete la confidencialidad
- respeto a la capacidad del menor (que disminuya la remisión a criterios médicos)
- ensayos clínicos, reproducción humana asistida, embarazo
- registro de voluntades anticipadas
- información sobre servicios y unidades asistenciales, calidad y requisitos de acceso
- libre elección de medico y centro
- sobre la historia clínica
- mecanismos que garanticen la autenticidad del contenido de los cambios operados en ella así como la posibilidad de su reproducción futura
- adoptar medidas técnicas y organizativas para archivar y proteger las historias clínicas y evitar su destrucción o su pérdida accidental

- acceso autorizados
- procedimiento para que quede constancia del acceso a la historia clínica y de su uso
- regular la observancia respecto al acceso
- mecanismos de custodia activa y diligente de la historia clínica
- implantación de un sistema de compatibilidad
- régimen sancionador

Por ello me reafirmo en la necesidad y en la importancia de estas regulaciones, pero debemos ser conscientes de la necesidad de ahondar en un desarrollo meditado para su plena aplicación, y siempre desde la perspectiva general del objetivo de acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad efectiva. En definitiva la ley básica no supone un estatuto jurídico completo y cerrado en la materia; por el contrario sigue habiendo incertidumbres y puntos a clarificar.

Para entrar a la puesta en común de los participantes en la mesa, el debate se dirige a dos objetivos: detectar las deficiencias o dificultades que presenta la regulación estatal, y en segundo lugar, enlazando con aquellas, los desarrollos que se advierten como necesarios para una correcta ejecución de la misma.

Se apuntan algunas cuestiones:

1/ Necesidad de regular lo concerniente a las denominadas "anotaciones subjetivas" de los médicos que pueden retirarse de la historia clínica.

2/ El acceso a las historias clínicas constituye sin duda el contenido más novedoso de la ley; se advierte sin embargo que siguen presentado algunas dificultades.

3/ Tratamiento del Menor.

4/ Conservación de la historia clínica.

VOLUNTADES ANTICIPADAS: SU REGULACIÓN Y DESARROLLO

D. José M^a Ayerra Lazcano

La Ley básica 41/2002, la caracteriza, de modo esquemático, de la siguiente forma:

- Manifestación anticipada de voluntad
- Expresa, por escrito
- De una persona mayor de edad, capaz y libre
- Para el caso de que no se encuentre en situación de manifestarlo verbalmente
- Sobre cuidados de salud y tratamientos
- O para establecer el destino de su cuerpo después del fallecimiento
- Puede designar un representante que sirva de interlocutor para su cumplimiento
- Puede revocarse libremente en cualquier momento dejando constancia por escrito
- No serán aplicables las disposiciones contrarias al ordenamiento jurídico, la *lex artis* ni las que no se correspondan con el supuesto señalado
- Realiza varias remisiones a un desarrollo posterior, como es:
 - * (A los servicios de salud) Elaboraran procedimientos para garantizar su cumplimiento
 - * El establecimiento de Registros autonómicos
 - * El establecimiento de un Registro Nacional

La normativa básica ha sido objeto de algunos desarrollos autonómicos, como es el caso de Cataluña, Aragón, Navarra, País Vasco y Andalucía, además de otras leyes ordenadoras de la sanidad que contienen algunas previsiones en esta materia (La Rioja, por ejemplo).

En toda esta regulación autonómica se advierten algunas diferencias sobre las cuestiones que abordan:

Definición de las voluntades anticipadas:

En unos casos más genérica: (ARAGÓN, CATALUÑA, NAVARRA) la delimita como “manifestación de

instrucciones a tener en cuenta cuando se encuentre en situaciones que las circunstancias no le permitan expresarse personalmente”; en otros casos (PAIS VASCO) se refiere a ellas como “expresión anticipada de sus deseos respecto a ciertas intervenciones medicas”.

Otras han incorporado algunos contenidos de modo más explícito para estos documentos, como veremos a continuación:

(PAIS VASCO)

- instrucciones sobre su tratamiento
- manifestar sus objetivos vitales y valores personales en orden a interpretar las instrucciones
- las instrucciones pueden referirse tanto a una enfermedad o lesión e incluir previsiones relativas a las intervenciones medicas acordes con la buena practica clínica que desea recibir o no recibir y otras cuestiones relacionadas con el fin de la vida

(NAVARRA)

- se podrán incorporar manifestaciones para que, en el supuesto de situaciones críticas, vitales e irreversibles respecto a la vida, se evite, el sufrimiento con medidas paliativas aunque se acorte el proceso vital, no se prolongue la vida artificialmente por medio de tecnologías y tratamientos desproporcionados o extraordinarios, ni se atrase abusiva e irracionalmente el proceso de la muerte
- deseos previamente expresados sobre actuaciones medicas para cuando no pueda expresarlos mediante el consentimiento informado

(LA RIOJA)

Las incluye dentro de lo que llama “derechos del enfermo o usuario en proceso terminal”: a morir en pleno uso de sus derechos y especialmente el que le permite

rechazar tratamientos que le prolonguen temporal y artificialmente la vida.

Capacidad del otorgante:

En general atribuyen capacidad para otorgarla a toda persona mayor edad no incapacitado, excepto Navarra y Andalucía que recoge la expresión "mayor de edad o menor al que se le reconoce capacidad conforme a la presente Ley Foral"

Formalización:

Podrá formalizarse ante notario o en documento privado ante tres testigos (ARAGÓN, CATALUÑA, NAVARRA) y otras Comunidades prevén que, además, (PAIS VASCO) pueda formalizarse ante el funcionario o empleado encargado del Registro de Voluntades Anticipadas.

(LA RIOJA) Debe formalizarse en documento notarial en presencia de tres testigos mayores de edad, que para ser vinculante deben ser inscrito.

Lugar de presentación:

Parra su presentación se precisa solicitud del interesado ante el Registro adjuntando una documentación justificativa de todas sus exigencias (CATALUÑA, NAVARRA); en el caso de ARAGÓN se refiere a la presentación en el centro sanitario (que a su vez se trasladara al Registro)

En el caso del PAIS VASCO distingue esta forma de presentación de aquellos documentos que se entreguen en el centro donde sea atendido

Designación de representante:

(PAIS VASCO) Contempla los supuestos de designación de representante a favor del cónyuge o pareja de hecho y el modo de actuar en los casos de disolución que deberá constar en un documento.

Comisiones de valoración:

(ARAGÓN) Introduce esta figura específica que puede constituirse en los centros sanitarios para valorar los documentos de voluntades anticipadas.

(NAVARRA) Hace una remisión a los Comités Éticos Asistenciales a la hora de encomendar la función de resolver las cuestiones que puedan suscitarse.

Actuaciones complementarias

Se prevén acciones en temas como: formación de los profesionales, guías de funcionamiento explicativas.

REGISTRO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

Una mención especial merece la figura del Registro de Voluntades Anticipadas. Expondré sucintamente la regulación del mismo en aquellas Comunidades que lo contemplan para pasar seguidamente a la experiencia de Navarra en su puesta en funcionamiento.

Objeto

Organo administrativo en el que a petición del interesado se inscriben los documentos de voluntades.

Es un Registro de Documentos

Su aportación es un conocimiento ágil y rápido por todo el sistema sanitario.

Procedimiento:

Presentado por:

(ARAGÓN) Familiares, allegados o representante con escrito de solicitud y la documentación acreditativa de todos los requisitos.

(CATALUÑA) (PAIS VASCO) Mediante solicitud del otorgante.

Inscripción:

Una vez presentada, el responsable del registro comprueba los datos y la documentación, dando un plazo para subsanar en su caso; silencio positivo (ARAGÓN, CATALUÑA, NAVARRA)

Acceso al Registro:

El otorgante y el representante legal. El médico que preste asistencia debe solicitar información al Registro para conocer si existe inscripción, aunque figure una copia en la historia (ARAGON, CATALUÑA)

NAVARRA

Entrando en la experiencia de Navarra en la puesta en funcionamiento de un Registro se advierten algunos problemas prácticos:

a) Es un registro administrativo: por lo tanto sometido a las formalidades y rigores –y también las garantías– del procedimiento administrativo. En este sentido el *iter procedimental* viene a ser:

* Presenta la solicitud

* Se comprueba si esta toda la documentación exigida y en su caso se da plazo para subsanar

* Se comprueba la correcta identificación de todos los intervinientes (sirviéndose de DNI compulsado y firma)

* Se puede presentar directamente en el Registro de Voluntades Anticipadas o a través de cualquier Registro Oficial de la Administración, como cualquier otro documento.

El resultado en general es que resulta excesivamente burocratizado.

b) Por su propia naturaleza y las exigencias propias del entorno sanitario se plantea la necesidad de eficacia. Esta eficacia se ve condicionada por algunas características legalmente definidas:

- La actividad de registrar implicar dos tipos de datos: el dato consistente en que se ha inscrito un documento de voluntades anticipadas, y el dato consistente en el contenido de sus manifestaciones.

- Los accesos al Registro tienen que ser factibles desde múltiples puntos: centros públicos y privados, de toda España, a cualquier hora del día en el que sea necesario, y en unas condiciones que garanticen la confidencialidad (por lo tanto restringido).

- La presentación del documento para su inscripción puede realizarse en puntos múltiples y muy distintos: en la mayoría de los casos –excepto en el caso de La Rioja– puede presentarse en el Registro, pero también directamente en el hospital (que se incluiría en la Historia Clínica), o puede hacerse a través de cualquier Registro Oficial de las Administraciones Públicas como cualquier otro documento.

c) Suscita un problema específico, acerca de dónde se conservan y en qué condiciones se accede a los documentos de voluntades anticipadas/instrucciones previas. A este respecto, cabe apuntar solo unas líneas generales:

- La Historia Clínica parece ser el lugar natural para que conste su existencia (no necesariamente su contenido, puesto que es algo distinto de la historia clínica)

- Las perspectivas más avanzadas respecto al acceso al mismo apunta a Internet como la vía más accesible, complementado con procedimientos de comunicación seguros y previa acreditación de un password (tal es el caso de CATALUÑA)

Conclusiones de las Mesas de Trabajo

MESA DE TRABAJO: CATÁLOGO DE PRESTACIONES Y OTROS DERECHOS SANITARIOS

GARANTIAS DE LAS PRESTACIONES: EN PARTICULAR, LAS LISTAS DE ESPERA. ASIMETRÍA DE LAS PRESTACIONES Y SU FINANCIACIÓN.

Por la interrelación entre el catálogo de prestaciones, su alcance en términos de igualdad y equidad, y su financiación, las dos cuestiones enunciadas correspondientes a las dos primeras sesiones de trabajo se trataron conjuntamente.

1. La primera reflexión que surge, partiendo de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, es la de su vigencia temporal, después de que sobre estas materias se hayan producido con antelación regulaciones por distintas Comunidades Autónomas, con la eventualidad de que pudieran surgir conflictos de aplicación territorial del derecho estatal y del derecho propio de cada Comunidad Autónoma. No obstante, se está en el convencimiento de que la regulación completa se obtiene de la suma de uno y otro ordenamiento.

2. En lo referente a las garantías de las prestaciones y, en concreto, a la garantía de tiempo máximo de espera, como medio para hacer efectivo el derecho de acceso a las prestaciones, minimizando los aspectos negativos de las listas de espera, se analiza las regulaciones legales y reglamentarias de las Comunidades Autónomas (Navarra, Andalucía, Castilla-La Mancha y Cataluña), de entre las que destacan los modelos de Andalucía y de Castilla-La Mancha, que prevén una opción por la asistencia privada, con determinados límites, caso de superarse el plazo de garantía.

a) A la vista de las diferencias apreciadas tanto en los plazos de espera como en las respuestas a la superación de los mismos (asistencia especializada programada o procedimientos quirúrgicos), se concluye que, con independencia de su efecto altamente positivo, es una manifestación legítima, entre otras, de las asimetrías de las prestaciones.

b) En cuanto al ejercicio por el usuario de la opción por la asistencia sanitaria privada, una vez superado el

plazo de garantía, y ante la obligación de la Administración Pública de hacer frente a los gastos derivados de aquélla, se plantea la disyuntiva sobre si esa asistencia tiene el carácter de asistencia pública (teniendo en cuenta que, en algún caso, se suscribe un concierto con el centro sanitario privado elegido por el usuario) o si se trata de una prestación enteramente privada, siendo difícil considerar servicio público el supuesto en que el usuario opte voluntariamente por una asistencia de esas características, lo cual no implica suspensión ni pérdida de su derecho de acceso al servicio público sanitario, ya que si la opción no se ejercita, la Administración Pública correspondiente estará siempre obligada a prestar la asistencia conforme a sus propios medios, mediante gestión directa o indirecta en cualquiera de sus modalidades.

3. Sobre la financiación de las prestaciones sanitarias, una vez consolidada su separación de las fuentes de financiación del Sistema de Seguridad Social de carácter contributivo, pasando la asistencia sanitaria a partir de 2001 a financiarse vía impuestos, incluida la corresponsabilidad fiscal de las CC. AA., se concluye que:

a) Debe derogarse el capítulo IV -asistencia sanitaria- de la Ley de Seguridad Social de 1974, aún vigente, dada la configuración universalista y no contributiva del Sistema Nacional de Salud, totalmente distinta a la del Sistema de Seguridad Social, aún cuando éste sea una vía de cobertura.

b) El reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria debe hacerse por las Comunidades Autónomas.

c) La financiación debe efectuarse exclusivamente a través de impuestos directos que tenga en cuenta criterios de justicia distributiva, excluyéndose recurrir a tributos finalistas o indirectos.

MESA DE TRABAJO VOLUNTADES ANTICIPADAS: SU REGULACIÓN Y DESARROLLO

A partir de una presentación general de la regulación de esta materia, constituida por un artículo de la Ley básica 41/2002, así como por la regulación autonómica elaborada por Cataluña, Aragón, País Vasco, Navarra y, recientemente, Andalucía, se aborda cual es el alcance que puede llegar a tener la institución jurídica “instruc-

ciones previas" o "voluntades anticipadas" en cuanto manifestación de la autonomía del paciente, alcanzándose las siguientes conclusiones:

1. Se constata una coincidencia en calificar de tibia la regulación contenida en estas normas, en el sentido de no abordar situaciones varias y, en consecuencia, de no suministrar instrumentos para resolver los conflictos que surjan en torno a actuaciones que se engloban dentro de lo que viene denominándose, aun cuando de forma poco precisa, de eutanásicas.

2. Por el contrario, se estima que la reciente ley andaluza supone un importante paso adelante, por cuanto, al delimitar el alcance de las voluntades anticipadas abarca a todas aquellas que se manifiesten siempre que no contravengan el ordenamiento jurídico general, sin referencia por tanto a la buena práctica clínica, concluyéndose que esta regulación podría dar entrada a posicionamientos de eutanasia pasiva. Paralelamente, se defiende que la ley andaluza no debe ser desplazada por el carácter básico de la ley 41/2002.

Es opinión generalizada que, en todo caso, se ha iniciado una andadura hacia el reconocimiento de la eutanasia tanto pasiva como activa, para lo que habrá de estarse a la interpretación y desarrollos que vayan produciéndose en el futuro.

3. Sobre otras cuestiones menores, se hace hincapié en que para ser efectiva y para ser instrumento de ejercicio de la autonomía de la voluntad es necesario que las voluntades anticipadas no sean meras declaraciones genéricas, sino que se refieran a aspectos concretos del proceso clínico.

4. Se destaca la oportunidad de poder disponer de un representante designado en el documento de voluntades anticipadas, que haga, llegado el caso, de interprete o interlocutor del otorgante imposibilitado de hacerlo personalmente.

5. De otro lado, se apunta que esta institución añade poco respecto de otros supuestos excepcionales o de aquellos otros con una especial singularidad, como puede ser el caso de los Testigos de Jehová, cuya problemática se encuentra en la actualidad mejor encauzada mediante los últimos pronunciamientos del Tribunal Constitucional y de los tribunales ordinarios.

6. A propósito de las condiciones de conservación del Documento de Voluntades Anticipadas, se concluye que el lugar adecuado es la historia clínica, en la que debería constar una anotación de que existe. Ello, sin

perjuicio de organizar paralelamente un procedimiento de archivo y consiguiente acceso rápido y ágil en respuesta a la petición del facultativo interviniente. En este sentido, respecto de la organización del Registro de Voluntades Anticipadas se advierte la existencia de algunas dificultades derivadas del régimen tan abierto de elaboración, modificación y revocación. En todo caso, se apunta la conveniencia de utilizar soportes informáticos o a través de internet.

MESA DE TRABAJO. DERECHO A LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICAS

Como posicionamiento de partida sobre la ley 41/2002, se afirma acerca de la misma lo siguiente:

a) Que ha sido sentida como una regulación necesaria y ampliamente reclamada en cuanto desarrollo y complemento de la Ley General de Sanidad.

b) Que va por detrás del debate social, jurídico, jurisprudencial, etc. En este sentido, el motor de ese debate ha sido la autonomía de la voluntad, la reafirmación de los derechos individuales, la humanización de la asistencia sanitaria, que es lo que late en el fondo de todas las consideraciones que ha merecido el consentimiento informado; a las que se han ido sumando otras cuestiones "a golpe de actualidad" (confidencialidad de las historias clínicas, usos y acceso a la misma, alcance del derecho a la información, y, finalmente, el testamento vital).

c) Que por ello mismo tiene un contenido muy variado y una aplicación compleja en el sentido de estar expuesta a una casuística muy rica.

d) Que como ley básica ha pretendido dar cobijo a las regulaciones autonómicas existentes, pero que, a la par, remite su desarrollo a la acción legislativa de las Comunidades Autónomas. Se hace notar que la reciente Ley de Cohesión no ha abordado ningún desarrollo o complemento de la misma, limitándose a unas escasas referencias genéricas a la información a los pacientes y usuarios.

Así las cosas, el debate se centra en torno a dos objetivos: detectar las deficiencias o dificultades que presenta la regulación de la ley estatal, para, seguidamente, enlazando con las mismas, precisar los desarrollos que se advierten como necesarios para una correcta ejecución de la legislación reguladora. Conforme a este planteamiento se pusieron de manifiesto las siguientes ideas:

1. Respecto de las denominadas “anotaciones subjetivas” de los médicos susceptibles de ser suprimidas de la historia clínica, se apunta la necesidad de definir con precisión qué son y cómo se gestionan, y en concreto quien decide lo que se suprime. Se afirma que, en cualquier caso, estas cuestiones no pueden quedar en manos del propio médico y que su interpretación debe ser excepcional.

2. El acceso a las historias clínicas constituye sin duda el contenido más novedoso de la ley. Se advierte, sin embargo, que su regulación sigue presentado algunas dificultades. Así, no aborda una solución para el acceso con fines judiciales; e incluso contiene olvidos, como, por ejemplo, en lo que se refiere al acceso de las compañías aseguradoras en relación con las demandas de Responsabilidad Civil. Además, se valora como desigual la regulación del acceso a las historias clínicas en general y particularmente respecto de los fallecidos, considerándose excesivamente abierta la relativa a los fallecidos.

3. Respecto de los menores, aun reconociéndose que se ha avanzado en su regulación, se advierte que sigue abierta una parte de la polémica en relación a la problemática que presenta el “menor maduro”. También se pone de manifiesto la contradicción existente en varios puntos de la ley entre el carácter autonomista que la fundamenta e inspira y algunos preceptos que siguen manteniendo un marcado carácter paternalista, como es el caso de la previsión en términos muy taxativos del “privilegio terapéutico”.

4. En cuanto a la conservación de la historia clínica, se considera inadecuado el plazo de cinco años, toda vez que si bien cubre el periodo de prescripción de la acción penal, no cubre, sin embargo, el de la acción civil.

5. Aun cuando la ley no contiene un posicionamiento expreso sobre la propiedad de la historia clínica, se entiende resuelta la cuestión en la medida en que proclama que el titular de la información es el paciente, que es quien tiene el derecho de acceso a la misma, y en atención a la contundente obligación de conservación y custodia de la misma.

6. Por algún participante se pone de manifiesto la dificultad práctica para dar cumplimiento a todas las obligaciones en materia de información, lo que da pie para matizar que todas las remisiones al desarrollo que contiene esta ley no requieren, en todo caso, de la elaboración de disposiciones normativas sino que, por el contrario, su puesta en marcha exige en muchos casos la adopción de medidas puramente organizativas o técnicas, incluso no

ya en el ámbito de cada Comunidad Autónoma sino de cada centro o incluso servicio.

7. Finalmente, se pone de manifiesto los olvidos, la falta de información y difusión, e incluso en muchos casos de colaboración de las Administraciones Públicas, en orden a hacer efectiva esta ley en el ámbito de la medicina privada, a la que también le es de aplicación.

8. Enlazando con todo lo anterior, se llama la atención sobre la conveniencia de desarrollar actividades formativas para el personal sanitario en orden a clarificar los derechos y deberes que asisten en relación con la información y documentación clínica y las consecuencias de su incumplimiento.

MESA DE TRABAJO. LA COHESIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

EL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: NATURALEZA Y FUNCIONES.

Los miembros de la Mesa de Trabajo sobre el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud han concluido lo siguiente:

1. Su convencimiento pleno de que el Consejo Interterritorial es el órgano central de vertebración del Sistema Nacional de Salud, de cuya adecuada articulación depende en buena medida el funcionamiento coherente, armónico y solidario del sistema sanitario en su conjunto.

2. Su convencimiento, asimismo, de que la culminación del proceso de transferencias sanitarias a todas las Comunidades Autónomas exigía revisar en profundidad la naturaleza, composición y funciones del Consejo Interterritorial, exigencia que constituía uno de los principales retos a los que debía responder la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

3. Su preocupación por el hecho de que, ante esta exigencia, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud se limita a revisar la composición del Consejo Interterritorial y, lejos de reforzar su carácter de órgano rector del Sistema a través del cual se articula la participación del Ministerio de Sanidad y Consumo y de las Comunidades Autónomas en la toma de decisiones estratégicas para el Sistema Nacional de Salud, rebaja la capacidad de acción de este órgano limitándola, salvo en asuntos muy específicos, al mero conocimiento, debate y

recomendación en los ámbitos sometidos a su competencia.

4. Su preocupación por el hecho de que la nueva regulación del Consejo Interterritorial (al que otorgó carta de naturaleza la Ley General de Sanidad) contenida en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud desdibuja el rol que ha venido ejerciendo el Consejo, en el contexto del Sistema Nacional de Salud hasta ahora, a la par que introduce incertidumbre en orden a establecer y consolidar el nuevo Consejo sobre la base de la trayectoria y los logros alcanzados por el mismo.

5. Finalmente, se sugiere la necesidad de reabrir el proceso de análisis y reflexión acerca de la naturaleza y funciones que debe tener el Consejo Interterritorial en el contexto de un Sistema Nacional de Salud plenamente descentralizado política y territorialmente. Y, en especial, que en este proceso de reflexión -abierto a las asociaciones profesionales y científicas, a los agentes sociales y a los partidos políticos- se valore la conveniencia de residenciar en el Consejo las competencias de fijación de bases, coordinación general y alta inspección en materia sanitaria para su ejecución compartida por el Ministerio de Sanidad y Consumo y por todas las Comunidades Autónomas -en las que reside el grueso de las competencias sanitarias-, a través de este órgano colegiado, del que, por otra parte, deberían depender el Instituto de Información Sanitaria, la Agencia de Calidad, el Observatorio del Sistema Nacional de Salud, el Instituto de Salud Carlos III y la Agencia Española del Medicamento, así como cualesquiera otros órganos o entidades adscritos al Ministerio de Sanidad y Consumo que proyecten su actuación sobre todo el Sistema Nacional de Salud.

ALTA INSPECCIÓN DEL ESTADO. OBJETO Y FUNCIONES.

Los miembros de la Mesa de Trabajo sobre la Alta Inspección han concluido lo siguiente:

1. Poner de manifiesto que la regulación contenida en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud viene a reiterar de forma literal las previsiones contenidas en el artículo 47 de la Ley General de Sanidad, que definía esta institución, fijaba sus cometidos y los mecanismos a través de los cuales debía operar, lo que en términos de pura técnica legislativa era innecesario e improcedente, por cuanto plantea incluso dudas acerca de la vigencia formal de los contenidos de la propia Ley de Cohesión y Calidad en relación con dichos extremos.

2. Poner de manifiesto, asimismo, que las aportaciones que hace esta Ley a la regulación de la Alta Inspección contenida en la Ley General de Sanidad se limitan a introducir exigencias en el funcionamiento de esta institución de orden estrictamente operativo que, ni son básicas desde el punto de vista material, ni son propias de una norma con rango de ley -como, por ejemplo, la necesidad de elaborar un plan anual de actividades y una memoria anual, así como la creación de una base de datos compartida con los servicios de inspección técnica o la necesidad de desarrollar la colaboración con dichos servicios de inspección-, a la par que entrañan un grave riesgo de acercar y confundir las funciones de la Alta Inspección con las actividades de la inspección técnica de los servicios sanitarios que, como es sabido, corresponden a las Comunidades Autónomas, vulnerando con ello la doctrina del Tribunal Constitucional y el orden de competencias establecido en el bloque de la constitucionalidad.

3. Apuntar la posibilidad de que el legislador haya querido atribuir a las autoridades sanitarias, a través de la Alta Inspección, competencias en materia de seguimiento y control del fraude en las prestaciones económicas de la Seguridad Social tradicionalmente reservadas al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

4. Finalmente, hacer un llamamiento a las organizaciones profesionales y científicas, a los agentes sociales y a los partidos políticos, al objeto de que se reabra el proceso de análisis y reflexión respecto de la adscripción de la competencia de Alta Inspección -que, como alta función de garantía y verificación del cumplimiento de las competencias estatales y de las Comunidades Autónomas en materia sanitaria, entendemos que debería residenciarse claramente en el Consejo Interterritorial-, así como de las finalidades, objetivos y cometidos que debe cumplir esta institución en el contexto de un Sistema Nacional de Salud plenamente consolidado y descentralizado.

EL FONDO DE COHESIÓN SANITARIA: ALCANCE Y GESTIÓN.

1. El Fondo de Cohesión Sanitaria fue creado por el artículo 4.C.c de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, de medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía. Fue desarrollado por el R.D. 1247/2002, de 3 de diciembre, que regula la gestión del Fondo. Este reglamento circunscribió la condición de desplazado a los españoles con asistencia programada en centros fuera de su Comunidad de

residencia, a los ciudadanos comunitarios y a los extranjeros procedentes de países con convenio en materia de seguridad social; fijó las reglas para la cuantificación de la asistencia prestada y señaló los criterios de actualización. La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, amplía sus fines en un doble ámbito: la financiación del uso tutelado de determinadas técnicas, tecnologías y procedimientos (artículo 22.3) y de los planes integrales de salud (disposición adicional quinta).

2. La regulación actual del Fondo de Cohesión resulta insuficiente para resolver los problemas derivados de la tensión entre el derecho a recibir asistencia en cualquier lugar del territorio nacional, tanto de los españoles como de los comunitarios y extranjeros, y la descentralización territorial de la prestación de la asistencia sanitaria, que corresponde a las Comunidades Autónomas.

3. El Fondo de Cohesión Sanitaria debería ser un instrumento financiero redistributivo al servicio del derecho de todos los españoles a recibir asistencia sanitaria en cualquier lugar del territorio nacional –sea asistencia programada o no- mediante las dotaciones financieras y ajustes económicos que sean precisos entre los prestadores de la asistencia sanitaria –básicamente, los Servicios Autonómicos de Salud-. Además, debería servir para financiar la asistencia a los ciudadanos comunitarios y a los ciudadanos extranjeros, tanto aquellos que procedan de países con los que existe convenio en esta materia, como aquellos que, teniendo otro origen, reciben asistencia en cumplimiento de la normativa española sobre extranjería.

4. El cumplimiento de la función descrita exige delimitar y, en su caso, ampliar, los siguientes aspectos básicos en cuanto al concepto de desplazado:

a) Ampliar el concepto para incluir a los españoles desplazados, cualquiera que sea el motivo (turismo, trabajo, cercanía a centros sanitarios, cambio residencia temporal, necesidades familiares), sin limitarlo, como hace la regulación actual, a los supuestos de desplazados con asistencia programada (centros de referencia).

b) Ampliar el concepto de desplazado al extranjero, para dar cobertura a todos los extranjeros que son atendidos en cumplimiento de la legislación española (Código Penal y Ley de Extranjería), en particular los “inmigrantes ilegales”, y no solo a los ciudadanos comunitarios y los extranjeros procedentes de países con los que existe convenio en materia de asistencia sanitaria de seguridad social como dispone la vigente reglamentación.

c) Promover la implantación y desarrollo de un mecanismo de identificación de los desplazados (tarjeta sanitaria individual) que permita la operatividad del Fondo de Cohesión Sanitaria y, sobre todo, de los mecanismos redistributivos.

5. De otro lado, el cumplimiento de la función que debe desempeñar el Fondo de Cohesión Sanitaria exige reconsiderar el ámbito prestacional sobre el que se proyecta, esto es, el concepto de asistencia sanitaria que constituye su presupuesto:

a) Aclarar que se trata de un concepto amplio que incluye tanto la asistencia sanitaria como la prestación farmacéutica.

b) Incluir las medidas en materia de salud pública, que son imprescindibles como consecuencia de la atención a los desplazados extranjeros (medidas frente a enfermedades que se consideraban extinguidas, medidas frente a nuevas enfermedades, como las tropicales).

6. El Fondo debe contar con recursos económicos suficientes para cumplir esta función. Igualmente, es preciso diseñar un mecanismo que, a modo de caja de compensación, permita redistribuir fondos entre los prestadores de la asistencia en función de la efectivamente prestada. En todo caso, todos los Servicios Autonómicos de Salud deben contar con una dotación suficiente para el cumplimiento de sus funciones; un mínimo que no puede resultar afectado por estas fórmulas de redistribución.

SISTEMA DE INFORMACIÓN SANITARIA

1. El sistema de información sanitaria es esencial para el funcionamiento racional y ordenado del Sistema Nacional de Salud. La preocupación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad, que se manifiesta en los artículos 53 a 58, es loable; sin embargo, los medios diseñados resultan insuficientes.

2. La gestión del sistema de información debería residir en un organismo en el que participen todos los sujetos que tienen la obligación de suministrar información, en particular los Servicios Autonómicos de Salud que son sus usuarios potenciales más relevantes. No sirve a esta necesidad encomendar la gestión del sistema de información a un órgano administrativo sin autonomía en la gestión y sin que las Comunidades Autónomas participen.

3. La tarjeta sanitaria individual debería tener los datos identificativos mínimos (personales, derecho a la asistencia, prestador de la asistencia) pero, también per-

mitir el acceso a información clínica (historia clínica) y administrativa (situación a efectos de seguridad social), información que no tiene que estar incorporada a la tarjeta; e, incluso, facilitar el acceso a servicios (petición de consulta, evolución lista de espera...). En todo caso, el uso debe quedar a la voluntad de su titular mediante una clave de acceso que garantice el derecho a la intimidad y el ejercicio del consentimiento informado.

4. Las "huellas informáticas" que, inevitablemente, dejará tras de sí la tarjeta sanitaria individual cuando se utilice exige diseñar una regulación que garantice el adecuado tratamiento de estos datos sensibles y la máxima garantía de respeto a la intimidad y confidencialidad. A buen seguro será preciso un organismo "independiente" al que se encomiende la efectividad de estas garantías.

5. Buena parte de los problemas que suscita la implantación de la tarjeta sanitaria individual —entre otros, que no sea sustituible por el DNI— serían papel mojado si, de una vez, se produjera la universalización de la sanidad —derecho de los españoles por su sola condición de ciudadanos— desgajándola de la Seguridad Social y con ello de la condición de beneficiario y alta por el Instituto Nacional de la Seguridad Social como presupuestos del derecho a la asistencia sanitaria.

MESA DE TRABAJO. BIOTECNOLOGÍA: CUESTIONES JURÍDICAS

Tras una amplia revisión de la legislación española existente relativa a estas materias, complementada por la jurisprudencia de nuestro Tribunal Constitucional, y de los pronunciamientos de los organismos nacionales e internacionales más destacados, así como de la normativa e informes emanados de las Comunidades Europeas, se llegaron a las siguientes conclusiones, fruto de un debate más extenso de lo reflejado en las mismas.

EMBRIONES CONGELADOS E INVESTIGACIÓN.

1. Desde el punto de vista jurídico, y sin olvidar los aspectos éticos que estas cuestiones entrañan, se considera que como premisa fundamental en la investigación y experimentación con preembriones y embriones humanos se deben ponderar los beneficios que los resultados de ambas actividades van a reportar a la humanidad en su conjunto y a los individuos en particular, así como las implicaciones negativas que de dichas actividades se pudieran derivar.

2. Por otro lado, se considera que la libertad de investigación y experimentación sobre preembriones y embriones humanos no se configura como un derecho absoluto, sino que se encuentra limitada por aquellos principios generales que rigen la investigación y la experimentación científica, concretados en las correspondientes normas legales y en diversas declaraciones nacionales e internacionales de aplicación a la materia.

3. Por último, se considera que ante la insuficiencia de la legislación relativa a la investigación y experimentación sobre preembriones y embriones humanos, existe la necesidad de regular específicamente el estatuto jurídico que en nuestro ordenamiento deben ostentar tales preembriones y embriones humanos, perfilando cuestiones jurídicas no plenamente reguladas en la actualidad y abordando las cuestiones derivadas de los nuevos avances biotecnológicos.

BANCOS DE MATERIAL GENÉTICO.

1. Con relación a la cuestión de los embriones congelados y los bancos de material genético, se estima que el problema más importante que existe actualmente es el relativo a la solución que ha de aplicarse a los embriones crioconservados cuyo plazo de crioconservación ya ha caducado. Dicha cuestión es de necesaria regulación, por lo que se considera un acierto que el Gobierno haya presentado un proyecto de ley modificando la regulación preexistente en la Ley de Técnicas de Reproducción Asistida.

2. Sin embargo, a la vista del contenido del Proyecto de Ley presentado por el Gobierno el 20 de agosto de 2003, por el que se modifica la Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre Técnicas de Reproducción Asistida (*aprobado por Ley 45/2003, de 21 de noviembre, BOE, núm. 280, de 22 de noviembre de 2003*), y de la reciente Ley del Parlamento Andaluz de 9 de octubre de 2003, por la que se regula la investigación en Andalucía con preembriones humanos no viables para la fecundación in vitro, y dado que ambas leyes contienen regulaciones diferentes respecto de la misma cuestión, se considera que el debate sigue abierto respecto de cuál de ellas sea más acertada o se ajuste mejor a los principios que rigen nuestro ordenamiento. La Ley estatal sólo permite que en el futuro los preembriones no transferidos sean donados exclusivamente con fines reproductivos, con el consiguiente consentimiento de los progenitores; aunque, respecto a los embriones congelados supernumerarios establece que las parejas pueden elegir entre el manteni-

miento de la crioconservación hasta que les sean transferidos, la donación a otras parejas con fines reproductivos en lista de espera, la utilización para la investigación dentro de los límites permitidos por nuestra legislación, o la descongelación sin otros fines. Por su parte, la Ley autonómica considera los preembriones sobrantes de la FIV como preembriones no viables por haber transcurrido más de cinco años desde su crioconservación, pudiéndose dedicar a la investigación aquellos preembriones no desarrollados *in vitro* más de catorce días desde su fecundación en un Proyecto de investigación rodeado de las suficientes garantías, con el consiguiente consentimiento de los progenitores.

LA CLONACIÓN DE ÓRGANOS CON FINES TERAPÉUTICOS.

1. Por lo que se refiere a la clonación de órganos con fines terapéuticos, se ha llegado a la conclusión de que nuestra legislación no contempla de manera directa dicho tipo de clonación. De la redacción de diversos preceptos se deduce que en dicha legislación se alude indirectamente a algunas técnicas de clonación, prohibiendo explícitamente la clonación con fines de reproducción, pero sin mencionar expresamente la clonación terapéutica. Su régimen jurídico se ha ido nutriendo de la interpretación doctrinal que se ha realizado de las normas que regulan los principios básicos aplicables a la investigación y experimentación con preembriones y embriones humanos, y a la donación de las células, tejidos y órganos de los mismos, así como de la normativa que regula la utilización de tejidos humanos.

2. De otro lado, en nuestro Derecho resulta especialmente difícil interpretar cuál es el régimen jurídico de la clonación terapéutica, puesto que su admisibilidad se encuadra en un debate más amplio en el que existen diversas posturas doctrinales, incluso enfrentadas, en torno al momento en que se considera que un ser adquiere la cualidad de ser humano, en cuanto a los límites de la propia investigación sobre preembriones, y en punto a la propia creación de preembriones para la investigación.

3. Por otra parte, dicha dificultad se acrecienta si se piensa que en España, además, son de aplicación no sólo la legislación nacional sino aquella normativa emanada de las Comunidades Europeas, cuyo Parlamento se manifiesta por el momento contrario a la realización de la clonación reproductiva y terapéutica, aún cuando en los últimos informes de la Comisión Europea no se ha cerrado la puerta definitivamente a esta última, lo que denota

que la admisibilidad de la misma tampoco tiene una clara respuesta a nivel supranacional.

4. Por todo ello, se ha llegado a la conclusión de que es necesaria la reforma de la legislación vigente en el sentido de distinguir y clarificar las diversas técnicas de clonación (clonación genética, clonación celular, gemelación artificial, paraclonación, clonación reproductiva y clonación terapéutica), estableciendo claramente cuáles de ellas están permitidas y cuáles no lo estarían en el ámbito de nuestro ordenamiento jurídico, y las consecuencias jurídicas derivadas de su aplicación, dados los posibles beneficios o resultados favorables que algunas de estas técnicas implican tanto para el avance en la investigación básica y experimentación en la terapia celular cuanto en el tratamiento de enfermedades graves y degenerativas y en la mejora de los trasplantes de órganos.

PROTECCIÓN PENAL CONTRA LA MANIPULACIÓN GENÉTICA.

1. Por lo que respecta a la protección penal contra la manipulación genética, se ha llegado a la conclusión general de que se deberían perfilar mejor las conductas tipificadas en el Código penal con el fin de establecer claramente los límites a la investigación y experimentación con genes tanto en el artículo 159 del mismo (que se refiere propiamente al delito de manipulación genética) como en el artículo 161,1 y 2 (que contempla tres delitos diferentes: la fecundación de óvulos con fines distintos a la procreación, la creación de seres idénticos por clonación, y la selección de la raza), poniendo en relación necesariamente la legislación penal con la legislación de nuestro país sobre estas materias (Ley de Técnicas de Reproducción Asistida y legislación complementaria), así como con los Tratados y Convenios internacionales ratificados por España, para una redacción más conforme con el contexto legislativo.

2. En relación a las penas atribuidas a cada uno de los delitos relativos a la manipulación genética (arts. 159 a 162 del CP), se manifiestan discrepancias entre los miembros que integran la Mesa de trabajo, pues un sector estima que resultan suficientes las penas señaladas para cada delito en el Código penal, mientras otro sector opina que dichas penas, por su repercusión, incluso económica, deberían endurecerse más.

3. Por otra parte, frente a la corriente de opinión doctrinal que estima que además de estos delitos (manipulación genética, fecundación de óvulos con fines dis-

tintos a la reproducción, clonación reproductiva, selección de la raza, utilización de la ingeniería genética para producir armas biológicas o exterminadoras de la especie humana, práctica de la reproducción asistida sin consentimiento de la mujer) deberían incluirse en el Código penal otras conductas que en la actualidad se sancionan administrativamente como infracciones graves o muy graves en la Ley de Técnicas de Reproducción Asistida, se ha llegado a la conclusión de que no se deben incluir en el Código penal más conductas que las que ya se encuentran tipificadas en el mismo.

4. De otro lado, se considera que es necesaria una reflexión sobre el supuesto de hecho de aplicación a una mujer con su consentimiento de las técnicas de reproducción asistida con material genético del marido, de la pareja o de un tercero que, por el contrario, no ha prestado su consentimiento a dichas prácticas, supuesto al que no se refiere nuestra legislación y que ha acontecido en alguna ocasión, debiendo analizarse cuáles podrían ser las consecuencias jurídicas derivadas de dicho acto.

5. También se considera necesario que se realice una aclaración acerca de si sería posible el aborto en el supuesto de aplicación de las técnicas de reproducción asistida sin el consentimiento de la mujer.

6. Por último, se estima que sería necesario delimitar el delito de aplicación de las técnicas de reproducción asistida a una mujer sin su consentimiento de otros delitos que pudieran concurrir con aquél, en especial del delito de lesiones al feto.

MESA DE TRABAJO. PROFESIONES SANITARIAS

Habida cuenta del lema del Congreso, a lo largo de las cuatro sesiones siempre planeo sobre los participantes la posibilidad de que la normación por parte de las Comunidades Autónomas pudiera ir en contra de la cohesión del Sistema Nacional de Salud. Con carácter general fue rechazada de plano tal posibilidad.

MODELOS RETRIBUTIVOS AUTONÓMICOS

No se considera necesario la existencia de un régimen común para todas las Comunidades Autónomas, ya que cada una tiene competencias y puede primar aquellos conceptos retributivos que estime más conveniente para la consecución de sus objetivos. La no homogeneización

de las retribuciones se percibe como un hecho irreversible.

Es preciso y conveniente que existan retribuciones variables y no consolidables que estén vinculadas al cumplimiento de los objetivos previamente pactados.

Las homologaciones de retribuciones no pueden darse a cambio de nada. Las mejoras retributivas tienen que servir para posibilitar los cambios organizativos de los diferentes Servicios de Salud.

CARRERA PROFESIONAL

Tras una referencia inicial a una serie de problemas que debían resolverse para la implantación de la carrera profesional, que con mayor o menor acierto ya se habían resuelto o en ocasiones sufrido y no resuelto en aquellas Comunidades Autónomas que más han avanzado en este tema, el debate se centro en la existencia de diferencias entre carrera profesional y desarrollo profesional.

Se concluye que el desarrollo profesional no entra en colisión con la carrera profesional, aunque se mueven en el mismo entorno. Son dos conceptos diferentes. El primero es el reconocimiento profesional sin que el mismo conlleve un reconocimiento pecuniario. Por el contrario, la carrera profesional se mueve en el mundo de las retribuciones y supone un complemento retributivo.

ORDENACION DE LAS PROFESIONES SANITARIAS

Fue la que menos debate suscito reconociendo la bondad del proyecto de Ley de Ordenación de las Profesionales Sanitarias, sobre todo por lo que supone de regulación en el ámbito privado, ya que los requerimientos que la misma exige se cumplen con creces en el ámbito público.

Se hizo una breve reflexión sobre la mala técnica jurídica utilizada al incorporar a la misma temas que no tienen encaje natural, tales como los del artículo 8 o la referencia a los cargos directivos.

FORMACION CONTINUADA

Sin duda alguna fue la mesa que más debate suscito. Se alcanzaron las siguientes conclusiones:

1. La formación continuada debe perseguir el mantenimiento de las habilidades del profesional a lo largo de toda su vida laboral.

2. Debe de ser una formación finalista, es decir, aquella que es necesaria para la organización. Solo de esa manera puede entenderse que sea una obligación para la misma.

3. Hay que gestionarla bien, evitando en lo posible los efectos colaterales que en ocasiones se persiguen con la formación.

4. No a la formación continuada solo para conseguir objetivos tales como el ingreso, la movilidad, etc.

5. La formación continuada tiene que ser gestionada más eficazmente por las propias Administraciones Públicas.

6. Acreditar bajo los mismos principios el establecimiento de controles es un intento de poner orden en un sector. Sin entrar a regularlo, por la vía de hecho se consigue la cohesión del sistema.

