



Individualismo divergente & convergencia médica colectiva

José A. Gegúndez Fernández

Recientemente el Dr. José Gegúndez (Madrid, España) proponía en el Foro de Facaelche¹ rescatar un hilo de enero de 2018 que abordaba las causas que podrían explicar la tradicional desunión del colectivo médico frente a los problemas que conciernen a esta profesión. Para ello exponía las razones de ese individualismo y sugería el aporte de soluciones que serían recogidos en un documento para su amplia difusión entre los distintos estamentos que representan a la profesión médica: colegios y asociaciones profesionales, sindicatos, sociedades científicas, instituciones, grupos sanitarios y universidades.

Causas del «Individualismo divergente» en oftalmología¹

1. *Sentido de propiedad sobre el paciente (Dr. Gerardo Valvecchia, Argentina):* especialidades que carecen de pacientes propios (anestesiólogos, analistas, radiólogos) muestran mayor convergencia y corporativismo.
2. *Ocupación y escasez de tiempo para la meditación y análisis del entorno (Dr. Ignacio Guerrero, España y Dr. Sandro Brizzio, Argentina):* esta limitación de tiempo y desbordamiento ocupacional del oftalmólogo le dificulta el análisis de la realidad exterior y valoraciones de los demás.
3. *Carácter empresarial del ejercicio privado (Dres. Jorge Buonsanti y Sandro Brizzio, Argentina):* la propiedad de centros y clínicas por parte del oftalmólogo y el libre mercado generan competencia e individualismo frente a los intereses del colectivo.
4. *Ley de oferta-demanda (Dr. Eduardo Viteri, Ecuador):* exceso de oftalmólogos para la demanda existente. Variabilidad geográfica.
5. *Ausencia de líderes vocacionales (Dr. José A. Gegúndez, España):* la ausencia de líderes aboca al fracaso de las organizaciones. Los seres humanos necesitamos líderes en quienes creer y confiar, haciendo de ellos sus verdaderos representantes.
6. *Abaratamiento de costes dentro del marco de la ley de competencia y ahorro para otros colectivos (Dr. Manel Dolcet, España y Dr. Luis Real, Ecuador):* compañías aseguradoras (sanidad privada), gestores, administradores sanitarios y políticos (sanidad pública).
7. *Ausencia de conciencia como colectivo (Dra. Carmelina Brito, España):* individualismo & equipo, egoísmo & filantropía, pasividad o delegación ante la resolución de conflictos (“que los problemas los resuelvan otros”), cambio de rol del médico como empleado asalariado & profesional liberal, vacío penal o sancionador frente al incumplimiento colectivo.

El Dr. Gegúndez también señalaba que al tratar de proponer soluciones a este individualismo divergente nos introduciríamos invariablemente en la esfera de lo político y los modelos de estado, puesto que el ejercicio no sería más que la parte de un todo social en el que intentamos encontrar soluciones a los problemas de los ciudadanos o un mundo mejor y más justo. En este sentido tendríamos dos modelos económicos²:

Modelo de mercado - individuo - propiedad privada (Hayek = neoliberalismo) Modelo de estado - colectividad - propiedad común (Keynes = liberalismo)
--



Así mismo surgirían debates sobre tradicionales disyuntivas como sanidad privada frente a sanidad pública, capitalismo frente a socialdemocracia, o la pregunta sobre si pudieran existir modelos intermedios que capturasen lo mejor de las bases conceptuales de estos movimientos sociales. Pero lo verdaderamente difícil sería centrar el debate en el orden médico-sanitario, elaborando un plan de acción con las diferentes propuestas y de ahí acceder a la fase ejecutiva (medios y responsables). A ese modelo propuesto entre todos le denominaríamos **“Convergencia médica colectiva”**.

Se concluía con una reivindicación – el método podría demostrar por sí mismo que el trabajo en equipo es muy superior a cualquier individualidad bajo el lema **“nosotros somos mejores que tú y que yo”** – y dos preguntas a la audiencia:

¿Qué soluciones propondrías para cada una de las causas del individualismo divergente que pudieran llevar a nuestra profesión hacia una convergencia médica colectiva?

¿Creéis que se puede contribuir desde el Foro de Facoelche a esta filantrópica y trascendente labor de recuperación social de la medicina?

Análisis de situación y propuestas para la convergencia médica colectiva

Las respuestas no se hicieron esperar, siendo muy variadas y demostrativas del amplio conocimiento de la situación por parte de los profesionales oftalmólogos pertenecientes a España, diferentes países de América del Sur y Norteamérica.

Comenzaba el Dr. Manel Dolcet (Barcelona) haciendo un conciso y sabio análisis histórico de situación de nuestra profesión a través de un viejo refrán español atribuido al poeta Luis de Góngora que reza: **“Ande yo caliente y riase la gente”**, que se dice cuando uno prefiere su gusto o comodidad a someterse a la opinión de los demás o a los convencionalismos sociales, o también para recomendar actuar de acuerdo con la propia conciencia sin tener en cuenta la opinión de los demás. En medicina dicho proverbio siempre prevaleció y se mantiene en contra del supuesto corporativismo que la sociedad atribuye a los médicos; tal vez, más que corporativismo, habitualmente ante la supuesta actuación negligente o error por parte de un compañero, pudiera tratarse de miedo ante las críticas o represalias del resto del colectivo.

Seguidamente el Dr. Luis Cordovés, de Tenerife, explicaba el “maltrato institucional” recibido por los médicos como una consecuencia del carácter humano, personal y responsable intrínseco de nuestra profesión y a la falta de una mentalidad empresarial, reivindicando los valores humanos del médico por encima de los organizativos o mercantilistas. Asimismo, enfatizaba que los compañeros con mayor empuje o iniciativa solían tener mayor éxito corporativo, pero que era necesario un esfuerzo colectivo. Son necesarios líderes tanto en la oftalmología privada como en la pública, donde a menudo los maltratan y se acaban yendo.

El Dr. Javier Rodríguez, también de Tenerife y actual vicepresidente de la Asociación Profesional de Oftalmólogos Españoles (APOE) efectuaba un completo y afinado análisis de la situación actual, causas y estrategias de mejora:

1. El **estudio de situación** actual incluiría aspectos como un mayor requerimiento formativo por la ampliación del conocimiento, técnicas y tecnología, la saturación asistencial, el maltrato institucional, la precariedad salarial conforme a responsabilidad, los mayores riesgos de responsabilidad civil profesional y de desprotección ante los intentos de escarnio profesional en las redes sociales, entre otros.
2. Las **razones históricas** por la que hemos llegado a esta situación, que engloban la aceptación social generalizada de “universalidad y gratuidad sanitaria” como derecho exigible por la ciuda-



danía, sin necesidad de contraprestación ni pecuniaria ni en términos de deberes (*"puedo tener hábitos insanos que después me arreglarán gratis"*), así como la "des-elitización" de la clase médica a nivel político: es público y notorio como un ex-vicepresidente del gobierno de España dijo que *"no descansaría hasta que los médicos llevaran alpargatas"*³.

3. También habría que estudiar los **cambios a nivel de ética y moral médicas** que estamos viviendo, influenciados por el agresivo mercado que busca imponerse: fondos de riesgo que compran clínicas y hospitales y cambian dinámicas de atención al paciente buscando mayor rendimiento crematístico con consecuencias a veces palpables, o por la necesidad de acaparar mercado con acciones publicitarias y ofertas económicas públicas que menoscaban el prestigio de la profesión, y por la exigencia de eficiencia a nivel de procesos con toma de decisiones cuestionables (prótesis más económicas o falta de personalización).
4. Las **razones culturales** no deben ser desdeñadas, porque teniéndolas siempre presentes se puede actuar preventivamente contra lo que interfiere negativamente en nuestro objetivo de mejora. Estamos en una cultura latina en la que algunos de los llamados pecados capitales están muy potenciados, y me refiero sobre todo a *la envidia y la vanidad*. En países anglosajones se mira al que triunfa para imitarlo e intentar alcanzar su nivel de éxito. En estos días estamos viendo de forma palpable - la clase política es la expresión más visible y popular de la cultura de un país - como en nuestro medio el que triunfa se crea grandes enemigos en su propia casa: *"Si me puedes hacer sombra te pondré la pierna encima"*. Nadie quiere liderar, porque es consciente que inmediata y automáticamente va a tener detractores (ahora llamados *"haters"*) que van a intentar desprestigiarlo de forma constante. Lo mismo pasa cuando alguien tiene éxito a nivel empresarial. En nuestra cultura en vez de copiar las estrategias que ha utilizado el que triunfa lo que se intenta de forma instintiva es desprestigiarlo.
5. El **egoísmo o falta de altruismo** como bien se ha comentado, no solo se refiere a nivel económico (*"para qué voy a pagar cuotas a sociedades que me defiendan, que lo hagan otros que yo después también me beneficiaré..."*) sino también de tiempo de dedicación a la comunidad (*"que trabajen otros, que se expongan otros"*).
6. De otro lado están las **instituciones de representación y defensa de nuestra profesión** (colegios, sociedades...) que precisan de un análisis y recambio profundo. En nuestro entorno a veces parece que se utilizan más como medio de ascenso social que, como debería ser, para cumplir una función que es vital para nuestra profesión. Es manifiestamente mejorable, sin denostar las acciones brillantes que puntualmente puedan ser realizadas, pero que por desgracia escasean debido a que siempre nuestros representantes compatibilizan su actividad profesional con la representativa, y lo que se hace "a medias" a veces no es suficiente. Es obvio que necesitamos líderes a tiempo completo respaldados por equipos jurídicos y de otra índole que rindan eficazmente en nuestro beneficio. Porque de otra forma nuestra profesión no la reconoceremos en breve.
7. Finalmente elaborar **estrategias de mejora para la humanización**⁴ en mayor evolución personal y espiritual de los profesionales de nuestro gremio.

A continuación, el Dr. Marcos Gómez, de Valencia, respondiendo a la pregunta: *¿Creéis que se puede contribuir desde el Foro de Facoelche a esta filantrópica y trascendente labor de recuperación social de la medicina?*, comentaba que este foro era el soporte de la inteligencia colectiva de nuestro grupo y los asiduos al mismo se habían dado cuenta de cómo habían crecido y mejorado con los años. La inteligencia colectiva permite tratar mejor los temas complejos como el planteado y las herramientas digitales posibilitan un abordaje internacional que enriquece más aún las soluciones.



¿Existen modelos intermedios que capturen lo mejor de las bases conceptuales de estos movimientos sociales? Según Hayek⁵ el mercado siempre tiene razón, y quizás no haya que luchar contra esta idea sino mejorarla; y ¿qué podemos hacer como médicos? Dar valor económico a los **valores humanos, contribuir a su monetización**. Los valores humanos no cotizan en bolsa y deberían hacerlo porque según esta regla esencial del neoliberalismo, la ausencia de valor económico resulta en su pérdida. La pérdida de los valores humanos resulta en deshumanización y como es natural la deshumanización es insana y provoca problemas de salud que a su vez sí causan problemas económicos. Parece que de alguna manera el mercado se mueve en esa dirección. De momento el mercado ha percibido que el planeta está en peligro y ahora todo lo verde cotiza mejor. Quizás en unos años sea más evidente que el ser humano también peligra y no solo lo verde sino también lo humano, tenga un plus de cotización.

El Dr. Luis León, de Castellón, como exponente de los **oftalmólogos jóvenes** recalca el valor del análisis realizado especialmente para este grupo, invitando a la reflexión de éstos de cara a la transformación de la profesión que en el futuro tendrán que abordar.

Del otro lado del Atlántico el Dr. Luis W. Lu (Chandler, Arizona, USA) nos daba otra visión de la situación profesional de los oftalmólogos en su país, exponiendo que la práctica de la Medicina había cambiado drásticamente al igual que en otros muchos países del mundo: ya no solo era considerada una ciencia y arte si no también una empresa para la cual muchos no estábamos preparados. El **"Fee-For-Service"** del pasado, ahora es dictado por empresas de salud que deciden el pago por resultados, en números mas que en calidad, siempre basándose en costos. Estas empresas nos dictan las opciones de tratamiento y a quién referir con acuerdo a los contratos que suscriban. Dice el Dr. Lu que la **Academia Americana de Oftalmología⁶ (AAO)** reúne como miembros cerca del 90% de los casi 20.000 oftalmólogos de los Estados Unidos, y en cambio la *American Medical Association⁷ (AMA)* tan solo el 15% de los médicos del país. Esto es porque los oftalmólogos confían en sus líderes, así como porque culturalmente saben y están convencidos de que **"la unión hace la fuerza"**. Las tarifas de los baremos siguen disminuyendo en ciertas zonas y aumentan en otras, precisamente en aquellas donde los representantes tienen el respaldo mayoritario de la profesión. El Individualismo divergente existe, esto es humano, pero nosotros seguimos lo que nos sugiere la Academia ayudándonos de soportes como MACRA (*Medicare Access*), MIPS (*Merit Based Incentive Payment System*), red IRIS o MU (*Meaningful Use*); y ayudándonos a acomodarnos a estos cambios en las políticas de salud que no van a desaparecer. Subraya también que parte de su entrenamiento como residente incluía charlas sobre la práctica / empresa de oftalmología (OPHSTART), hecho que en España no se da en las facultades ni en los programas de residencia MIR. Concluye centrando la solución en la necesidad de unión a través de la afiliación y participación activa en las distintas sociedades de cada país, no solo manteniendo la condición de "socio pasivo".

Otro análisis extenso, cargado de realismo y con múltiples propuestas, es el que desde Tenerife nos brinda la Dra. Carmelina Brito. Por ello comienza advirtiendo al grupo de que todo lo que sea proponer un cambio de mentalidad para que los "individualistas" depongan su actitud por buenas palabras, y posteriormente esperar a que se arregle todo será una ingenuidad que no nos conducirá a ningún resultado. Ella propone medidas coercitivas – premiar al que se esfuerza y sancionar al que incumple o "juega sucio" – porque si miramos a otras profesiones o a la nuestra propia en otros países del mundo encontraremos mecanismos que pueden ser eficaces:

1. **Los Colegios de médicos deberían ser centros de facturación** para las compañías de seguros y pagos de nóminas. Sería la forma más fácil de evitar que alguno pudiera facturar menos por el mismo servicio. Obviamente quedarían excluidos los pagos entre particulares, que son libres. Evidentemente esto supone una responsabilidad para los colegios y la disponibilidad de un super-



visor externo auditor al margen de los colegios que asegura la integridad del proceso. Los arquitectos así lo disponen con un funcionamiento y resultados correctos: se pueden modificar las tarifas al alza, pero nunca a la baja; si no hay tributo al colegio no hay firma de planos. En el caso de los médicos un ejemplo de sanción podría ser la no disponibilidad de recetas.

2. **Controles de calidad.** En este apartado la doctora establece ejemplos como la saturación en la programación de las consultas: *“Una agenda de 40 pacientes con cinco minutos para cada uno no puede ser algo bueno”, “debería ser sancionable no sólo para proteger a los pacientes sino también para cuidar la salud del médico a cargo y la preservación del acto médico en sí mismo”*. Además, reclama la independencia del médico en la programación de su consulta relegando al gerente, director o *sursum corda* de turno a un segundo plano. Para evitar tales comportamientos sería preciso recurrir al concurso de agencias de auditoría externa.
3. **Ley de la oferta y la demanda:** La Dra. Brito argumenta que funciona perfectamente en condiciones homogéneas, pero que resulta absurdo plantear la misma situación en un gran hospital de referencia que en la consulta particular de un oftalmólogo afincado en una pequeña localidad. Es una realidad palpable e influye decisivamente en el comportamiento individualista divergente que muchos compañeros se sienten excluidos porque creen que la lucha por la profesión no va con ellos, no comparten la misma problemática ni perciben la misma responsabilidad. Es necesario encontrar el denominador común para que todos nos podamos sentir incluidos, ya sea desde la dirección de un centro de alta complejidad o desde una pequeña consulta, porque es necesario salvaguardar la dignidad de la profesión a todos los niveles. En este último punto la Dra. Brito introduce acertadamente los principios de la ética como pilares esenciales que deben imponerse para mantener la *“salud y continuidad”* de la profesión médica como disciplina ejercitada por seres humanos para seres humanos. El Dr. Gegúndez comenta que precisamente este aspecto se ha tenido en cuenta a la hora de elaborar el nuevo nomenclátor de la Sociedad Española de Oftalmología⁸ (SEO), que el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos⁹ (CGCOM) adoptó como propio y pondrá en vigor en las próximas fechas: prima el **valor de la consulta por encima de las exploraciones complementarias** diagnósticas y terapéuticas, relegando éstas a un segundo plano desde el punto de vista de su valoración con criterios de formación, responsabilidad y valor salud. Ello es para intentar equilibrar las prestaciones de los oftalmólogos o clínicas con menos medios y que constituyen la base más amplia, por encima de los grandes grupos hospitalarios privados que disponen de mayores recursos para poder ejecutar y facturar todos los procedimientos del nomenclátor. Como se viene haciendo en la actualidad, parece una contradicción lógica y ética que se paguen 13 euros por una primera consulta y 30 por una OCT.

El Dr. Ignacio Guerrero (Sevilla), presidente de APOE¹⁰, resaltaba la importancia de agruparse tanto a nivel nacional como provincial para poder negociar colectivamente los nuevos baremos de honorarios médicos de nuestra especialidad, y sustituir el individualismo por el asociacionismo como única vía hacia el éxito. Asimismo, destacaba el papel crucial de la SEO como motor de la firme defensa de la profesión, y el apoyo desde APOE y UNIPROMEL¹¹ como herramientas al servicio de dicha estrategia. Recuerda que estas organizaciones y sus representantes son lo que los oftalmólogos españoles quieren que sean y para ello trabajan vocacionalmente a su servicio.

Así mismo son destacables el apoyo y reconocimiento por parte de los Dres. Fernando Aguilera (Mexicali, México), Juan Guillermo Ortega (Medellín, Colombia) o Juan Batlle (Santo Domingo, República Dominicana) a la labor de sensibilización y de unión a nivel internacional que puede jugar el Foro de Facoeche en el cumplimiento de los objetivos, aprovechando los cambios sociales originados por la pandemia COVID-19. Como ilustradamente manifiesta el Dr. Batlle, este trabajo constituye un *“excelente resumen de las causas que mueven, mecen, acarician, castigan, hieren y perturban*



nuestro mundo profesional como oftalmólogos. Por ello necesitamos *Facoelche* para mantener nuestra cordura". Para los Dres. Xavier Campos-Möller (Corner Brook, Canadá) y Noé Rivero (Rosario, Argentina) el asunto tendría la suficiente envergadura como para ocupar una mesa redonda en un congreso.

Desde Argentina, nos llega una visión un tanto más pesimista de la situación, al menos en ese país, a través de los Dres. Ignacio Manzitti (Buenos Aires) y Alejandro Artigas (Tucumán). Para Manzitti la actual situación tal vez constituya un punto de quiebra que dé paso a una **actividad asistencial estrictamente privada**, eliminando las prestaciones a través de las compañías aseguradoras o prepagas¹².

Más incisivo resulta el Dr. Artigas para el que *"pensar en un orden mundial sanitario le parece una utopía"*, cuando resulta difícil o prácticamente imposible alcanzar la unidad nacional en su país. Según su visión, en Argentina existen varias entidades nacionales *"que pretenden representar a todos y terminan no representando a casi nadie, salvo a sus dirigentes y adeptos"*. Esta severa valoración tal vez constituya una de las piedras angulares del problema que hostiga y asedia a la profesión médica, pero que pocos se atreven a denunciar. Concuerda además con una de las causas del individualismo divergente que enumeraba el Dr. Gegúndez al comienzo del artículo, que no era otra que la **escasez de verdaderos líderes** que representaran al colectivo con verdadera vocación de servicio por encima de intereses individuales. Destacaba el Dr. Artigas la heterogeneidad entre los miembros de las dos principales sociedades oftalmológicas de su país: el Consejo Argentino de Oftalmología¹³ (CAO) y la Sociedad Argentina de Oftalmología¹⁴ (SAO). Una de ellas agrupando cátedras de universidades con sociedades locales y oftalmólogos individuales, algunos de estos residentes en formación, otros magnates empresarios de grandes grupos hospitalarios, y la mayoría propietarios de pequeñas clínicas en diferentes provincias con distintas realidades. La otra, de ámbito más nacional, en los últimos años ha experimentado un viraje "federal", menos eficiente. La variabilidad y heterogeneidad referidas son también coincidentes con el análisis por parte de la Dra. Brito (Tenerife, España) al comentar la ley de oferta-demanda en la práctica asistencial. Con respecto a las sociedades locales, el Dr. Artigas comentaba la **"subordinación psicológica"** de sus representantes a los mandatos nacionales como obstáculo para un ejercicio transparente y eficaz. En el caso particular de su sociedad local, *"están más preocupados por el coste y carrera política oftalmológica, puesto que la mayoría de sus dirigentes ansían ocupar cargos en sociedades nacionales, y no mueven una ficha que no esté previamente consensuada con la SAO o el CAO en Buenos Aires"*.

Finalmente, otra entidad, la Cámara Nacional de Oftalmología (CAMEOF)¹⁵, perdió en su opinión la oportunidad de generar organismos locales que englobaran a instituciones (clínicas, centros e institutos monovalentes) y pudieran defender las necesidades empresariales de los oftalmólogos para mantener estructuras tanto medianas como grandes que brindaran atención de baja, mediana y alta complejidad. En su lugar se constituyó una cámara que casi repetía la amplitud del CAO, lo que impedía aunar esfuerzos guiados por objetivos comunes: en este sentido Artigas advertía que **"no es la misma realidad la del empleado que la del propietario"**. El mismo problema que la situación de Argentina nos evidencia, está siendo analizada dentro del Plan estratégico de la SEO en España, habiéndose propuesto como mejor solución dentro del grupo de trabajo de colaboración, la **cooperación entre las diferentes sociedades** regionales y de subespecialidad con la sociedad nacional SEO, manteniendo la descentralización e independencia funcional de cada una, lo que no impide trabajar todas en la misma dirección para alcanzar objetivos comunes relacionados con el desarrollo y defensa de la profesión. Para concluir, el Dr. Artigas proponía soluciones consistentes en: definir primariamente objetivos (individuales, empresariales, sociedades científicas), circunscribir áreas geográficas (regiones, provincias, localidades), conquistar objetivos y finalmente unir las entidades



en asociaciones nacionales con idénticos objetivos para generalizar los logros y mantenerlos en el tiempo a nivel de todo el territorio nacional.

Una visión esperanzadora de la situación, aunque no exenta de dificultad y realismo, es la proporcionada también desde Argentina por el Dr. Pablo Daponte (Buenos Aires), presidente del CAO hasta 2021: éste recalca la necesidad de trabajar intensivamente y a largo plazo para construir confianza, así como la creación del CAMEOF¹⁵ como un hito que irá creciendo lentamente con el tiempo. Nos recuerda a todos que *“queda mucho por hacer y en la medida en que nos unamos y nos pongamos de acuerdo, las soluciones serán mas fáciles de alcanzar”*. Nuevamente queda patente el conocido aforismo de **“la unión hace la fuerza”**, aunque lo verdaderamente complejo es conseguir la primera: ese es el objetivo. Para concluir, el Dr. Daponte analiza la realidad profesional de la oftalmología privada en su país, y anticipa estar muy cerca de la gran dificultad que podría suponer no alcanzar a cubrir gastos con los pagos provenientes de las Obras Sociales y la Medicina Prepaga¹².

El Dr. Juan Sebastián Rivero (Córdoba, Argentina), presidente del CAO para el bienio 2022-2023, sostiene que el médico se desarrolla en un contexto individualista desde que ingresa en la universidad hasta que entra a la residencia. Aprende a ser individualista porque siempre entra el mejor y compite permanentemente con sus pares. Esta situación es natural, pero deberíamos incorporar herramientas de liderazgo y otros conceptos dentro de los programas de Medicina y especialidades, que formaran al médico con un sentido más empresarial y corporativo. De hecho, el CAO en esta nueva etapa propone objetivos tan ambiciosos como la formación a través de un nuevo concepto denominado **“ayudar a aprender”**, que consiste en incorporar el aprendizaje de habilidades y promover la experiencia como fuente de conocimiento. Esta visión también incluye continuar con un ejercicio de estímulo regional para fortalecer y desarrollar todas las sociedades y cátedras que componen el CAO, en palabras del Dr. Rivero *“cuyo principal objetivo es el trabajo conjunto, la conversación gremial, la fraternización entre colegas, el aprovechamiento de recursos y la unificación de estrategias de defensa de la profesión”*. Una misión, visión y valores, los de esta sociedad científica, muy en consonancia con la convergencia médica colectiva planteada en el Foro de Facoelche, al tratarse de una organización abierta al aprendizaje que pretende continuar transformando la realidad de la oftalmología argentina a través de la **“construcción de confianza”**: para ello la unión, el trabajo en equipo, la convocatoria y participación de todos, la delegación de funciones y división de responsabilidades, la observación del error y adversidad como oportunidad de aprendizaje, la construcción de una conciencia colectiva o la interconexión estrecha entre todas las partes de la organización, constituirán sus principales activos.

Volviendo a Europa, el Dr. Miguel Ángel Pérez Silguero (Las Palmas de Gran Canaria, España), nos aporta una reflexión profunda y a mi juicio acertada: menciona que tal y como está concebida la Sanidad en España es muy difícil la unificación completa y la lucha contra el individualismo, puesto que cada Comunidad Autónoma tiene sus políticas sanitarias, existen diferencias entre sanidad pública y privada, así como líneas de investigación en diferentes ámbitos sin estar orquestadas en ninguna dirección concreta. Este razonamiento es común al que desde Argentina efectuaba el Dr. Alejandro Artigas. Tal vez unos de los mensajes con mayor carga de profundidad del Dr. Pérez Silguero sea el referido al individualismo divergente como **mecanismo de defensa frente al conservadurismo de parte de la colectividad** o sus representantes y la desaprobación de propuestas de innovación o progreso individual. Concluye destacando el valor del consenso permanente entre todos, el desarrollo y aprobación de protocolos aprobados para su aplicación tanto en el ámbito público como privado de la profesión, pero que tengan la precaución de no asfixiar la innovación, el progreso y las mejoras continuas, aplicando un criterio abierto en el que no prevalezca “la verdad absoluta” de ningún miembro del colectivo, sino demostrando todo lo contrario: **“humildad para crecer todos juntos en**



sintonía". Se despide resaltando la contribución a la unión y crecimiento de todos, que puede derivar del planteamiento y análisis conjunto de este tipo de cuestiones profesionales en un foro científico como Facoeelche.

Para concluir, recordemos nuevamente que no todos son intenciones y objetivos, sino que ya se ha dado un primer paso clave para recuperar los derechos comunes perdidos y legítimos del colectivo médico: el reconocimiento en su justa medida desde instituciones, grupos y compañías aseguradoras del verdadero valor del trabajo del médico vendrá de la mano del **nuevo nomenclátor/baremo de procedimientos en oftalmología**¹⁶. Este primer paso ha supuesto tres años de intenso trabajo, el esfuerzo de más de 400 oftalmólogos de toda España que han participado en su desarrollo, el consenso y la aprobación por la Sociedad Española de Oftalmología, la publicación del trabajo en la revista Archivos de la SEO⁷ con difusión en las bases internacionales de revistas indexadas, y varias reuniones, tensas y dilatadas, con los directores médicos de las compañías aseguradoras. Sin el apoyo absoluto que hemos recibido de parte del CGCOM y particularmente de su vicesecretaria Dra. Rosa Arroyo, su vocal de ejercicio libre Dr. Manuel Carmona y su presidente Dr. Tomás Cobo, el trabajo hubiera resultado estéril.

En este mes de febrero que culmina, representantes de la SEO nos hemos reunido una vez más con la cúpula del CGCOM¹⁷ de España para que el nuevo nomenclátor quede ratificado y aprobado definitivamente, y pueda entrar en vigor en los próximos meses. Esta empresa va a suponer un verdadero cambio de paradigma en la valoración objetiva y tangible de los **"costes de los servicios médicos"**, en este caso de oftalmología, pero que va a servir de ejemplo para las restantes especialidades médicas. El nuevo nomenclátor-baremo servirá de igual modo para el ámbito privado como público de la medicina puesto que adapta los procedimientos a las nuevas clasificaciones internacionales de enfermedades (CIE) e incorpora todas las técnicas actuales; define criterios, indicadores cuantitativos y algoritmos para el cómputo de tarifas por acto médico; proporciona la medida de actividad, costes y cartera de servicios en oftalmología con una terminología común; mejora el cálculo de los costes por proceso en cualquier institución hospitalaria pública o privada; dispone de utilidad para peritajes judiciales, valoración de los tiempos de incapacidad laboral y elaboración de programas docentes acreditados; finalmente constituye una moderna herramienta de consenso, progreso y enriquecimiento de la práctica asistencial.



Esquema general de situación: causas del individualismo divergente

ANÁLISIS DEL INDIVIDUALISMO DIVERGENTE				
AMBITO	INDIVIDUAL	SOCIAL	POLÍTICO	EMPRESARIAL
CAUSAS	CONCIENCIA INDIVIDUAL	DIVERSIDAD GLOBAL	POLÍTICAS SANITARIAS	CONDICIÓN EMPRESARIAL
RASGOS DE LA PERSONALIDAD	<p>Idiosincrasia latina: vanidad y envidia</p> <p>Desconfianza o miedo ante los problemas colectivos</p> <p>Pasividad para resolver problemas colectivos: egoísmo</p> <p>Falta de conciencia colectiva</p> <p>Individualismo defensivo por conservadurismo de representantes</p>	<p>Ley Oferta – Demanda: variaciones geográficas y entre centros sanitarios</p> <p>Heterogeneidad en composición y miembros de sociedades nacionales</p> <p>Diferencias políticas sanitarias CCAA, pública & privada</p>	<p>Prioridad de resultados: cantidad sobre calidad</p> <p>Saturación asistencial</p> <p>Exigencia de eficiencia de procesos ahorrando costes</p> <p>Precariedad salarial conforme a responsabilidad</p> <p>Maltrato institucional</p>	
INTERACCIÓN CON EL ENTORNO	<p>Individualismo por cultura de competitividad</p> <p>Hiperactividad y escasez de tiempo para analizar el entorno</p> <p>Desaprobación de propuestas de innovación y progreso individual</p> <p>Sentido de propiedad sobre el paciente</p> <p>Escasez de líderes vocacionales</p>	<p>Desprotección ante intentos de escarnio social en redes sociales</p> <p>Derechos exigibles por los ciudadanos</p> <p>Riesgos de responsabilidad civil</p> <p>Dependencia tácita líderes sociedades locales de sociedades nacionales</p>	<p>Cambio de rol del médico: empleado & profesional liberal</p> <p>Descasamiento de los médicos por parte de los políticos</p> <p>Vacío penal sancionador frente al incumplimiento colectivo</p> <p>Ley de Libre Competencia: abaratamiento de costes y ahorro para otros colectivos</p>	<p>Fondos de riesgo propietarios</p> <p>Carácter empresarial del ejercicio privado y competencia</p> <p>Requerimiento formativo empresarial</p> <p>Publicidad y ofertas de mercado que dañan el prestigio de la profesión</p> <p>Dedicación a tiempo parcial de los representantes de sociedades</p>





Mapa estratégico de propuestas para la convergencia médica colectiva

MAPA ESTRATÉGICO DE OBJETIVOS					
VALORES	CONFIANZA Y TRANSPARENCIA	VOCACIÓN Y EXCELENCIA PROFESIONAL	PARTICIPACIÓN E INNOVACIÓN	COOPERACIÓN	
RETOS	UNIDAD	LIDERAZGO	CONCIENCIA COLECTIVA	RETOS FUTUROS Y SOSTENIBILIDAD	
ECO-FINANCIERA	<ul style="list-style-type: none"> Nuevo nomenclador / baremo universal con criterios e indicadores objetivos Supremacía valor de consulta por encima de exploraciones en el baremo 		<ul style="list-style-type: none"> Colegios como centros de facturación para compañías de seguros Medidas coercitivas Sanciones por incumplimiento 	<ul style="list-style-type: none"> Liberalización práctica privada mediante seguros de reembolso Monetizar valores humanos Neoliberalismo (Hayek) 	
CLIENTE - ENTORNO	<ul style="list-style-type: none"> Afiliación y participación activa en sociedades: SEO, APOE, UNIPROMEL Interconexión estrecha entre todas las partes de la organización 	<ul style="list-style-type: none"> Dedicación exclusiva de los líderes representantes 	<ul style="list-style-type: none"> Trabajo en equipo, conversación y confraternización gremial Confianza en líderes, sociedades y supremacía del esfuerzo colectivo 	<ul style="list-style-type: none"> Orientar objetivos hacia los jóvenes: formación Cooperación entre sociedad nacional y regionales o de subespecialidad 	
SERVICIOS Y PROCESOS	<ul style="list-style-type: none"> Recambio órganos e instituciones de representación médica Unificación de estrategias de defensa de la profesión 	<ul style="list-style-type: none"> Líderes respaldados por equipos jurídicos 	<ul style="list-style-type: none"> Foros de transmisión del conocimiento y pensamiento; potenciación de inteligencia colectiva Foros de concienciación colectiva en congresos, mesas redondas 	<ul style="list-style-type: none"> Formación empresarial durante la residencia Estrategias de mejora de la humanización 	
TECNOLÓGICA			<ul style="list-style-type: none"> Herramientas digitales para un abordaje internacional: foros online Protocolos clínicos globales, de consenso, abiertos a la innovación 		



Bibliografía

1. Facoelche: Foro Facoelche (2022). Available at: <https://www.facoelche.com/foro-facoelche/que-es-el-foro-facoelche/> (Accessed on 28 Feb 2022).
2. BBC news: Keynes vs Hayek: duelo de gigantes de la economía (2011). Available at: https://www.bbc.com/mundo/noticias/2011/08/110810_keynes_hayek (Accessed on 28 Feb 2022).
3. Redacción Médica: El bisturí. (2018). Available at: <https://www.redaccionmedica.com/bisturi/-no-descansa-re-hasta-conseguir-que-el-medico-lleve-alpargatas-9543> (Accessed on 28 Feb 2022).
4. Gegúndez-Fernández JA. Tecnificación versus humanización. La inteligencia artificial al servicio del diagnóstico médico. Arch Soc Esp Oftalmol. 2018;93(3): e17–e19.
5. Urrutia-León MM. ¿El mercado siempre tiene razón? Crítica de las ideas éticas, políticas y sociales del neoliberalismo de F. Hayek. Pensamiento. Revista De Investigación E Información Filosófica, 72(274), 1217-1245. <https://doi.org/10.14422/pen.v72.i274.y2016.008>
6. American Academy of Ophthalmology (2022). Available at: <https://www.aao.org/practice-management> (Accessed on 28 Feb 2022).
7. American Medical Association (2022). Available at: <https://www.ama-assn.org/practice-management> (Accessed on 28 Feb 2022).
8. Gegúndez-Fernández JA, Piñero-Bustamante A, Benítez-Del-Castillo JM, et al. A new standardised nomenclature in ophthalmology: Criteria and quantitative evaluation indicators of medical procedures. Arch Soc Esp Oftalmol. 2020 Dec;95(12):591-602. doi: 10.1016/j.ofal.2020.07.019.
9. Organización Médica Colegial (OMC) (2022). Available at: <https://www.cgcom.es> (Accessed on 28 Feb 2022).
10. Asociación Profesional de Oftalmólogos Españoles (APOE) (2022). Available at: <https://apoe.es> (Accessed on 28 Feb 2022).
11. Unión Profesional de Médicos de Ejercicio Libre (2022). Available at: <https://unipromel.es> (Accessed on 28 Feb 2022).
12. Garay OE. La Medicina Prepaga (2017). Available at: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/la-medicina-prepaga> (Accessed on 28 Feb 2022).
13. Consejo Argentino de Oftalmología (CAO) (2022). Available at: <https://oftalmologos.org.ar> (Accessed on 28 Feb 2022)
14. Sociedad Argentina e Oftalmología (SAO) (2022). Available at: <https://www.sao.org.ar> (Accessed on 28 Feb 2022)
15. Cámara Nacional de Oftalmología (CAMEOF) (2022). Available at: <https://cadime.com.ar/se-realizo-el-lanzamiento-y-presentacion-oficial-de-cameof-camara-de-medicina-oftalmologica/> (Accessed on 28 Feb 2022)
16. Sociedad Española de Oftalmología. Nuevo nomenclátor (2020). Available at: <https://www.ofalmoseo.com/nuevo-nomenclator/> (Accessed on 28 Feb 2022)
17. Médicos y pacientes.com. Intrusismo, liderazgo médico y el nuevo nomenclátor, temas centrales de la reunión entre la Sociedad de Oftalmología y el Consejo de Médicos (2022). Available at: <http://www.medicosypacientes.com/articulo/intrusismo-liderazgo-medico-y-el-nuevo-nomenclator-temas-centrales-de-la-reunion-entre-la> (Accessed on 28 Feb 2022).