

DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE EL ALCANCE DE LA PRÁCTICA, EL REPARTO DE TAREAS Y LA DELEGACIÓN DE FUNCIONES

*Adoptada por la 60ª Asamblea General de la AMM, Nueva Delhi, India, Octubre 2009
y reafirmada por la sesión 212 del Consejo de la AMM en Santiago, Chile, Abril 2019
y revisada por la 76.ª Asamblea General de la AMM, Oporto, Portugal, octubre de 2025*

INTRODUCCION

En respuesta a la escasez mundial de personal sanitario y al aumento de los gastos de salud, se han elaborado diferentes medidas para cubrir las necesidades insatisfechas en la prestación de servicios de salud.

Durante la crisis del VIH/SIDA, la OMS, el Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (ONUSIDA) y el President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) recomendaron la delegación de funciones con el objetivo de brindar atención a todas las personas necesitadas. La delegación de funciones se definió como la transferencia de tareas específicas del personal sanitario altamente cualificado al personal sanitario con menor formación y cualificaciones. Sin embargo, la delegación de funciones conlleva riesgos significativos, en particular el riesgo de reducir la calidad de la atención al paciente y contribuir a la creación de un sistema de dos niveles en la medicina.

En 2021, la OMS publicó la terminología relacionada con el personal sanitario¹. Desaconsejó el uso del término «delegación de funciones», ya que implica simplemente transferir tareas de forma aislada, sin medidas de apoyo. En su lugar, la OMS promovió la compartición de tareas, que define como “la redistribución racional de responsabilidades entre los equipos de personal de la salud. Se comparten tareas o funciones específicas, cuando corresponde, con el personal sanitario menos especializado para utilizar eficientemente el personal disponible. Esto debe ir acompañado de medidas adecuadas en materia de formación, supervisión, apoyo a la gestión, concesión de licencias, regulación y remuneración”.

El término alcance de la práctica (o SOP) se refiere a los límites de los conocimientos, las habilidades y la experiencia de un profesional de la salud. Un alcance de la práctica refleja todas las tareas y actividades realizadas en el contexto de su función.

En los equipos multidisciplinarios de atención médica, los médicos y demás personal sanitario (como enfermeras, fisioterapeutas, auxiliares médicos o trabajadores comunitarios) colaboran para aportar su contribución única a la mejor atención del paciente. Este trabajo en equipo debe ser coordinado por un médico, como el miembro del equipo más formado y el que generalmente es responsable de las decisiones diagnósticas y terapéuticas. En estos equipos, es importante que cada profesional sanitario trabaje dentro de su ámbito de práctica.

Los equipos multidisciplinarios de atención médica no deben entenderse como colaboración interprofesional, como se describe en la declaración de la Alianza Mundial de Profesionales de la Salud sobre la Práctica Colaborativa Interprofesional. Esta declaración se refiere a la colaboración entre profesionales de la salud colegiados o regulados, con un alto nivel de formación y adheridos a estrictos códigos de ética.

Algunos centros o jurisdicciones de atención médica han creado nuevos grupos de personal sanitario cuya función es asistir a otros profesionales de la salud, específicamente a médicos, así como nuevos grupos capacitados para realizar tareas específicas de forma independiente, con o sin supervisión médica. Si se permite que estos nuevos grupos realicen tareas propias de los médicos por su cuenta, sin supervisión médica, la calidad de la atención podría verse afectada. Existen diversos riesgos, como diagnósticos incorrectos, tardíos

RESOLUCION DE LA AMM SOBRE LA DELEGACION DE FUNCIONES DE LA PROFESION MEDICA

o sobrediagnósticos, tratamientos incorrectos e incapacidad para abordar complicaciones, un servicio fragmentado e ineficiente, y la falta de un seguimiento adecuado. También puede incrementar el costo total de la atención, ya que el personal sanitario no médico tiende a recurrir a consultas, pruebas diagnósticas y de otro tipo para compensar su menor formación y capacitación en comparación con los médicos. Asimismo, puede verse comprometido el cumplimiento de las normas éticas específicas de la profesión médica.

Todas estas medidas a menudo se implementan para contrarrestar la grave escasez de médicos, por razones sociales o económicas, a petición de otros profesionales de la salud o para reducir costos, con el pretexto de la eficiencia u otras afirmaciones no comprobadas. En algunos casos, los estudios demuestran que los no médicos en realidad aumentan el costo y la ineficiencia. El ahorro de costos y las eficiencias también pueden verse facilitados por otras intervenciones como el avance de la tecnología médica, que puede estandarizar el desempeño y la interpretación de ciertas tareas y ampliar las habilidades y los conocimientos de los médicos y otros profesionales de la salud y los esfuerzos para incentivar a los médicos a ejercer en zonas rurales o marginadas. Los datos también muestran que quienes no son médicos tienden a ejercer en los mismos lugares que los médicos, lo que invalida la idea de que estas propuestas resolverán las preocupaciones sobre el acceso a la atención médica. Cabe destacar que la escasez de personal no se limita a los médicos, sino que afecta a muchos profesionales de la salud.

Debe reconocerse que la medicina nunca puede considerarse únicamente una disciplina técnica. La salud, los derechos, la calidad de la atención y la ética médica de los pacientes deben ser las principales prioridades.

RECOMENDACIONES

Por lo tanto, la Asociación Médica Mundial recomienda las siguientes normas:

1. Los enfoques de equipo multidisciplinarios, dirigidos y coordinados por un médico, deben considerarse la regla de oro. Esto debe implicar la creación de equipos de atención médica interactivos y de apoyo mutuo, donde cada miembro pueda aportar su contribución única a la atención prestada, basándose en su formación, competencia, área de experiencia y alcance de la práctica (como lo acordó el médico dirigente).
2. La calidad y la continuidad de la atención, la seguridad del paciente y la ética médica nunca deben verse comprometidas y deben ser la base para todas las reformas y la legislación sobre el personal de la salud.
3. Se debe garantizar el respeto de la competencia del médico, la independencia profesional y la autonomía clínica en cualquier reforma del personal de la salud. El diagnóstico, como base para cualquier acción relacionada con la salud del paciente, y los tratamientos prescritos deben permanecer como única responsabilidad del médico.
4. Es imperativo consultar e involucrar a los médicos y sus organizaciones profesionales representativas cuando se considere si se delegan funciones de los médicos o las abren a otros profesionales de la salud o nuevos grupos. Esta participación debe ser explícita y cubrir todos los aspectos para asegurar una atención de alta calidad, en especial en la reforma de las legislaciones y reglamentos. En algunos sistemas de salud, los médicos podrían considerar iniciar y formar un nuevo grupo de asistentes bajo su supervisión y conforme a los principios de seguridad y atención de pacientes apropiada, y con marcos normativos claros, que se crearán si es necesario.
5. Cuando se transfieren tareas de los médicos a otros profesionales de la salud, la responsabilidad clínica y legal respectiva debe definirse claramente antes de su implementación. Estas definiciones deben incluirse en las políticas oficiales y ponerse a disposición de todas las partes interesadas. En particular, se debe informar a los pacientes sobre el personal sanitario que los atiende. Términos como «doctor» o «médico» no deben utilizarse de forma que confundan a los pacientes ni impliquen una mayor capacitación.
6. Las normas para asegurar la calidad y los protocolos de tratamientos deben ser definidas, implementadas y supervisadas por los médicos. Los sistemas de acreditación deben ser elaborados e instaurados a fin de asegurar la calidad de la atención. Las funciones y responsabilidades del personal de salud diferente deben

RESOLUCION DE LA AMM SOBRE LA DELEGACION DE FUNCIONES DE LA PROFESION MEDI

ser aclaradas. Se debe definir con claridad las funciones que pueden ser desempeñadas sólo por los médicos, específicamente, se debe estudiar con cuidado la función del diagnóstico y la prescripción, el personal no médico no debe intervenir o ser presionado más allá de los límites de sus funciones.

7. Todas las reformas del personal de salud deben buscar la creación de sistemas de salud sostenibles y que marchen con toda su capacidad, que promuevan la calidad de la práctica profesional. Se debe tratar de formar y emplear a personal con mayor experiencia más requerido, incluidos los médicos, en lugar de delegar funciones a personal con menos conocimientos.
8. Se deben realizar evaluaciones (incluidas las estructuradas) de las consecuencias de las reformas del personal de salud para el paciente y su salud, al igual que el rendimiento y la eficacia de la prestación de la atención.
9. Las reformas en salud en las que las funciones se delegan a profesionales de la salud no médicos sin supervisión no deben ser consideradas únicamente como una medida de economía, porque sus beneficios no están comprobados. Las medidas motivadas por costos es probable que no produzcan resultados de calidad para beneficio del paciente. Se debe realizar un análisis verosímil de los beneficios de dichas reformas, a fin de evaluar los resultados en materia de salud pública, de rentabilidad y productividad, también se debe estudiar y evaluar de forma independiente y no bajo los auspicios de los designados para realizar o financiar estas reformas.
10. Las reformas en salud que cambian los ámbitos de la práctica o que implementan nuevos grupos de personal de salud deben ser complementadas con medidas de incentivos para la retención de los médicos, como un aumento de sus sueldos y mejoramiento de las condiciones de trabajo.
11. Las reformas en salud que cambian los ámbitos de la práctica o la implementación de nuevos grupos de personal de la salud debe estar precedida por una revisión, análisis y discusión sistemáticas de las necesidades, costos y beneficios potenciales. No debe ser instaurada solamente como respuesta a otras evoluciones en el sistema de salud y para que la práctica en colaboración tenga éxito, se debe mejorar la formación en liderazgo médico y trabajo en grupo. También debe existir una comprensión clara del ámbito de la práctica de cada miembro del equipo de salud, sobre para qué se educa a cada persona y lo que es capaz de hacer, de las responsabilidades y un uso definido de la terminología aceptado uniformemente.
12. Las razones que justifican reformas en salud varían según el país, por lo que las soluciones que son adecuadas para un país no pueden aplicarse automáticamente a otro.
13. Se debe llevar a cabo una investigación para identificar los modelos de formación eficaces para el personal de salud menos expertos. El trabajo debe alinearse con los distintos modelos que existen en la actualidad. La investigación también debe recolectar y compartir información, evidencia y resultados. La investigación y el análisis deben ser completos e independientes, los médicos deben participar en el proceso.
14. La AMM debe considerar la creación de un marco para intercambiar información sobre este tema en el que los miembros puedan discutir sobre los avances en sus países y los efectos en la atención de pacientes y los resultados.
15. Cuando elaboren legislación y políticas pertinentes, los gobiernos y los organismos de salud deben asegurarse que las definiciones sobre el alcance de la práctica para los profesionales de la salud sean consistentes, seguras y faciliten la más alta atención de calidad, además de definir con claridad los roles y funciones que sólo deben desempeñar los médicos y qué tareas los profesionales de salud no médico pueden realizar con supervisión médica.