



**Síntesis del
Seminario de la EPM
Santander 2022
-Encuentros y Plenarios-**

21, 22 y 23 de septiembre de 2022

Palacio de la Magdalena

Santander

Editores

- CGCOM
- Escuela de la Profesión Médica, EPM
- Arcadi Gual Sala, Amando Martín Zurro, Jordi Palés Argullós

Diseño y Maquetación: SEAFORMEC

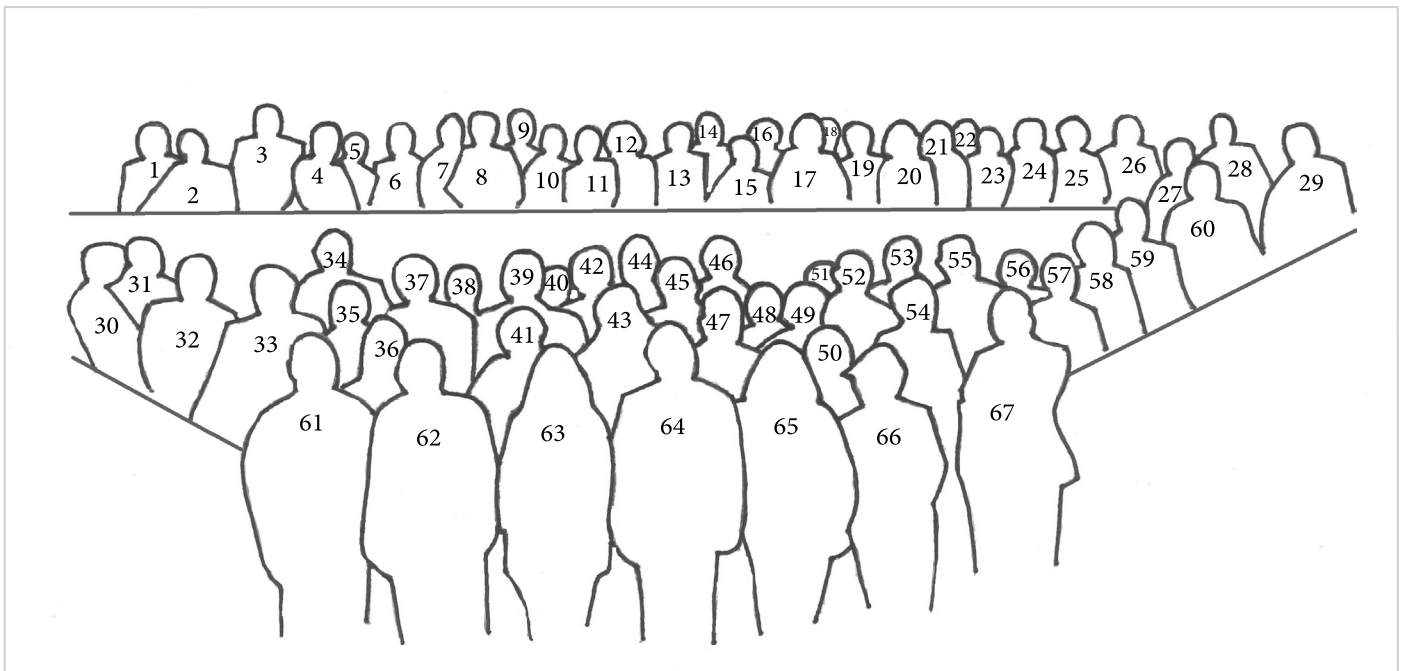


Reconocimiento no comercial

Compartir igual

by-nc-sa

Seminario Santander 2022



Escuela de la Profesión Médica 2022¹

1. Juanjo Arraez Galiñanes
2. Santiago Campo Rama
3. Pedro Cabrera Navarro
4. Ricard Valero Castell
5. Juan Villar Gallardo
6. Javier Lozano Díaz
7. J. Pablo Carrasco Picazo
8. Domingo A. Sánchez Martínez
9. Álvaro Cerame del Campo
10. Eva García Camacho
11. Beatriz Serrano Montalván
12. M^a Concepción Villafañez G^a
13. Carlos Arjona Mateos
14. Jaime Medrano de Palacio
15. Rosa María Marín Montero
16. Serafin Romero Agüit
17. Evelio Robles Agüero
18. Cosme Naveda Pomposo
19. Mariano Casado Blanco
20. Emilia Marta León Santana
21. Isabel Prieto Erades
22. Carlos Lapeña Aragüés
23. M^a del Carmen Arias Blanco
24. Jose María Borrel Martínez
25. Jose Luis Almudí Alegre
26. Luis Antuña Montes
27. Marina Morales Ayuso
28. Jose Ramón Huerta Blanco
29. Jose Luis Alcívar Gallego
30. Carmen Puig García
31. Enrique de la Figuera V.W
32. Manuel Fernández Chavero
33. Alfonso Carmona Martínez
34. Antonio Franco Fdez-Conde
35. Carmen Solarzano Sanchez
36. Luciana Nechifor
37. Jose M^a Domínguez Roldán
38. Ricardo Rigual Bonastre
39. Pedro Navarro Merino
40. Amando Martín Zurro
41. Carmen Gallardo Pino
42. Tomás Chivato Pérez
43. Elena Fernández Martínez
44. Antonio F. Compañ Rosique
45. Sebastián Martínez Fdez
46. J. Ángel Franco Fdez-Conde
47. Arcadi Gual Sala
48. José Lázaro González
49. Jordi Palés Argullós
50. Milagros García Barbero
51. Gabriel del Pozo Sosa
52. Hermann J. Schwarz Chavarri
53. Victor Pedrera Carbonell
54. Natividad Laín Terés
55. Jose Manuel Perís Velarde
56. Guillermo Llago Navarro
57. Ana Obeso Cáceres
58. María Teresa Vidal Candela
59. Ángel Pérez Arias
60. Joan Monés Xiol
61. Jose M^a Rodríguez Vicente
62. Enrique Gilabert Pérez
63. Isabel Moya García
64. Tomás Cobo Castro
65. Manuela García Romero
66. M^a Rosa Arroyo Castillo
67. Jose Manuel Repullo Labrador

¹ El número total de participantes en la edición Santander 2022 fue de 123

Escuela de la Profesión Médica 2022

Consejo de gobierno



Presidente.
Tomás Cobo Castro



Vocal.
María Isabel Moya García



Vocal.
Manuela García Romero



Vocal.
José María Rodríguez Vicente



Vocal.
María Rosa Arroyo Castillo



Vocal.
Enrique Guilabert Pérez

ÍNDICE

Encuentros	<i>Página</i>
▪ La atención al paciente con discapacidad intelectual a la luz de la Ley 8/2021.	9
Coordinador: Rafael Teijeira Álvarez	
▪ El ejercicio privado de la medicina en el 2030.	13
Coordinador: Juan Abarca Cidón	
▪ Los médicos y su rol docente: Requisitos y Problemas.	16
Coordinador: Domingo Sánchez Martínez	
▪ La deontología médica en el día a día de los Colegios.	23
Coordinador: José M.ª Domínguez Roldán	
▪ La atención médica al menor.	26
Coordinador: Mariano Casado Blanco	
▪ Salud y cambio climático.	30
Coordinadora: Manuela García Romero	

Sesiones plenarias	<i>Página</i>
▪ Qué ha cambiado y qué debe cambiar en la práctica clínica tras la respuesta a la pandemia que ha protagonizado la medicina española y el SNS.	34
Coordinador: José Ramón Repullo Labrador	
▪ Los Colegios y la aplicación práctica de la Ley 3/2021 (LORE, Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia).	41
Coordinador: José M.ª Domínguez Roldán	
▪ Síntesis general de los coordinadores y representantes de los seis Encuentros y Plenarios.	46
Coordinador: Amando Martín Zurro	

La segunda edición de los Seminarios de Verano de la Profesión Médica, en la línea iniciada por la primera celebrada en 2021, ha permitido a los asistentes participar activamente en el análisis y discusión de diversos temas que han resultado de interés tanto para los profesionales como para las entidades colegiales.

Tras la celebración del Seminario cada coordinador ha elaborado un documento resumen que sintetiza los contenidos tratados. Este documento cumple con el compromiso adquirido por la organización de facilitar a todos los interesados las aportaciones del Seminario Santander 2022.

Escuela de la Profesión Médica

Consejo de gobierno

Presidente: Tomás Cobo Castro

Vocales

- María Isabel Moya García
- Manuela García Romero
- José María Rodríguez Vicente
- María Rosa Arroyo Castillo
- Enrique Guilabert Pérez

Comité académico

- Arcadi Gual Sala (Director)
- Elena Fernández Martínez (Coordinadora académica)
- Jordi Palés Argullós (Coordinador académico)
- Resu Herranz Luengo (Secretaría académica)

- Mila García Barbero
- Manuela García Romero
- Amando Martín Zurro
- Joan Monés Xiol
- José Ramón Repullo Labrador
- Juan José Rodríguez Sendín
- Guillermo Vázquez Mata

Administración y Secretaría

- Susana Iglesias Guillén
- Jonathan López Jiménez

ENCUENTROS

ENCUENTRO

La atención al paciente con discapacidad intelectual a la luz de la Ley 8/2021

Colegio Oficial de Médicos proponente: Navarra



Coordinador.

Rafael Teijeira Álvarez

Presidente del COM de Navarra



Ponente.

Jacinto Bátiz Cantera

Comisión Central de Deontología OMC



Ponente.

José María Borrel Martínez

Presidente del COM de Huesca



Ponente.

Juan Manuel Fernández Martínez

Magistrado. Vocal CGPJ

Pdte. del Foro Justicia y Discapacidad



Ponente.

Julio Antonio Guija Villa

Jefe de Servicio de Psiquiatría Forense del IML y CF de Sevilla

El 3 de junio de 2022 se publicó en el BOE la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. La dignidad de la persona con discapacidad y el derecho al libre desarrollo de la personalidad en condiciones de igualdad inspiran esta nueva norma.

En el preámbulo de esta se recoge que *“se impone así el cambio de un sistema como el hasta ahora vigente en nuestro ordenamiento jurídico, en el que predomina la sustitución en la toma de las decisiones que afectan a las personas con discapacidad, por otro basado en el respeto a la voluntad y las preferencias de la persona quien, como regla general, será la encargada de tomar sus propias decisiones.”*

Esta norma afecta a un número importante de la población. Según el informe a 31/12/2020 de la base estatal de datos de personas con valoración del grado de discapacidad, 1 de cada 100 personas tiene discapacidad intelectual o del desarrollo. Hay más de 268 mil personas con una discapacidad intelectual reconocida (grado igual o superior al 33%).

El encuentro ha pretendido presentar un enfoque multidisciplinar, desde los ámbitos jurídico, deontológico y asistencial, para ayudar a que los médicos conozcan esta nueva norma y su implicación en la asistencia sanitaria.

A partir de la entrada en vigor de la Ley (septiembre de 2021), se producen cambios terminológicos que es bueno conocer para adaptarlos a nuestros informes y en la historia clínica. Los procedimientos en el ámbito de los tribunales no son denominados de “modificación de la capacidad”. Desaparecen los términos “incapacidad” e “incapacitación” y pasamos a hablar de medidas de apoyo a las personas con discapacidad para ejercicio de capacidad jurídica. La tutela en mayores de edad y emancipados desaparece, también la prodigalidad, y la curatela se convierte en principal medida de apoyo de origen judicial para las personas con discapacidad, si bien la pretensión de la norma es que las medidas de apoyo en lo posible sean de naturaleza voluntaria y fuera del ámbito judicial, potenciando la guarda de hecho. En el preámbulo la norma recoge que “el proceso (en el ámbito de los tribunales) debe alejarse del esquema tradicional para pasar a orientarse hacia un sistema de colaboración interprofesional o «de mesa redonda», con profesionales especializados de los ámbitos social, sanitario y otros que puedan aconsejar las medidas de apoyo que resulten idóneas en cada caso”.

Por tanto, el papel de los médicos para ayudar a establecer adecuadamente estas medidas sigue siendo muy relevante especialmente el de los médicos forenses y el de los peritos especializados en el ámbito de la salud mental.

Desde el punto de vista jurídico, las líneas maestras del nuevo sistema de provisión de apoyos incluyen los siguientes aspectos:

- Que es aplicable a personas mayores de edad o menores emancipadas que precisen una medida de apoyo para el adecuado ejercicio de su capacidad jurídica.
- Que la finalidad de estas medidas de apoyo es «permitir el desarrollo pleno de su personalidad y su desenvolvimiento jurídico en condiciones de igualdad» y han de estar «inspiradas en el respeto a la dignidad de la persona y en la tutela de sus derechos fundamentales».

- Que las medidas judiciales de apoyo tienen un carácter subsidiario respecto de las medidas voluntarias de apoyo, por lo que sólo se acordaran en defecto o insuficiencia de estas últimas.
- Que no se precisa ningún previo pronunciamiento previo sobre la capacidad de la persona.
- Que la provisión judicial de apoyos debe ajustarse a los principios de necesidad y proporcionalidad, ha de respetar la máxima autonomía de la persona con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica y debe atenderse en todo caso a su voluntad, deseos y preferencias. Debe hacerse un traje a medida.

Sin embargo, su necesario ajuste con las decisiones a adoptar en relación con el tratamiento sanitario de la persona con discapacidad ha quedado al margen de las previsiones del legislador. Distintos autores entienden que procede una modificación normativa de la Ley 41/2002, de la autonomía del paciente. Así también lo ha pedido el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI). En la práctica cuando la persona cuente con apoyo de un curador que goce de facultades representativas procede, con criterio general, atender al criterio de este. Si se trata de familiares o personas que realizan la guarda de hecho, procede por el profesional hacer una mínima investigación que le permita acreditar esa representación. Evidentemente siempre el paciente debe participar, en la medida de lo posible, en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario y siempre hay que tener en cuenta sus decisiones previas, si las hubiera.

El concepto sobre discapacidad intelectual ha evolucionado. Actualmente la DSM5 habla de “discapacidad intelectual” si bien en versiones anteriores hablaba de “retraso mental”. De la misma manera la CIE habla en su versión 11 de “trastornos del desarrollo intelectual”, cuando en su versión 10 habla de “retraso mental”.

Lo nuclear desde el punto de vista médico es la determinación de la voluntad del paciente, condición que no siempre es fácil de acreditar. El profesional debe conocer las herramientas que ayudan a determinar la voluntad y la capacidad de consentimiento. Siempre ha de valorarse la dependencia emocional de las personas que les representan, investigando, en lo posible, fenómenos de captación de la voluntad. La valoración del paciente siempre debe incluir el estado de las habilidades funcionales, tanto básicas como instrumentales en función de la voluntad y del estado físico de la persona.

En las personas con discapacidad intelectual el principal motivo de queja es el trato que se recibe y no tanto el tratamiento.

A la luz de la ética, el respeto a la dignidad de la persona en los ámbitos asistenciales se basa en los siguientes aspectos:

- Aceptar al otro como ser autónomo con plena libertad de conciencia y agente de su propia vida o de su salud (autonomía).
- Procurarle el bien y evitarle el mal en lo posible, esto es, velar por la relación riesgo-beneficio de cualquier intervención (beneficencia-no maleficencia).
- No discriminarlo por razón de procedencia, sexo, edad, nivel, etc., y sí positivamente por su mayor necesidad (justicia).

Para atender adecuadamente a estos pacientes se necesita formación adecuada. Los pacientes con discapacidad intelectual, como el resto de los pacientes, tienen derecho a ser informados sobre los procedimientos médicos que se van a llevar a cabo con su persona y decidir si se quieren someter a ellos o no. Muchas personas con discapacidad intelectual tienen capacidad para decidir sobre ello si se les ofrece la oportunidad y los apoyos necesarios.

Para facilitar la comunicación y atender sus necesidades hemos de mantener un trato amable y respetuoso, explicar de manera anticipada los pasos a seguir, las pruebas que le vamos a practicar y el tratamiento. Esto le dará seguridad y confianza. Para ello hemos de utilizar un lenguaje sencillo, con frases cortas y claras. Hacerlo con respeto, no con pena, huyendo del concepto del “eterno niño”. En general tienen mejor comprensión visual que auditiva. Hemos de responder a sus preguntas, asegurándonos que la persona haya comprendido nuestras respuestas. Hemos de tener paciencia porque las personas con discapacidad intelectual pueden reaccionar lentamente y tardar en comprender lo que se le dice.

Desde la práctica clínica se entiende que no es fácil en ocasiones cumplir con estas sugerencias, pero se cree necesario hacer una serie de propuestas para mejorar la atención a estos pacientes:

- Formación e información adecuada y actualizada para los profesionales.
- Facilitar la atención de estos pacientes en un entorno físico y temporal adecuado.
- Integración de programas específicos en la cartera de servicios, alguno de ellos disponibles en las asociaciones de pacientes.
- Integración de información fácilmente accesible sobre procesos poco frecuentes para su consulta por los profesionales.
- Especialidad de Genética Clínica.
- Estrategia de Salud mental en PDI: atención a la problemática dual.
- Unidades de referencia interautonómicas con acceso libre de burocracias.

Hay que recordar que la persona con discapacidad intelectual aprende más despacio pero no pierde su capacidad de aprendizaje, si le enseñas, y cualquier momento es bueno para aprender. Y también nosotros, que podemos aprender también de ellos muchas cosas. Tengámoslo presente.

Colegio Oficial de Médicos proponente: Málaga



Colegio
Oficial de
Médicos
de Málaga



Coordinador.

Juan Abarca Cidón

Presidente de la Fundación IDIS



Ponente.

Jose Luis Alcibar Gallego

Representante Nac. Medicina Privada CGCOM



Ponente.

Luis Mayero Franco

Consej. Asistencia Sanitaria Interprovincial
de Seguros, S.A.U., ASISA



Ponente.

Carlos Rus Palacios

Pdte. Alianza Sanidad Privada Española. ASPE



Ponente.

Tomás Toranzo Cepeda

Confed. Estatal de Sindicatos Médicos. CESM

Las conclusiones principales de este Encuentro se centraron en los siguientes aspectos:

1. Los retos que tiene el sistema sanitario son múltiples y variados en términos de formación, adecuación estratégica de profesionales en número y cualificación, reconocimiento del esfuerzo y cumplimiento de objetivos, nuevos roles de las diferentes profesiones sanitarias, incorporación de la innovación y de nuevas profesiones que se imbrican en la actividad sanitaria (ingenieros, estadísticos, físicos, matemáticos, científicos de datos, bioinformáticos, etc.) transformación y evolución digital y nuevos modelos de cooperación privada-pública entre otros.
2. En cuanto a envejecimiento y cronicidad es imprescindible adecuar las estructuras, infraestructuras, procedimientos y procesos a la realidad sociodemográfica actual y futura con una reordenación profesional especializada sustentada en modelos de continuidad asistencial desarrollados bajo criterios de interoperabilidad que involucren a todos los agentes implicados. Es imprescindible una adecuada planificación estratégica sanitaria y sociosanitaria dotada de una adecuada financiación.
3. El reto tecnológico no debe suponer un gasto, debe ser considerado como una inversión, ha de contribuir a hacer al sistema más sostenible y eficiente a la vez que aportar y facilitar al profesional más tiempo para desarrollar su tarea principal que es la asistencial dentro del marco de la relación médico-paciente. Este revulsivo precisa de un cambio cultural de los profesionales y una adecuación de los procesos y procedimientos con la mirada puesta en la obtención de los mejores resultados sanitarios y de salud bajo parámetros de calidad, seguridad y eficiencia.
4. En cuanto a honorarios la conclusión es más que evidente, se hace necesario actualizar el precio de las primas de los seguros de salud y evitar las pólizas "*low cost*", para de esta forma poder incrementar el retorno y favorecer a su vez el reconocimiento de la ardua y compleja tarea de los facultativos.
5. Sobre la cooperación entre las diferentes profesiones sanitarias y la asunción de nuevos roles que puedan descargar de presión asistencial al médico, se resume en una frase "los atajos no existen en medicina y la calidad del proceso asistencial está por encima de todo tipo de requerimientos". En este sentido la formación continuada, la creación e impulso de la formación profesional de grado superior y la atención a la carga burocrática del facultativo entre otros aspectos se hacen imprescindibles. Es clave el trabajo en equipo asumiendo cada cual sus roles para los que ha sido formado máxime teniendo en cuenta que la medicina es una tarea perfecta y estrictamente regulada.

Finalmente en cuanto a la sanidad privada en el 2030 se aportan diversos perfiles a la cuestión, desde la despoblación rural, pasando por el necesario censo de médicos para evaluar y establecer estrategias de adecuación a la realidad, pasando por la imprescindible mejora de los honorarios, el aprovechamiento de profesionales extracomunitarios, la apuesta decidida por la prevención y la innovación tecnológica y en este contexto, la transformación y disrupción digital en un marco de eficiencia emergente, todo ello en un marco de gestión adecuado, despolitizado que termine con los atavismos y demagogias en torno a la dicotomía sanidad pública - sanidad privada, generando un sistema único, integrado y sinérgico con una doble provisión y aseguramiento centrado en la continuidad asistencial entre el sector público y privado.

De cara al 2030 la sanidad privada va a continuar creciendo y la tecnología va a facilitar e impulsar la calidad y calidez asistencial puesto que el médico va a disponer de más tiempo para sus pacientes y en este contexto la cooperación privada-pública va a adquirir nuevas dimensiones a través de nuevos modelos y fórmulas colaborativas.

ENCUENTRO

Los médicos y su rol docente: Requisitos y Problemas

Colegios Oficiales de Médicos proponentes: Badajoz, Jaén, La Rioja, Sevilla y Valladolid



Coordinador.

Domingo A. Sánchez Martínez

Repr. Nac. Médicos Jóvenes

Promoción del Empleo CGCOM



Ponente.

Juan Pablo Carrasco Picazo

Vocal Médicos Jóvenes COM de Valencia

Vocal CNECS



Ponente.

Álvaro Cerame del Campo

Comisión Ejecutiva EJD



Ponente.

Antonio Compañ Rosique

Decano Facultad de Medicina UMH



Ponente.

Tomás Chivato Pérez

Decano Fac. de Medicina CEU San Pablo



Ponente.

Francesc Feliú Vilaró

Rep. Nac. Médicos, Tutores y Docentes

CGCOM



Ponente.

Carmen Gallardo Pino

Decana Facultad de Medicina URJC

En este Encuentro se abordó uno de los temas de mayor impacto para la profesión médica del futuro: la formación de los futuros profesionales médicos y el rol de los médicos en este proceso. Actualmente la formación de un médico se divide principalmente en tres etapas con características y problemáticas bien definidas. Primero, nos encontramos con la formación de grado que se ofrece en las facultades de medicina. Unas facultades que en la última década se han debido actualizar a marchas forzadas a los nuevos planes del Espacio Europeo de Educación Superior, también conocido como Plan Bolonia.

Pero, ahora bien, ¿qué impacto ha tenido este cambio? ¿Se han actualizado los planes docentes de acuerdo con las necesidades de salud de la población como son las competencias en atención primaria o las pandemias del siglo XXI? ¿Existen facilidades para que los clínicos puedan participar de la docencia universitaria? Todas esas preguntas salieron a la palestra y fueron abordadas por el panel de expertos universitarios y clínicos con el que contamos en este encuentro.

Tras ese análisis de la primera etapa en la formación de un médico, se abordó la transición entre la etapa formativa del grado y la formación sanitaria especializada. Se exploraron los problemas específicos de la entrada al MIR y posteriormente durante la etapa de la formación sanitaria especializada (FSE) y sus problemas más acuciantes en relación con la docencia y la tutorización en esta etapa de vital importancia para formar a los especialistas del mañana. Se analizó el modelo actual de formación competencial en España durante el conocido como sistema MIR, y lo contrastamos con el contexto europeo. Finalmente analizamos la tercera fase de la formación del médico en el contexto de la Formación Continuada y el Desarrollo Profesional Continuo. Todo ello trabajado y analizado desde una perspectiva multidisciplinar y bajo un mismo objetivo, plantear acciones de futuro que contribuyan a mejorar lo pasado.

Análisis de los temas tratados y conclusiones del Encuentro

1.- El rol docente del médico en el contexto de la formación de grado.

Entre los mensajes que se reflejaron en el encuentro destacan los que se exponen a continuación:

La docencia durante el grado debe de estar centrada en el paciente.

Es importante resaltar que el objetivo de la medicina es tratar enfermos, por lo que este quehacer debe estar integrado en los contextos de aprendizaje. Existe igualmente una obligación moral, ética y deontológica para el ejercicio del rol docente, pues en la práctica de la medicina está también la enseñanza de esta. Destaca el papel de la universidad como generadora de conocimiento en un ambiente donde se deben potenciar las competencias investigadoras. En ese contexto destacan los trabajos fin de grado como instrumentos potenciadores del quehacer investigador.

Una pregunta recurrente en nuestro entorno es ¿cómo será la medicina del futuro? Sea como fuere, de lo que no puede escasear esa medicina es de la parte humanista. Por eso las facultades de medicina deben ser fuentes de humanización a través de un objetivo claro que se marca como obligación y es el de imbricar este campo en un entramado de conocimientos y competencias centrados en el paciente.

A continuación, durante esa parte del encuentro donde se debatía el rol docente durante la formación de grado, se habló de la situación infravalorada de la docencia

médica en el Sistema Universitario Español. Se expuso la dramática situación que viven las Facultades de Medicina con plantillas precarizadas en las últimas décadas, con insuficiente profesorado de manera global, pero de particular urgencia en algunos sectores y áreas de conocimiento. Una de ellas debe de ser la de poner en valor el trabajo que los médicos hacen como docentes.

Para resaltar ese trabajo se debe conocer el rol del profesor no como un mero transmisor de conocimientos sino como un facilitador y mentor. El modelo de acreditación a partir de la investigación debe modelarse para dar importancia a la actividad clínica. Todo ello acompañado con la capacidad que tiene el profesor de transmitir y enseñar con espíritu crítico. Finalmente, se expuso la necesidad de formación pedagógica para el profesorado médico, así como la necesidad de una continuidad formativa para el mismo. Se resaltó la importancia de la acreditación en términos de calidad de los planes y los programas formativos que se ofrecen en las facultades de medicina.

2.-El rol docente del médico en la transición grado-FSE.

El Sistema universitario (SUE) y la Formación Sanitaria Especializada (FSE) actúan como compartimentos estancos. No existe una coordinación real ni efectiva entre organismos ministeriales para asegurar una adecuada transición entre etapas de aprendizaje. Durante esta parte de la sesión se trató de responder a tres preguntas: ¿Existe coordinación entre estos dos sistemas? ¿Cómo es el proceso de transición entre estos dos sistemas? ¿Favorece el sistema de transición al aprendizaje?

Uno de los elementos fundamentales del aprendizaje de la labor de un médico tiene que ver no solo con el aprendizaje competencial, sino la posibilidad de probar esa competencia en contextos cambiantes y en sistemas complejos como son los sistemas sanitarios. Por ello se hace necesario un proceso de socialización organizacional que permita la adquisición de las llamadas configuraciones complejas y los roles de desempeño; estas serían las competencias adaptadas a contextos cambiantes, convirtiendo al discente en un experto en la adaptación.

Por ello llama la atención la falta de coordinación entre el contexto de aprendizaje universitario y la FSE. No existen currículos competenciales ni mecanismos de *feedback* que favorezcan la longitudinalidad en el aprendizaje. El estudiante egresado solo porta como bagaje una nota numérica que además tiene un valor muy reducido en la ponderación que se realiza junto con el examen MIR como baremo de acceso a la residencia. Además, existe un lapso muy largo en la transición: un periodo mínimo de un año si la persona saca los resultados deseados para acceder a la especialidad de su elección.

En este proceso destaca el rol docente que algunos médicos ejercen para un tipo de competencia específica para la transición: la preparación del examen MIR. Este modelo de aprendizaje no está exento de problemas o de incentivos perversos. En primer lugar, porque desvirtúa el aprendizaje en el grado. El peso abrumador del examen MIR (90%) de cara a la elección de especialidad dota al modelo de examen tipo test multirrespuesta y a las lógicas imperantes en este examen de una influencia muy relevante que influye en la orientación de la formación de grado (*conflicto entre estudiar Medicina o MIRicina*). Asimismo, genera unas dinámicas de competitividad entre facultades que luchan por estar mejor posicionadas en los rankings e incentivan la preparación al MIR desde la institución. Asimismo, las academias MIR actúan como entes privados que

homogenizan y aparentemente estandarizan el aprendizaje. No obstante, suponen un problema de accesibilidad para personas de bajos recursos dado que son entes privados.

Además, podría entenderse que el estado realiza una dejación de funciones relegando una parte tan importante del aprendizaje a organismos privados no acreditados ni regulados suficientemente.

Por parte del Ministerio de Sanidad llama la atención como se ha utilizado el examen MIR y el modelo de acceso como una medida de control demográfico en tiempos de superávit de profesionales habiendo generado una bolsa de médicos que no podían acceder a la especialidad que ha llegado a rondar los 1000 médicos egresados por año. A pesar de que el examen MIR surgió como una herramienta de ordenación de cara a la elección, se ha consolidado como un mecanismo de evaluación. De esta manera ha usurpado de manera tácita algunas funciones del sistema universitario y se podría intuir que ha podido ocultar excedente de profesionales por parte de las facultades de medicina durante algunos años con el pretexto de que no superan la evaluación. No tiene sentido tener miles de egresados estudiando durante años en procesos altamente competitivos que producen resultados deletéreos en la salud mental, que no han sido diseñados a tal efecto y que no han probado ser elementos que favorezcan a la calidad del aprendizaje. En el momento actual nos encontramos en un contexto dónde existiría un déficit relativo de médicos en algunas especialidades y esto cobraría mucho menos sentido. Especialmente cuando se barajan otras opciones como favorecer las homologaciones.

Asimismo, existe un potencial de mejora de los procesos de aprendizaje entre las facultades y la FSE. En primer lugar, poder poner las instituciones al servicio del aprendizaje y no de la evaluación. Se pueden utilizar métodos como el *feedback* y los portafolios competenciales para ir trabajando las fortalezas y debilidades en competencias clínicas y de trabajo en equipos multidisciplinares. Es necesario aumentar la importancia del aprendizaje del grado en el acceso a la FSE. Por último, es necesario favorecer la coordinación entre Administraciones Públicas, en particular entre el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Universidades. Por ello sería interesante poder explorar vías como una agencia que vele por la calidad de la formación médica o de las profesiones sanitarias a través del continuum formativo.

Los cambios que se proponen:

- Adelantar el examen MIR reduciendo los tiempos muertos de formación y cuellos de botella.
- Aumentar la importancia del expediente académico en el baremo de acceso a la FSE.
- Favorecer el diálogo entre administraciones sanitarias y educativas para generar espacios y formas de transición entre niveles de continuum formativo.
- Generación de una agencia pública que cuente con la participación de los agentes implicados que vele por la calidad de la formación médica en el continuum formativo.
- Explorar mecanismos de transición que favorezcan el aprendizaje e integre el feedback al médico del aprendizaje de la etapa de grado.

3.- Fortalezas y debilidades del proceso de formación de especialistas. Rol del residente en los cambios pasados y futuros de la FSE.

Los médicos internos residentes realizan un papel fundamental como docentes y participantes del sistema de formación de manera activa. No solo reciben formación y

ejercen una tarea asistencial básica, sino que como parte del sistema sanitario, a nivel legal tienen la obligación de participar en la docencia de otros profesionales y estamentos cuando sea oportuno, tal y como se establece en la Ley General de Sanidad de 1986 y en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias de 2003 de la siguiente manera: “Toda la estructura asistencial del sistema sanitario estará en disposición de ser utilizada para la investigación sanitaria y para la docencia de los profesionales”. Y su rol no solo se queda en la ley, sino que, según una encuesta propia realizada en varios hospitales de Valencia, un 90% de los residentes han supervisado a otros residentes más pequeños y un 70% a estudiantes de Medicina, sin el apoyo de otras figuras de supervisión o tutorización. Dicha información, en el contexto científico más reciente donde se han publicado varios artículos sobre la sobrecarga que viven tanto los médicos residentes como el resto de profesionales, nos hace pensar que dicho rol de supervisión se ejerce no como un premio o una oportunidad de aprender como docente, sino como una necesidad en la que los tutores tanto clínicos como académicos se ven desbordados por su propia tarea asistencial y el gran volumen de estudiantes y residentes que han de tener a su cargo.

En otro ámbito, un rol distinto que podría favorecer enormemente la calidad formativa del sistema de formación, en este caso el de la formación especializada, es la participación del residente en los procesos de evaluación del propio sistema, es decir en los procesos de garantía de calidad. Se debate de manera frecuente la supuesta calidad del sistema de formación sanitaria, sin embargo, en comparación con otros estamentos o realidades, como pueden ser la universidad o el mundo de la empresa, en la FSE no existe un sistema de garantía de calidad interno o externo homogéneo en todo el país. Es decir, nadie se está asegurando de qué se está haciendo realmente en el sistema, ni las condiciones o la calidad en la que se están formando los médicos residentes. En torno a la evaluación interna, se cita en el Real Decreto MIR de 2008 como una obligación que cada unidad docente organice las correspondientes encuestas y valoraciones, sin embargo, no se llega a definir con qué criterios ni cómo ha de ser el funcionamiento de dicho sistema. En la práctica, la sensación de los distintos autores del capítulo es que no se dota de una utilidad práctica a dicha evaluación, ya que los resultados no son públicos, no existen incentivos para los residentes para su realización, ni beneficios o consecuencias para quien obtiene buenas o malas puntuaciones.

Por otro lado, el plan de evaluación externa del gobierno, que comenzó en 2010 con 84 auditorías externas de distintas unidades docentes, finalizó ese mismo año. Además, en el sistema planteado en aquel momento, los médicos residentes y los tutores quedaban relegados a un segundo lugar, evaluándose principalmente a las comisiones de docencia y la gerencia, las cuales tienen un claro conflicto de interés a la hora de ser juzgados sobre su propia calidad. En ese sentido, deberían ser los médicos residentes y los tutores, es decir, los principales actores de la formación sanitaria especializada, los que tengan la capacidad de evaluar cómo se desarrolla la formación en sus unidades docentes. Como añadido, un sistema de evaluación externa anual, en lugar de auditorías esporádicas muy distantes en el tiempo, facilitaría una supervisión más cercana de la realidad de las distintas unidades docentes.

En todo ese contexto de sobrecarga laboral y ausencia de un sistema que garantice una adecuada docencia, los médicos residentes se han visto en la necesidad de buscar ayuda en las asociaciones profesionales, desde sindicatos médicos, colegios profesionales a asociaciones propias de residentes. En este sentido, desde el año 2020 se han desarrollado diversas huelgas y movilizaciones en distintas Comunidades Autónomas como Valencia, Madrid, Cataluña o Murcia. En ellas, se palpó el gran malestar que manifiestan y viven los médicos residentes, donde las reivindicaciones eran tan sencillas como aumentar los días dedicados únicamente para formación, que se cumpla la normativa europea de trabajo que establece un máximo de 48 horas semanales, tener los mismos derechos de conciliación laboral que el resto de los profesionales o un aumento salarial para alejarse mínimamente del mileurismo en que viven actualmente. Dichas movilizaciones apuntan a un cambio de paradigma en la investigación y debate en la educación médica, donde tener en cuenta las condiciones laborales se hace imprescindible para debatir sobre la calidad docente.

En conclusión, los residentes realizan un importante papel formativo a compañeros residentes más pequeños y a estudiantes, probablemente por la sobrecarga que vive actualmente el sistema. Por otro lado, no existe ni un sistema de evaluación ni interno ni externo que realmente funcione y que garantice unos estándares mínimos de calidad en la formación sanitaria especializada. Todo lo anterior hace fundamental replantear qué papel ejercen los residentes en el sistema sanitario, al tiempo que hace necesario considerar las herramientas de análisis e intervención necesarias para encaminar la situación actual hacia un sistema de calidad, respetuoso con los derechos y condiciones de los residentes y centrado en ofrecer al paciente asistencia en condiciones óptimas de calidad y seguridad.

4.- El rol docente de los tutores. Deber deontológico, análisis de situación actual y repercusión en la docencia médica.

La función de supervisión y tutorización de los médicos residentes ha sufrido una evolución positiva en los últimos años. Tras la aprobación del Real Decreto MIR de 2008, donde se establecía que *“Las CCAA, con la finalidad de garantizar la idoneidad y el mantenimiento de las competencias de los tutores, regularán procedimientos de evaluación para su acreditación y reacreditación periódica [..], así como sistemas de reconocimiento específico de la acción tutorial en sus respectivos servicios de salud”*, muchas CCAA han desarrollado normativas autonómicas donde se regula la acción tutorial tal y como exige dicho Real Decreto. Entre ellas Andalucía, Cataluña, País Vasco, etc.

Sin embargo, varias CCAA están pendientes de llevarlo a cabo y en las que sí se ha hecho, existe mucho margen de mejora en su aplicación y en el reconocimiento y valoración del tutor de FSE. En todo ese contexto, durante muchos años y aún hoy en día el desarrollo de una labor de tutorización estimulante y formativa ha dependido de la voluntad e ilusión del profesional responsable, existiendo múltiples ejemplos de compañeros que realizan un gran esfuerzo en ese sentido. Sin embargo, aun valorando mucho dicho sacrificio, no es lógico que un sistema de supuesta calidad como el de la FSE en nuestro país, ciertas actuaciones y responsabilidades dependan del voluntarismo, siendo precisas diversas acciones para mejorar el sistema actual.

Para ello, el primer paso sería el establecimiento de un marco normativo común entre las distintas CCAA, que elimine las diferencias entre regiones y potencie aquellos cambios necesarios a otros niveles, aprovechando la normativa ya generada por otras

CCAA, lo que podría ser de gran utilidad. Dentro de dichas normativas, se ha de reconocer la labor tutorial de manera acreditada, explícita y en distintos planos. Así, se han de establecer los mecanismos para que exista un reconocimiento temporal y asistencial, donde la labor que se realiza tenga su propio espacio en las agendas de tutores y residentes; a nivel académico y documental, reconociendo dicha labor en bolsas de trabajo y aplicación a distinto tipo de responsabilidades (universitarias, de gestión, opes, etc); y también a nivel retributivo, ya que supone un esfuerzo que ha de estar también reconocido en el medio básico en el que se regula el intercambio de bienes y servicios en nuestro sistema. Por último, para que los tutores tengan las máximas herramientas para desarrollar sus funciones, es preciso contar con la formación pertinente. Debido a ello, sería realmente conveniente potenciar dicha formación en capacidades docentes a través de cursos reconocidos a nivel estatal, reconocerla en la aplicación a las plazas de tutor y establecer facilidades para que los tutores tengan tiempo para realizarla.

En conclusión, la figura del tutor es una realidad que se encuentra en proceso de desarrollo y mejora tanto a nivel legislativo como a nivel práctico. Históricamente dicho sistema de formación se ha sostenido gracias a la voluntad e ilusión de muchos tutores y docentes, pero para asegurar un sistema de calidad y justo es necesario avanzar en la acreditación, formación, y sobre todo en el reconocimiento temporal, académico y retributivo de las distintas figuras docentes de nuestro sistema.

ENCUENTRO

La deontología médica en el día a día de los Colegios

Colegios Oficiales de Médicos proponentes: A Coruña, Toledo y Zaragoza



Coordinador.

José Mª Domínguez Roldán
Presidente de la CCD



Ponente.

Santiago Campo Rama
Jefe Servicios Jurídicos COM de Sevilla



Ponente.

Enrique de la Figuera Von Wichmann
Presidente Comisión Deontología
COM de Zaragoza



Ponente.

Manuel Fernández Chavero
Presidente Comisión Deontología
COM de Badajoz



Ponente.

María José Sobrido Gómez
Vocal Comisión Deontología
COM de A Coruña



Ponente.

María Teresa Vidal Candela
Presidenta Comisión Deontología
COM de Alicante

Este Encuentro tuvo como eje central el análisis de la actividad de las Comisiones de Deontología en los Colegios de Médicos de España. Es bien sabido que la deontología médica, es un elemento vertebrador de la actividad colegial, y una de las principales razones de ser de los colegios profesionales. El contrato social de los médicos, es decir la relación estipulada entre la sociedad y la profesión médica, debe regirse por unos principios y valores, establecidos de acuerdo con la ética y deontología definidas en la profesión. La sociedad otorga al médico una confianza sustentada en que el comportamiento del profesional médico se encuadra no solamente dentro del marco de la corrección sino de incluso de la ejemplaridad.

D. Santiago Campo presentó los distintos modelos de aproximación que los asesores jurídicos de los Colegios de Médicos tienen a las Comisiones de Deontología. Su propuesta principal fue el hecho de que el asesor jurídico debe estar permanentemente adjunto a las tareas de las Comisiones de Deontología, no tanto por su experiencia deontológica, como por el paralelismo que puede existir entre el quehacer del marco legal, y el procedimiento deontológico. Por otra parte, también se resaltó en su presentación el hecho de que sería conveniente una homogenización de los procedimientos sancionadores derivados del Código de Deontología Médica español.

La **Dra. María Teresa Vidal**, abordó uno de los más frecuentes puntos de discrepancia procedimental entre las Comisiones de Deontología de los Colegios de Médicos: “Cuál debe ser la vía de acceso de los casos a la Comisión de deontología”. Manifestó como en algunos Colegios de Médicos españoles el acceso de las quejas/reclamaciones se produce directamente desde la persona que presenta esta en la Comisión de deontología; en otros colegios, la queja/reclamación es revisada siempre por la asesoría jurídica del colegio; mientras que en otro una revisión de la queja/reclamación por parte de la junta directiva se hacía preceptiva antes del paso del procedimiento a la Comisión de Deontología.

El **Dr. Manuel Fernández** aproximó otro de los elementos de interés procedimental de las Comisiones de Deontología, el hecho de la denominación que cada procedimiento debe tener en las Comisiones de Deontología. “Queja”, “Reclamación”, “Denuncia”, “Procedimiento”, “Expediente”, etc. son usados para designar las actuaciones y procedimientos que se siguen en las comisiones. Su propuesta, “Procedimiento de información previa reservada” fue bien acogida por los participantes en el encuentro, para que fuese esa la denominación de las actuaciones de investigación e indagación que realizan las Comisiones de Deontología antes de establecer una propuesta a la Junta Directiva del Colegio en relación con la posible vulneración del Código de Deontología Médica.

La **Dra. María Teresa Sobrido** acercó en su presentación un tema relevante ¿deben las Comisiones de Deontología ser también comisiones de ética médica? En su ponencia sustentó la propuesta de que la ética médica debe ser incluida también en el campo doctrinal de las Comisiones de Deontología de los Colegios de Médicos. El hecho de que la ética médica sea base racional para el desarrollo de la deontología se sustenta en el hecho de que la deontología médica debe ser denominada como una “ética de mínimos profesional”.

El **Dr. Enrique de la Figuera** analizó la cuestión de si las Comisiones de Deontología deben considerar falta, y en consecuencia sancionarse, las vulneraciones de la calidad asistencial. En su principal aproximación al tema argumentó que la calidad asistencial está incluida en el artículo 21.1 del Código de Deontología Médica del 2011 y, en consecuencia, las comisiones, sin entrar en razonamientos legales, debe analizar la vulneración de la calidad científica, potencialmente vulnerada, durante las actuaciones de los médicos.

Tras las presentaciones se desarrolló un fructífero debate en el que participaron no solamente miembros de Comisiones de Deontología, sino también miembros de juntas directivas de los Colegios de Médicos, lo cual resulta extraordinariamente útil dado que en todos los casos, una vez analizados los procedimientos de información previa reservada por las Comisiones de Deontología, la potestad sancionadora corresponde a las juntas directivas de los Colegios de Médicos. Por ello también afloró en el debate el hecho de la necesidad de una permanente actualización en el conocimiento deontológico por parte de las juntas directivas.

ENCUENTRO

La atención médica al menor.

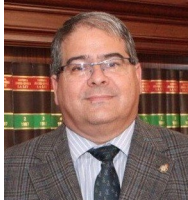
Colegio Oficial de Médicos proponente: Badajoz



Coordinador y Ponente.

Mariano Casado Blanco

Medicina Legal. Secretario COM de Badajoz



Ponente.

Julio López Ordiales

Fiscal de la Audiencia Provincial de Huelva
COM de Badajoz



Ponente.

Luis Ortiz González

Pediatra. Vocal de Medicina Privada por
cuenta ajena del COM de Badajoz

El Colegio de Médicos de Badajoz ha considerado muy interesante analizar la figura del menor de edad en el ámbito de la atención médica y poder presentar y debatir cómo y por qué los menores de edad son protagonistas de primer orden cuando hablamos de la Atención Médica que estos precisan.

En primer lugar, hay que tener muy presente que el valor de la dignidad de los menores de edad es un pilar fundamental a tener en cuenta cuando se hace una reflexión médica, legal y por supuesto ética.

A este respecto hay que recordar que todo es relativo, nada hay absoluto, salvo la dignidad, que no se concede ni se negocia, sino que se reconoce pues ya nacemos con ella.

Y el reconocimiento de esta dignidad, no puede ser negociable, debe traducirse, entre otras cosas, en el apoyo a la autonomía progresiva del menor de edad y en la adquisición de sus capacidades para poder llegar a tomar decisiones, lo que sin duda le conducirá posteriormente a la realización de su propio proyecto vital.

Cuando se hace una reflexión ética y legal, en relación con los menores de edad, esta nos debe ayudar a velar por el cumplimiento de sus derechos en todo momento:

- a la libertad.
- al ejercicio de su autonomía y autodeterminación de manera adecuada y proporcionada a sus capacidades.
- a la intimidad.
- a ser respetados en sus gustos, hobbies e incluso opiniones.
- a la expresión de sus sentimientos.
- a disponer de apoyos puntuales o continuos, según lo requieran en cada momento.

En este encuentro hemos tratado de efectuar una visión tanto desde el punto de vista puramente cotidiano y relacionado con determinados aspectos asistenciales, como perspectivas jurídicas relacionadas con temas sobre la protección de datos clínicos de los pacientes menores de edad y por supuesto una visión médico-legal relacionada con aspectos básicamente conceptuales y de actualización de las normas legales que regulan la asistencia a los menores, para igualmente incluir controversias que se plantean en su atención médica.

Con todo ello se pueden establecer las siguientes **CONCLUSIONES**:

- La consideración del menor de edad como paciente conlleva una mayor protección legal, que implica gestionar el interés del menor, su derecho a la salud y en ocasiones los dilemas que plantea la patria potestad.
- Proteger la autonomía del paciente menor de edad exige hacerla compatible con la función de cuidado y asistencia que incumbe a los titulares de la patria potestad, y con la obligación de actuar en interés del menor y de velar por su salud que tenemos los médicos.

- La normativa aplicable para analizar estas cuestiones incluye tres perspectivas: la sanitaria, la jurídica, con especial interés tanto en la protección de datos y en tercer lugar el ámbito ético y medicolegal:

1.- **Sanitariamente** y aunque la Pediatría en general y la esencialmente la Atención Primaria pediátrica española está considerada como uno de los mejores sistemas asistenciales del mundo, aún queda mucho por mejorar, aunque hay cuestiones de capital importancia que, con un mínimo esfuerzo añadido, los médicos, como es nuestro deber y obligación, deberíamos implementar en nuestra práctica asistencial ordinaria.

Aun así, no se debe culpar de todas estas deficiencias a la “supuesta negligencia de nuestros gestores”, recordando que los médicos somos actores de reparto importantes del sistema sanitario y deberíamos ejercer nuestra responsabilidad optimizando cada uno de nuestros actos en aras de la mejora continua de la calidad asistencial.

2.- **Respecto a la protección de datos de salud**, no se puede olvidar que, esta es una necesidad legal paralela a la intervención sanitaria. Se pueden tratar datos personales de menores de edad, siempre y cuando se respete y se cumpla lo dispuesto tanto en el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) como en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD) en cuanto a obligaciones, derechos y consentimiento.

El (RGPD) habilita a los Estados miembros de la Unión Europea a establecer por ley una edad inferior a 16 años para considerar lícito el tratamiento de sus datos basado en su consentimiento, siempre y cuando dicha edad no fuera inferior a 13 años. Aunque, los datos de los menores de edad no se consideran datos sensibles según el RGPD, este les atribuye una especial protección en el considerando 38, donde dice:

“Los niños merecen una protección específica de sus datos personales, ya que pueden ser menos conscientes de los riesgos, consecuencias, garantías y derechos concernientes al tratamiento de datos personales. Dicha protección específica debe aplicarse en particular, a la utilización de datos personales de niños con fines de mercadotecnia o elaboración de perfiles de personalidad o de usuario, y a la obtención de datos personales relativos a niños cuando se utilicen servicios ofrecidos directamente a un niño. El consentimiento del titular de la patria potestad o tutela no debe ser necesario en el contexto de los servicios preventivos o de asesoramiento ofrecidos directamente a los niños”.

En España y tras la publicación de la Ley 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, en el artículo 7 se establece que el tratamiento de los datos personales de un menor de edad únicamente podrá fundarse en su consentimiento cuando sea mayor de catorce años y no la madurez ni el desarrollo personal.

De esta manera un mayor de 14 años podría consentir por sí mismo acerca del tratamiento de sus datos, pero para el tratamiento de los datos de un menor de 14 años, el consentimiento tendrá que ser dado por el titular de la patria potestad o tutela.

E igualmente, los requisitos exigidos por la Ley de Protección de Datos para que el consentimiento sea válido son que debe de ser libre, inequívoco, específico e informado. Es el responsable del fichero quien debe garantizar que el consentimiento obtenido es válido.

Por tanto, el responsable del fichero/delegado de protección de datos debe gestionar el marco legal de actuación del profesional, sabiendo que una gestión inadecuada de los datos personales de un menor de edad conlleva consecuencias legales, con pocas causas de justificación.

Por otra parte, la historia clínica es el instrumento de acreditación básico que permite establecer y valorar una correcta gestión de los datos personales.

Además de las normativas específicas en protección de datos referidas, cuando se hace referencia a los menores de edad, también se debe tener en cuenta la Ley Orgánica 8/2021, de protección integral de la infancia y la adolescencia frente a la violencia, conocida coloquialmente como **“ley de protección de menores”**, donde se hace referencia a la protección de datos, especialmente respecto a contenidos ilícitos o de carácter violento que puedan afectar a los menores publicados en internet.

3.- Desde el punto de vista medicolegal hay que recordar que la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente, fue reformada por la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia con lo cual las normas que rigen en el menor de edad son actualmente:

- Edad inferior a 12 años: El consentimiento lo otorga el representante legal, habitualmente los padres, después de haber escuchado la opinión del menor.
- Entre los 12 y 16 años: El consentimiento lo concede el representante legal, después de contar con la opinión del menor en función de su capacidad intelectual y emocional, sobre todo en las situaciones donde el riesgo para la vida del menor es bajo.
- A partir de los 16 años: Estaríamos en la mal llamada “mayoría de edad sanitaria”, ya que esta no existe legalmente, sino que es la edad en la que se considera que el menor de edad puede consentir al tener capacidad para tomar decisiones sin que tenga que intervenir ninguna otra persona. Pero en aquellas situaciones de grave riesgo para la salud hay que contar con el representante legal del menor.
- En la participación en ensayos clínicos, técnicas de reproducción asistida, y extracción y trasplante de órganos la autorización requiere que el sujeto haya cumplido los 18 años. En caso contrario deben intervenir sus padres o tutores.
- En el caso de menores de edad entre 16 y 17 años, el consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo les corresponde a sus representantes legales.

Pero igualmente existen situaciones de conflicto, que pueden poner en peligro el interés superior del mismo. Pero puede suceder que entren en conflicto la voluntad del menor con suficiente capacidad de juicio y la de sus padres o tutores se tendrá que intentar llegar a un entendimiento entre ambas posturas, pero si finalmente existen dudas habrá que consultar al juez, que será quien dictamine la solución a tomar.

Sin embargo, ante una urgencia que ponga en peligro la vida y que no puede esperar la resolución judicial, el médico tiene que actuar siempre en beneficio del menor, aun sin contar con la aprobación de los padres.

ENCUENTRO

Salud y cambio climático.

Colegios Oficiales de Médicos proponentes: Las Palmas y Soria



Coordinadora:
Manuela García Romero
Vicepresidenta 2ª CGCOM



Ponente.
María del Carmen Arias Blanco
Presidenta del COM de Córdoba



Ponente.
José Ramón Huerta Blanco
Presidente del COM de Soria



Ponente.
Pedro Cabrera Navarro
Presidente del COM de Las Palmas



Ponente.
Cristina Martínez González
Coordinadora del Área de EROM. SEPAR



Ponente.
Mª Concepción Villafañez García
Presidenta del COM de Ciudad Real

La OMS advierte que, *“en la próxima década la mayor amenaza para la salud humana es el cambio climático”*. Se estima que actualmente es responsable de 150.000 muertes de forma directa sobre todo en las zonas más desfavorecidas del planeta y se espera que estas cifras se vean incrementadas en 250.000 muertes adicionales en el periodo 2030-2050. A pesar del papel benefactor que la sociedad reconoce al sector sanitario, este es un relevante agresor para el medio ambiente, de tal forma que considerado el sector salud en su globalidad, sería el quinto sector con mayor agresión climática. Cabe destacar que tan solo la industria farmacéutica vierte al medio ambiente más gases de efecto invernadero que la industria de la automoción.

Se han generado múltiples documentos sobre el cambio climático como inductor de diferentes enfermedades y riesgos sanitarios, por lo tanto, se hace imprescindible, que los médicos, conozcan y trabajen para contribuir a la descarbonización del planeta, potenciando los productos biodegradables y la economía circular, minimizando la agresión climática tanto en su labor cotidiana como en la orientación del consejo médico a la población.

En esta línea en el seno del CGCOM, se elabora el documento *“Alianza Médica contra el Cambio Climático”* con la adhesión al mismo de diferentes sociedades científicas, con el fin de trabajar conjuntamente desde el consejo médico para combatir el cambio climático y tener una postura proactiva en la descarbonización de la sanidad, en cumplimiento de la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Desde el CGCOM se llevan a cabo cuatro acciones que consideramos fundamentales, potenciar y difundir los objetivos de la Alianza Médica contra el Cambio Climático, formar e informar a los profesionales médicos y a la sociedad de sus efectos, abrazar la Estrategia *One Health*, potenciando la Medicina preventiva y el deber Deontológico de la profesión para con los pacientes y el medio ambiente.

En el marco de la Escuela de la Profesión nos sentemos a reflexionar sobre estos aspectos, para lo cual, hemos contado con las aportaciones de los siguientes profesionales:

- Dra. M^ª Concepción Villafáñez García. Presidenta del COM de Ciudad Real sobre el papel que el propio sector salud tiene sobre el calentamiento global.
- Dra. María del Carmen Arias Blanco. Presidenta del COM de Córdoba abordó las consecuencias que sobre la Salud tiene el Cambio Climático.
- Dr. José Ramón Huerta Blanco. Presidente del COM de Soria analizó las acciones a llevar a cabo desde los Colegios de Médicos para luchar contra el cambio climático.
- Dra. Cristina Martínez González. Coordinadora del Área de EROM en SEPAR abordó que acciones se pueden realizar desde las sociedades científicas, así como, el papel de la contaminación del aire en la patología respiratoria.
- Dr. Pedro Cabrera Navarro. Presidente del COM de Las Palmas nos presentó la Alianza Médica contra el Cambio Climático, definiendo el papel de los médicos en la lucha contra el cambio climático.

De sus aportaciones y el debate con el público presente, se llegó a las siguientes conclusiones:

1. La comunidad científica es consciente de que el mayor reto en Salud en el siglo XXI es el Cambio Climático.
2. Que el sector salud es responsable del 4,4% de las emisiones de los gases de efecto invernadero por eso necesitamos trabajar en su sostenibilidad, siguiendo las directrices de la OMS para los centros sanitarios, mejorando la eficiencia energética de las instalaciones y la gestión de residuos.
3. El cambio climático es un inductor de enfermedad aumentando el riesgo de presentar patología cardiaca, respiratoria, infecciosa, y con gran impacto sobre la salud mental.
4. Se hace necesario cambiar nuestra percepción de enfermedad hacia un concepto holístico de la misma y realizar un enfoque *One Health* entendiendo que la salud humana, la salud de los animales y la salud del medio ambiente son interdependientes.
5. Los colegios de médicos como garantes de la seguridad y la calidad de los servicios que prestamos a los pacientes deben ser líderes trabajando desde todos los ámbitos formativos, divulgativos y aplicativos en la lucha contra el calentamiento global.
6. El papel de las sociedades científicas como divulgadoras del conocimiento científico es fundamental en la concienciación de la necesidad de tomar medidas para la descarbonización.
7. La AMCC entiende que la lucha contra el cambio climático ha de tener carácter inclusivo y está dispuesta a colaborar con cualquier otra organización bajo la óptica de *One Health*.
8. El objetivo último de la AMCC es colaborar en la descarbonización del Sistema Nacional de Salud. Por ello, está obligada a trabajar en conexión con los ministerios de Sanidad y de Transición Ecológica. Y, especialmente, con los servicios de salud de las diferentes comunidades autónomas.
9. Sin la implicación diaria de los médicos asistenciales poco podrá conseguir la AMCC. Para ello, se están desarrollando campañas que afectan a la concienciación del médico sobre el peligro del cambio climático para la salud humana, al consejo médico y a la prescripción médica.
10. Es fundamental formar e informar a la sociedad de los riesgos del cambio climático para la salud, pero también a los médicos desde el periodo de grado.
11. Aunar esfuerzos y generar recursos en la aplicación de programas, políticas, legislación e investigación para lograr mejores resultados de salud a todos los niveles.
12. Necesitamos una estrategia de carácter multidisciplinar y multiprofesional, que permitiría mejorar no sólo las acciones preventivas, creando sistemas más eficientes de detección precoz de riesgos para poder actuar en origen y mitigar sus efectos (estrategia a corto plazo), sino también avanzar hacia los objetivos de desarrollo sostenible de la agenda 2030 que son los que permitirían restaurar el equilibrio ecológico de nuestro planeta y así disminuir la presión que ejerce el entorno sobre la salud de las personas (estrategia a largo plazo).
13. Desde la AMCC entendemos que la lucha contra el cambio climático es un deber ético del médico.
14. Las autoridades sanitarias debería promover que los medicamentos y productos sanitarios vinieran acompañado de la información sobre su huella de carbono, para ser conscientes del impacto sobre el medio ambiente de nuestra prescripción.
15. En definitiva, trabajar en la descarbonización del planeta es realizar promoción y prevención de la Salud.

SESIONES PLENARIAS

PLENARIO

Qué ha cambiado y qué debe cambiar en la práctica clínica tras la respuesta a la pandemia que ha protagonizado la medicina española y el SNS.

Colegios Oficiales de Médicos proponentes: A Coruña, Málaga, Soria y Toledo



Coordinador.

José Ramón Repullo Labrador

Profesor Escuela Nacional de Sanidad



Ponente Hospitales.

José Luis Jiménez Martínez

Vicepresidente 2º del COM de Ourense



Ponente Urgencias.

Natividad Laín Terés

Presidenta del COM de Toledo



Ponente Atención Primaria.

Gema Suárez Sánchez

Pta. Sdad. Cantabria M. Familiar y Comunitaria



Ponente Gestión.

Rafael Tejido García.

Director Gerente H.U. Marqués de Valdecilla



Ponente Atención a la fragilidad.

Luciano Vidán Martínez

Presidente del COM de A Coruña

Para la medicina española y para el Sistema Nacional de Salud (SNS) habrá un antes y un después de la pandemia COVID-19. Su brutal irrupción nos puso a prueba a todos, mostrando tanto las grandezas como las debilidades de personas, organizaciones, profesiones e instituciones.

Hemos hablado en el pasado de los efectos de la pandemia que se han ido evidenciando: una parte fundamental del SNS, como la Atención Primaria, parece haberse roto; la larga duración de la pandemia, con olas sucesivas han alimentado “fatigas” de todo tipo (social, política, profesional...); se ha producido una erosión moral de difícil localización por lo difuminada y extendida que se encuentra; y cunde una sensación de abandono del SNS a su suerte, una decepción y un sálvese quien pueda, tras las promesas reformistas que se concretaron en julio de 2020 (en el contexto de la comisión para la “reconstrucción social y económica” del Congreso de los Diputados).

Suele hablarse mucho de resiliencia: el SNS ha mostrado esta característica cuando recibió el impacto de la crisis económica de 2009 a 2014, y luego ante el brutal choque de la pandemia en sucesivas olas desde 2020 hasta hoy.

Se afirma que un sistema es resiliente cuando absorbe el choque, se dobla, pero no se rompe. Pero esta definición no tiene en cuenta otro efecto más sutil y acumulativo: el desgaste de los materiales o las fracturas por fatiga, son dos buenas metáforas de lo que puede habernos pasado al menos en tres ámbitos que “de pronto” parecen haberse roto.

- Uno muy evidente y notorio: la crisis de la Atención Primaria.
- Otro más difuso, pero no menos palpable: la crisis moral de nuestros profesionales y su desafección creciente a las instituciones y las organizaciones; esperemos que no a su compromiso con el paciente.
- Y, finalmente, la erosión del vínculo de confianza de la población con su Sistema Nacional de Salud; no por su calidad, sino por su accesibilidad: muchos que pueden pagárselo contratan un seguro privado, y lamentablemente, esta decisión no revela tanto preferencias personales, sino fuertemente condicionadas por el deterioro del servicio público, y las cargas de trabajo acumuladas que implican demoras inaceptables; además no hay mucha confianza en que la movilización de la financiación y de la contratación médica (en cantidad y calidad) vayan a permitir restaurar condiciones apropiadas y reducir las listas de espera.

La respuesta de los centros sanitarios a la pandemia rompió con muchas inercias y llevó a la aplicación de modelos tecnológicos, organizativos y de servicio que eran inconcebibles pocos meses antes. La innovación efectiva y que aporta calidad debe estabilizarse y quedarse con nosotros. Por eso interesa explorar si la pandemia nos ha cambiado en la dimensión de la práctica clínica. Es hacia este ámbito de análisis que queremos orientar la discusión de la Mesa.

ATENCIÓN A LA FRAGILIDAD

Ponente: Luciano Vidán

El COVID-19 ha sido un *test de estrés* para el SNS; con sus claroscuros, cabría decir que la respuesta ha sido aceptable. Algunos problemas preexistentes eclosionaron, particularmente la relación entre lo sanitario y lo social.

Aunque el sistema sanitario se orienta a la asistencia a la morbilidad, lo cierto es que la atención a la fragilidad se convierte en un tema esencial, máxime con el cambio demográfico: es fundamental considerar aspectos importantes como la soledad y la pobreza y no solo la enfermedad. Hay que ir hacia un nuevo modelo que considere estas necesidades, y partiendo de estas, adapte recursos y procesos a ellas.

En este escenario, la hospitalización a domicilio ha mostrado en experiencias diversas que responde al reto y que es capaz de producir notable satisfacción en el paciente y su entorno familiar; y esto es calidad asistencial. Habría que considerar que los problemas de salud que puedan tratarse en casa, es ahí donde deben estar, y esto es mejor que hacerlo en el hospital. Al hacerlo reducimos las estancias en el hospital, y los riesgos asociados al internamiento. Este criterio es valioso, en especial, para los cuidados paliativos.

La pandemia ha puesto en valor lo sociosanitario, y la realidad social y demográfica avalan la necesidad de potenciar este sector. El tremendo impacto en morbilidad y mortalidad en las residencias de mayores, han servido para ponerlas “en el radar”: la población frágil e institucionalizada tienen derecho a la asistencia sanitaria por el SNS, y para garantizarlo se necesitan recursos, equipos sanitarios adecuados y procedimientos específicos.

Nuestra experiencia desde la Unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital Universitario de A Coruña en la pandemia hacia las residencias de mayores ha sido muy ilustrativa; se ha podido llevarla a cabo por la larga experiencia anterior; aunque no ha sido fácil vencer las reticencias de las propias residencias para que equipos sanitarios externos entraran en sus instalaciones. Pero la pandemia nos ha permitido crear nuevos sistemas de apoyo y atención que se han incorporado para mejorar los estándares de calidad y seguridad; el acceso a la historia clínica del hospital, la activación de la farmacia hospitalaria para servir a los centros de mayores, o la asignación de una enfermera gestora de casos, son tres ejemplos de mejoras que se han aplicado a las residencias más cercanas al hospital. También se han movilizado psiquiatras que visitan las residencias. Y cuando un paciente frágil se descompensa, es posible trasladarles a camas reservadas para ellos (sin pasar por urgencias).

Se necesita profundizar en un modelo que movilice toda la red sanitaria para los pacientes frágiles e inmovilizados, sea en sus casas o en las residencias; y en este modelo la Atención Primaria ha de tener un papel central.

Es importante señalar cómo las innovaciones organizativas, con frecuencia a “coste 0” (o con coste marginales muy pequeños), son capaces de mejorar los servicios y generar eficiencia y satisfacción. Un instrumento importante es la medición de actividad, calidad y satisfacción en estas transformaciones: esto permite evaluar y corregir para mejorar.

ATENCIÓN PRIMARIA

Ponente: Gema Suárez

La Atención Primaria ha sido la base en la que se ha sustentado la respuesta del Sistema Nacional de Salud ante la pandemia; es necesario poner en valor el papel que ha jugado, ya que muchas veces su labor ha quedado desdibujada y oculta. Reconocer el papel que justamente ha desempeñado es esencial para preparar la red sanitaria ante futuras emergencias de salud pública.

En Atención Primaria la COVID-19 cayó sobre un debilitamiento previo que se venía arrastrando; por eso la respuesta inicial fue meritoria: se incrementó tanto la actividad ordinaria (7%) como la urgente (40%); y se desarrollaron innovaciones en los flujos asistenciales y en los medios para contactar y responder a las necesidades de pacientes y familias.

Las sucesivas olas agotaron las reservas, y erosionaron la moral: *“jugamos como nunca, pero perdimos como siempre”*. Ahora somos dolorosamente conscientes de que no solo hay que cuidar de los pacientes, también hay que cuidar a nuestros profesionales.

Y el balance del desbordamiento ha sido la pérdida de continuidad (cada vez los pacientes tardan más días en obtener una cita), y de longitudinalidad (la temporalidad, los abandonos, el cambio de especialidad, etc.) hacen difícil fijar plantilla y garantizar que los médicos acompañen a su comunidad y familias durante tiempos razonables.

Pese a todo, en los barómetros y encuestas, los ciudadanos consideran en general que es el nivel asistencial más valorado y cuya atención produce más satisfacción a la población. Pero la acumulación de tareas pendientes es muy importante, incluso las más olvidadas, como la potenciación de estilos de vida saludables y la atención a la cronicidad.

La pandemia nos ha demostrado otras formas de consulta a las tradicionalmente presenciales, como las consultas telefónicas antes marginales y la videoconsulta que han llegado para quedarse, así como a través de correos electrónicos y mensajes sin olvidar la atención domiciliaria. Podemos explorar otros tipos diferentes de comunicación médico-paciente sin contacto y que permitan una continuidad asistencial.

Nos trajo una limitación en la accesibilidad, necesidad de triajes, establecimiento de circuitos de acceso y circuitos COVID/No COVID, protocolos múltiples y cambiantes, mejoras en la Receta Electrónica y de coordinación con las farmacias comunitarias, gestión de casos leves COVID por enfermería y contactos con rastreadores, coordinación vía telemática con el hospital...

Todas estas innovaciones se introdujeron catalizadas por pura necesidad, pero deben quedarse como instrumentos de modernización y racionalización. Pero deben hacerlo con suficientes recursos humanos, tecnológicos y de digitalización: del voluntarismo hay que migrar hacia la reforma y revitalización del primer asistencial.

GESTIÓN

Ponente: Rafael Tejido

La crisis pandémica ha desbordado a las instituciones sanitarias y a la propia gestión; instituciones y jueces no han quedado bien, mientras que el desempeño ha sido muy positivo para la ciencia y también para los médicos y sus organizaciones colegiales.

Hay que reconocer los problemas para dar soluciones rápidas y apropiadas. La OMS avisó de la Pandemia, pero no estábamos preparados. No hicimos caso, y no aprendimos la lección de las epidemias que le precedieron (incluidas las de coronavirus como el MERS y el SARS).

El cóctel era poco prometedor: un Sistema Nacional de Salud que combina excelente medicina clínica con una anémica salud pública y una política sanitaria dubitativa, desdibujada y sumisa a las conveniencias políticas y económicas del momento. Hemos ido aprendiendo a medida que íbamos articulando las respuestas al choque de las emergencias de salud pública; pero en 2011 la Ley General de Salud Pública establece la creación de un Centro Estatal de Salud Pública... que no se puso en marcha, y que sólo ahora, tras la COVID-19 va a materializarse en una Agencia. La respuesta asistencial también ha implicado un aprendizaje en cómo organizar y gestionar los hospitales.

El modelo de respuesta se ha debatido entre el reforzamiento de los hospitales generales o la creación-adaptación de centros para atender monográficamente a los pacientes COVID. Pero estos pacientes son complejos y no pueden estar lejos de las especialidades y medios de un hospital general; por ello la sectorización del hospital general y la creación de circuitos COVID, ha permitido mantener estándares de calidad, mientras que la habilitación de otras superficies del hospital ha ampliado la posibilidad de ingresar y tratar a más pacientes; otros hospitales y centros se han podido adaptar para la convalecencia de los pacientes que habían superado la fase con mayores riesgos. Lo más meritorio de esta radical transformación de nuestros hospitales ha sido el proceso de abajo arriba, descentralizado, guiado por la iniciativa e impulsado por el compromiso de los profesionales. La dormida idea de la Gestión Clínica despierta y se reivindica como excelente opción para el rediseño de la organización hospitalaria.

Aparecen nuevos conceptos como el hospital elástico (que puede hacer crecer unas áreas asistenciales y modular la actividad en otras); también se plantea cómo reutilizar espacios polivalentes cuando pasa la crisis (hospital reversible); algunos conceptos pueden ser un tanto futuristas, como el hospital líquido, sin paredes, pero posiblemente útiles para rediseñar la relación con la atención primaria y socio-sanitaria, estableciendo nuevas interacciones que superen el confortable espacio intra-mural del hospital en beneficio de los pacientes y de la buena medicina. En todo caso, es importante reivindicar algunos éxitos claros en la lucha contra la pandemia: la reducción de la letalidad a lo largo de las siete olas experimentadas muestra el papel de la innovación y la investigación para encontrar formas de prevenir y tratar a nuestros pacientes.

Y, desde el punto de vista organizativo, señalar la enorme riqueza de talento que atesoran los servicios clínicos, que son microsistemas particularmente fértiles para cogobernar las respuestas institucionales de los centros sanitarios: juntas facultativas o técnico-asistenciales han de jugar un rol esencial en gestionar la respuesta asistencial. Y debemos reivindicar el liderazgo médico en estos procesos, como garantía más solvente de una defensa de los intereses de los pacientes, desde su conocimiento científico y su solvencia profesional: y este inevitable liderazgo es una responsabilidad y una carga, no un privilegio gremial. Hemos cambiado y hemos aprendido, pero la memoria es frágil. No podemos olvidar lo que ha pasado en esta pandemia y sus consecuencias.

HOSPITALES

Ponente: José Luís Jiménez

La pandemia activó una serie de acciones virtuosas en los hospitales y otros centros sanitarios:

- Por una parte, evidenció el músculo del sistema y su capacidad técnica, profesional y científica para dar respuesta a un reto formidable.
- También puso de manifiesto la pujanza de los valores asistenciales, y el reservorio de profesionalismo existente. La generosidad profesional inmediata, y la flexibilidad para adaptarse a los cambios en la demanda y las necesidades lo atestiguan.
- La reasignación de especialistas puso de manifiesto la debilidad en la formación troncal, que tuvo que superarse con buena voluntad y ayuda mutua.
- La pandemia permitió desplegar en un plazo muy breve nuevos sistemas organizativos, y visualizar el personal y unidades que habitualmente se encuentra más lejano y oculto para los servicios clínicos.
- También permitió ensayar una gran autonomía y descentralización en la toma de decisiones; esto revivió el ajado paradigma de la Gestión Clínica y lo volvió a poner en la agenda.
- La respuesta a la pandemia ha puesto en valor a la tecnología y las telecomunicaciones en el ámbito sanitario, y ha permitido desbloquear aplicaciones que estaban maduras pero pendientes de implementación.

Sin embargo, no cabe decir que, tras este despliegue inicial, se hayan aprovechado las enseñanzas de la Pandemia, lo positivo.

Como decíamos antes, durante los momentos más duros de la pandemia apareció el músculo de los hospitales y se generaron dinámicas innovadoras y flexibles, como una suerte de nueva gestión clínica. Sin embargo, en los últimos meses esos brotes verdes se han esfumado y se optado por *recuperar la vieja anormalidad* en vez de aprovecharlos para una *nueva normalidad reformista y sostenible*.

Se ha producido una recentralización y un activismo normativo y mediático inútil de los servicios centrales con el diagnóstico erróneo de la falta de médicos como único problema (la falta de petróleo barato). Con esa disculpa no se afrontan las reformas imprescindibles, no se intenta racionalizar la sobredemanda creciente del SNS y no se apuesta por la calidad de la práctica asistencial, que está perdiendo la longitudinalidad ante la inmediatez y dejándose llevar más por las tendencias del mercado sanitario que por un modelo sostenible que beba de las fuentes del profesionalismo médico.

La práctica asistencial se está degradando, en ocasiones sin que lo perciban los profesionales. Hay que insistir en las reformas estructurales que necesita el SNS, ensayar estrategias de control de la demanda inapropiada que satura los servicios, e impugnar los modelos de gerencialismo mediatizado y empobrecedor. Esta espiral puede alimentar en los médicos una degradación adaptativa, que nos aparte de la senda de la buena medicina, del razonamiento clínico, y de la autonomía para tomar decisiones.

Para los médicos resulta esencial en estos tiempos turbulentos insistir en la profesionalidad, el humanismo y la calidad asistencial.

URGENCIAS

Ponente: Natividad Laín

La pandemia nos puso a todos en un escenario nuevo y desconocido. Aunque en las urgencias hospitalarias se mantuvieron sus características esenciales: atención presencial y a demanda, sin restricción de entrada. Las Urgencias fueron ese recurso que aportaba confianza y actuaba de red de seguridad para los pacientes en medio de la convulsión que estaba experimentando el sistema de salud.

Pero de puertas para adentro, las Urgencias tuvieron que hacer un esfuerzo supremo de adaptación, y asumir un modelo de readaptación continua, según evolucionaba la pandemia en sus sucesivas olas. Además de la sobrecarga asistencial, y sobre todo al principio, se añadía la incertidumbre y una sensación de alto riesgo personal. Ver caer enfermos a los compañeros con los que habías estado trabajando los días anteriores creaba una lógica preocupación y ansiedad, y añadía un enorme mérito a seguir adelante cada día.

En la primera ola hubo una contracción de la demanda convencional de urgencias, y una mayor implicación y apoyo de los compañeros; a partir de la segunda empieza a preocupar el resto de las patologías cuya asistencia ha quedado des-priorizada, y que buscan de nuevo acceder a los servicios sanitarios, presionando fuertemente a la puerta de urgencias.

Hubo experiencias valiosas y cambios organizativos sustanciales como, la puesta en valor de la Salud Pública; el fortalecimiento del trabajo en equipo; la vuelta a los valores y principios fundamentales de la medicina; el recurso al conocimiento para responder al reto de una nueva enfermedad. Pero también hay que anotar elementos negativos: La politización de la sanidad; la falta de conexión entre las CCAA y la débil cooperación entre sus servicios de salud. La experiencia puso en el orden del día la necesidad de un mayor esfuerzo económico para el sistema sanitario, de incentivos y buen trato a los profesionales sanitarios, y de la necesidad de mejoras significativas en la dotación y especialización del área de urgencias del hospital (la segunda área en tamaño de los departamentos hospitalarios).

Esta necesidad de formación y consolidación de las competencias de los médicos de las Urgencias lleva a sus protagonistas a insistir en la necesidad de avanzar en la tantas veces prometida creación de la especialidad.

Las urgencias también arrastran una crisis larvada, que se ha ido paliando con el crecimiento progresivo de recursos, pero que requiere una reflexión y reformas que han de ser sistémicas. Porque la puerta de urgencias es el sumidero de entropía de todas las debilidades del sistema; y también de todas las promesas y fantasías inducidas en la población por responsables políticos e institucionales. Es posible que, tras la pandemia, y con la carga asistencia atrasada que acumula el SNS, urgencias pueda ser el cuarto ámbito de quiebra en la resiliencia.

COMENTARIO FINAL

Las reflexiones anteriores describen un cuadro poliédrico y diverso, del cual cabría destacar la necesidad de abandonar el triunfalismo que acompaña el discurso político de la resiliencia, y volver a la senda de la Comisión Parlamentaria para la Reconstrucción Social y Económica que en 2020 formuló propuestas claras de transformación de nuestro sistema sanitario. No hay crisis de ideas, hay crisis de implementación. Toca emplazar y exigir que se avancen en las políticas que aseguren la solvencia y sostenibilidad de nuestra sanidad.

PLENARIO

Los Colegios y la aplicación práctica de la Ley 3/2021 (LORE, Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia).

Colegios Oficiales de Médicos proponentes: A Coruña, Badajoz, Jaén, Toledo y Zaragoza



Coordinador.

José Mª Domínguez Roldán
Presidente de la CCD



Ponente.

Ricardo de Lorenzo Montero
Asesor Jurídico de la OMC



Ponente.

Mariano Casado Blanco
Secretario del COM de Badajoz



Ponente.

José Luis Jiménez Martínez
Vicepresidente 2º del COM de Ourense



Ponente.

Juan José Rodríguez Sendín
Vocal de la CCD de la OMC



Ponente.

Ricard Valero Castell
Hospital Clínic Barcelona

¿Era necesaria la LORE? ¿Sigue siendo necesaria?

Dr. Mariano Casado Blanco

Tras realizar un análisis sobre el procedimiento seguido previamente a la aprobación en el parlamento español de la ley orgánica de regulación de la eutanasia el Dr. M. Casado realizó también una valoración de los estudios sociológicos que habían sido empleados para evaluar no solamente la necesidad por parte de la sociedad española de la legalización de la eutanasia, sino también aquellos estudios realizados entre los profesionales de la medicina española. Las conclusiones principales del Doctor Mariano Casado fueron las siguientes:

- No existen datos objetivos que determinen la necesidad de legislar una ley para legalizar la eutanasia en España.
- El mundo médico tiene alternativas técnicas y científicas a la eutanasia y al suicidio médicamente asistido
- Se considera necesaria una legislación estatal sobre muerte digna o en su caso aplicación de las leyes autonómicas ya aprobadas.
- Es obligatorio una mejora de los cuidados paliativos a nivel estatal.
- Hay que concienciarse de la necesidad de establecer planes de formación en sedación paliativa en el ámbito médico
- Hay que apostar por una objeción de conciencia médica objetiva y colaborativa que no conlleve un abandono de los pacientes.

Aspectos mejorables, a priori, de la LORE

Dr. Juan José Rodríguez Sendín

Fueron múltiples las reflexiones que realizó sobre el desarrollo legislativo, y la implementación de la ley orgánica de regulación de la eutanasia, que sintetizó en:

- El principio fundamental del buen médico es tener humanidad para prevenir, aliviar y tratar, en todas las circunstancias, el sufrimiento humano, prestando una asistencia médica imparcial, eficiente, sin discriminación y teniendo presentes el código de deontología médica.
- Que un paciente al final de su vida no soporte ni acepte el sufrimiento y el dolor intolerables, nada tiene que ver con la dignidad. La dignidad le corresponde a su vida y a las condiciones que se le ofrecieron para vivir hasta el final de sus días.
- La LORE no resuelve el sufrimiento extremo al final de la vida de miles de pacientes cada año. Es necesaria una Ley de Calidad al final de la vida que incluya un Plan Nacional para responder integralmente al sufrimiento extremo de miles de paciente cada año. Lo que requiere aumentar el esfuerzo y compromiso de las profesiones sanitarias especialmente en atención primaria aumentando los recursos humanos y especialmente el tiempo y condiciones suficientes para responder a esta urgente necesidad.
- Todo paciente o ciudadano debe tener garantizado y respetado su derecho a decidir sobre el final de su vida. La voluntad de una paciente reflejada oportunamente en el documento de voluntades anticipadas debe ser respetada efectiva y eficazmente y no puede estar sometida a la voluntad o juicio moral de su médico, familia o religioso que le atiende.
- Las profesiones sanitarias y especialmente los médicos podemos mejorar la situación de los enfermos al final de sus vidas con un mayor compromiso, lo que

supone no solo cuidar sino denunciar y exigir las condiciones necesarias para poder cumplir con nuestro deber con los pacientes. La utilización de la sedación paliativa con generosidad y en función de la voluntad del paciente al final de la vida es una obligación deontológica y una buena práctica médica.

- La LORE solo regula la eutanasia, sin embargo, hay aspectos de la atención al final de la vida como la sedación paliativa, la limitación del esfuerzo terapéutico, el rechazo de tratamiento, la suspensión de la atención por muerte cerebral o el régimen de tratamientos forzosos, que a pesar de la previsión deontológica provocan inseguridad jurídica y sufrimiento en los pacientes cuando no judicializan el acto médico. Se precisa ordenar todo esto en una futura Ley de calidad al final de la vida.
- Cuando la legislación adolece de falta de concreción y certeza y en especial cuando se adorna con incertidumbre en la protección de la salud y en el ejercicio de la medicina es un camino no solo equivocado sino muy peligroso, porque inhibe, provoca desafección, justifica la huida de la mejor atención, cuando no la medicina defensiva.
- El Código de Deontología complementa la Ley, pero no la sustituye; la profesión médica debe someterse a la Ley y cuando no pueda cumplirla, objetar en conciencia.
- La objeción de conciencia a la LORE puede ser dinámica y cambiar a lo largo de la vida profesional o en función de las circunstancias del paciente. El registro de objetores de conciencia debe tener carácter voluntario, en ningún caso obligatorio anticipadamente para poder ejercer ese derecho cuando surja la necesidad de hacerlo. Si es deontológicamente obligatorio hacerlo saber al responsable del servicio con el fin de ordenar las prestaciones necesarias
- La administración final de los medicamentos que consuman la eutanasia de un paciente no requiere ni instrucción ni preparación alguna. Sin embargo, en el proceso de eutanasia atender al enfermo y a su familia hasta el final conlleva la valoración del enfermo, diagnosticar, pronosticar, informar, decidir, prescribir y dosificar fármacos, son obligaciones solo atribuibles al médico, pues no solo la Ley lo requiere, sino que solo el médico tiene capacitación profesional y reúne garantías suficientes para realizarlas.

Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia desde la perspectiva de los médicos no directamente implicados en la ley

Dr. Ricardo Valero Castell

El método empleado para dicho análisis fue la realización de una encuesta dirigida a médicos españoles y que intentaba objetivar el grado de conocimiento, e implicación de los profesionales de la medicina en España respecto a la LORE. La población objeto de estudio fue de 1449 médicos, y las conclusiones del análisis de las respuestas obtenidas fueron las siguientes:

- La gran mayoría de médicos no conocen la LORE ni el proceso de eutanasia.
- La mayoría de los médicos están a favor de la existencia de una ley de eutanasia, sobre todo mujeres, y médicos de medicina hospitalaria. Los preocupados negativamente son de edad más avanzada y con una distribución territorial heterogénea.
- Muy pocos médicos han participado de manera directa en un proceso de eutanasia.

- A la mayoría de los médicos les incumbe o afecta la ley de eutanasia de manera personal y/o profesionalmente, especialmente a los médicos de medicina primaria. Aquellos a los que le incumbe de manera más personal son de edad más avanzada.
- Una minoría se plantea ser objetor de conciencia sobre esta ley.
- A la mayoría de los médicos les parece bien que se plantee la donación tras la eutanasia. Aquellos que no, están mayoritariamente en contra de la ley.

La LORE, una solución para casos de sufrimiento insoportable

Dr. José Luis Jiménez Martínez

En su ponencia, realizó un análisis sustentado no solamente en la necesidad que existía desarrollar una ley que diera solución a casos de pacientes en los que por su enfermedad existiera un sufrimiento insoportable e intratable, sino que también mostró su experiencia y perspectiva desde su participación en una Comisión de Garantía y Evaluación de la eutanasia.

- Una LORE es necesaria para casos de sufrimiento insoportable alineada con el resto de las herramientas para el final de la vida (CP, apoyo socioeconómico, adecuación esfuerzo terapéutico, sedación paliativa, DIP...) y formando parte de un continuum asistencial que respeta y fomenta la autonomía del paciente.
- La LORE es una ley sólida conceptualmente (contexto eutanásico) que introduce el proceso deliberativo del médico responsable con el paciente, como elemento esencial y consagra la eutanasia no como mera penalización sino como una nueva prestación y un nuevo derecho.
- La LORE es una ley garantista que delega en el médico, la seguridad y profesionalidad del proceso.
- La LORE es una ley con muchos puntos negros en su articulado que complican su aplicación.
- El desarrollo de este año en Galicia he demostrado que no hay pendiente deslizante y confirma los aspectos positivos y menos positivos de la LORE.
- La eutanasia es un acto médico por serlo desde el derecho positivo, por ser el AM la mejor garantía posible de esta nueva prestación legal y por ser el AM un concepto dinámico y en evolución (autonomía del paciente...).

Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia a la luz del derecho sanitario

D. Ricardo de Lorenzo

Sus conclusiones más relevantes fueron las siguientes:

- La medicina y el derecho ante el final de la vida es uno de los grupos de asuntos más complejos que tiene el derecho sanitario: aquel que se sitúa en el principio o el final de la vida. Hablamos de los límites constitucionales de la intervención del Estado en la vida de las personas.
- El artículo 15 de nuestra constitución dice que “todos tienen derecho a la vida”. La cuestión está en decidir cuál es el sentido de esa frase. ¿Quiere expresarse en ese precepto que la vida es intangible y que, por lo tanto, hay que preservarla a ultranza, o quiere decir que todos tienen derecho a elegir como quieren vivir y terminar su vida?

- La Asociación Médica Mundial (AMM) declara el deber hipocrático del médico de conservar la vida y proscribire, por tanto, cualquier acción conducente a acabar con ella. El pronunciamiento oficial de la AMM sobre la eutanasia establece de forma inequívoca que la eutanasia, *“que es el acto de terminar deliberadamente la vida de un paciente, incluso a petición del paciente o a petición de parientes cercanos”*, no es ética.
- Hay una confusión social generalizada con los términos de buena muerte o muerte digna y programación eutanásica del acto de morir. Morir no es un momento, sino un proceso en el que la medicina y sus profesionales tienen mucho que decir. Morir con dignidad no es sinónimo de “eutanasia”, dado que el primero de los términos se refiere al hecho de vivir dignamente hasta el último momento.
- La figura de la ley es la eutanasia, pero es imprescindible partir de una correcta interpretación legal de dicha figura. Los profesionales registran una posición particular al respecto y aceptan, bajo adecuadas medidas, su aplicación siempre que se respete su posibilidad de objeción de conciencia.
- El paciente ejerce su legítimo derecho a obtener privación de su vida, bajo las condiciones y circunstancias legales, pero no puede obligar ni él, ni la administración a un profesional objetor a secundar este proyecto. A su vez, el profesional que ejerce su, también legítimo derecho de objeción de conciencia, no puede utilizarlo para impedir u obstaculizar el derecho antes mencionado del paciente.

PLENARIO

Síntesis general de los coordinadores y representantes de los seis Encuentros y Plenarios.



Coordinador.

Amando Martín Zurro

Vpdte. Fundación Educación Médica, FEM



Ponente. Encuentro 1

José María Borrel Martínez

Presidente del COM de Huesca



Ponente. Encuentro 2

Jose Luis Alcívar Gallego

Representante Nac. Medicina Privada CGCOM



Ponente. Encuentro 3

Domingo A. Sánchez Martínez

Repr. Nac. Médicos Jóvenes
Promoción del Empleo CGCOM



Ponente. Encuentro 4 y Plenario B

José Mª Domínguez Roldán

Presidente de la CCD



Ponente. Encuentro 5

Mariano Casado Blanco

Secretario del COM de Badajoz



Ponente. Encuentro 6

Manuela García Romero

Vicepresidenta 2ª CGCOM



Ponente. Plenario A

José Ramón Repullo Labrador

Profesor Escuela Nacional de Sanidad

Este plenario de síntesis ha tenido como objetivo esencial hacer posible que todos los participantes en esta edición de la Escuela de la profesión médica pudieran conocer de primera mano los principales aspectos abordados en los Encuentros y Plenarios, los primeros desarrollados de forma simultánea. El segundo objetivo ha sido conseguir, a través del esfuerzo de los ponentes, una sistematización final y síntesis de las aportaciones, discusiones y conclusiones realizadas y obtenidas sobre los distintos temas abordados y que nos permitiera elaborar este documento final para ponerlo a disposición de todos aquellos colegas interesados en profundizar en aquellos.

Con el soporte científico de

Fundación  Educación Médica

El Seminario de la EPM Santander 2022 contó con la colaboración y agradecimiento de



AYUNTAMIENTO DE
SANTANDER

//ABANCA