

OMC §

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

EPM ESCUELA DE
LA PROFESIÓN
MÉDICA
DEL CGCOM

CONCLUSIONES

Tercer Seminario de la EPM

Santander 2023

20, 21 y 22 de septiembre de 2023

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: *Secretaría Técnica EPM*



Reconocimiento no comercial

Compartir igual

by-nc-sa

Seminario Santander 2023



Coordinadores, Ponentes y Asistentes junto con el Comité Académico de la EPM y la Comisión Permanente del CGCOM

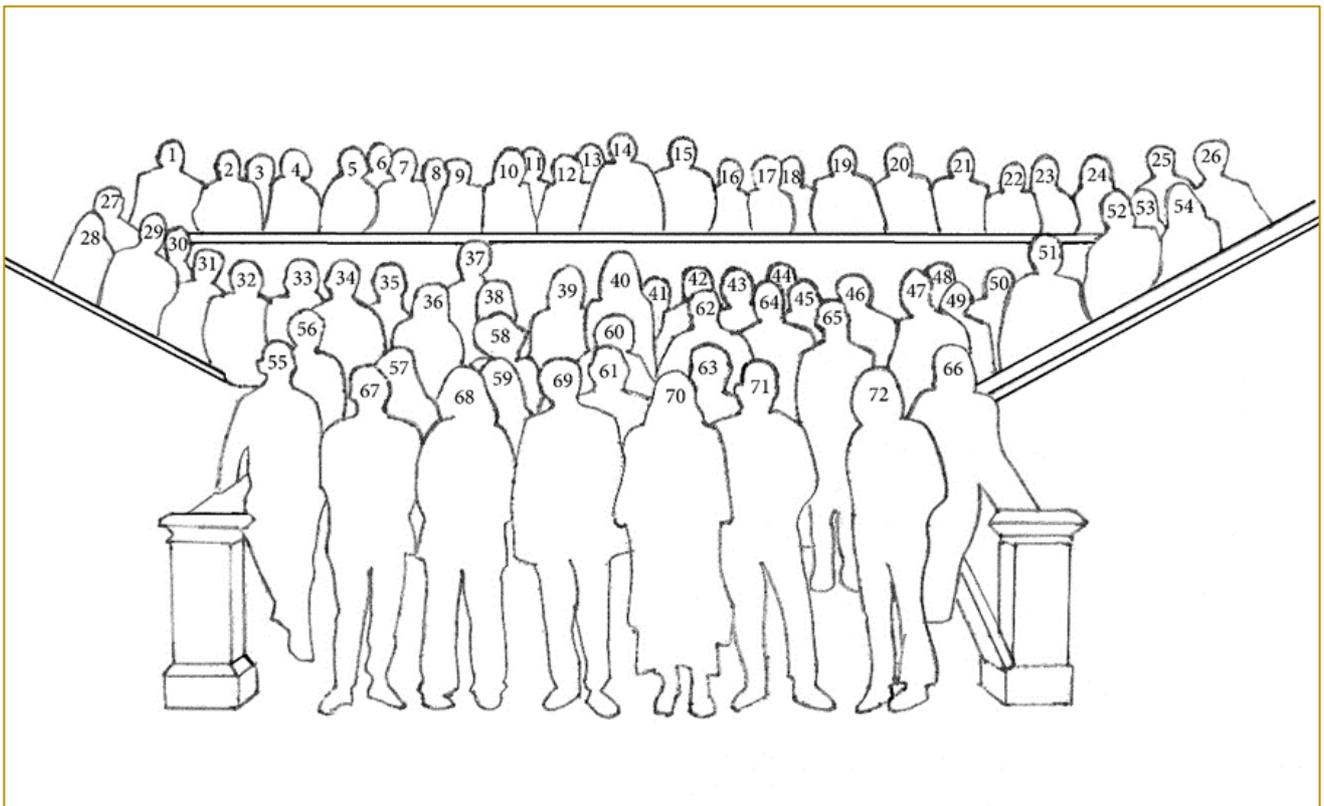


Foto Grupal

3º Seminario de la Escuela de la Profesión Médica 2023*

* total asistentes EPM 2023: 117

1. Juan Jose Rodriguez Sendin	37. Carles Recasens Laguarda
2. Enrique de la Figuera Von Wichmann	38. Pilar de Lucas Ramos
3. Montserrat Esquerda Aresté	39. Inmaculada Alfageme Michavila
4. María Sonsoles Castro Herranz	40. Lucia Martínez García
5. Gloria Fernández-Velilla Herranz	41. José Luis Jiménez Martínez
6. Emilio J. Sanz Álvarez	42. Ángel Pérez Arias
7. Encarnación Guillén Navarro	43. Amando Martín Zurro
8. Maria Dolores Marrero Díaz	44. Ramón Mur Garcés
9. Rosa Villalonga Vadell	45. Luis Pallares Neila
10. Isabel Prieto Erades	46. Josep Vidal Alaball
11. Swen Seebach	47. Enrique Castellón Leal
12. Ana María Arbaizar Martínez	48. Paulino Cubero González
13. Maria del Carmen Sebastianes Marfil	49. Marta González Santos
14. Tomás Toranzo Cepeda	50. María Esther Colom Paglialonga
15. Joan Monés Xiol	51. Ricardo Rigual Bonastre
16. Ana María García Sánchez	52. Jorge Palés Argullós
17. Dulce María Caballero Benitez	53. Alba Sánchez González
18. Graciliano Estrada Mateos	54. María Valderrama López
19. Jose Luis Díaz Villarig	55. Javier García Alegría
20. Luis Antuña Montes	56. María Jesús Hermosa Los Arcos
21. Francisco Javier García Tirado	57. Inmaculada Martínez Torre
22. Pilar León Sanz	58. Marina de la Infanta Pérez
23. María Teresa Vidal Candela	59. Celia Gómez González
24. Elena Fernández Martínez	60. Carmen Solorzano Sánchez
25. Juan José Arraez Galiñanes	61. Jose María Domínguez Roldán
26. David Suescun Elizalde	62. Joaquín Fernández de Valderrama
27. Arcadi Gual Sala	63. Rogelio Altisent Trota
28. Belén Lomba García	64. Evelio Robles Agüero
29. Carlos Lapeña Aragües	65. Carlos Arjona Mateos
30. Cosme Naveda Pomposo	66. Milagros García Barbero
31. Antonio Lobo Satué	67. Enrique Guilabert Pérez
32. Guillermo Llago Navarro	68. María Isabel Moya García
33. José Manuel Pérís Velarde	69. Tomás Cobo Castro
34. Victor Pedrera Carbonell	70. Manuela García Romero
35. Hermann Schwarz Chavarri	71. Jose María Rodriguez Vicente
36. Natalia Jimeno Ruiz	72. María Rosa Arroyo Garcia

Escuela de la Profesión Médica 2023

Comisión Permanente del CGCOM



Presidente
Tomás Cobo Castro



Vicepresidenta 1ª
María Isabel Moya García



Secretario General
José María Rodríguez Vicente



Vicepresidenta 2ª
María Rosa Arroyo Castillo



Tesorero
Enrique Guilabert Pérez

ÍNDICE

Sesiones Plenarias - Conclusiones *Págs.*

▪ LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL Y LA PRÁCTICA CLÍNICA	11-12
Coordinadora: María Isabel Moya García	
▪ PACTO DE ESTADO. REFORMAS NECESARIAS. SOSTENIBILIDAD	15-16
Coordinador: José Ramón Repullo Labrador	
▪ OBJECCIÓN DE CONCIENCIA	19-20
Coordinador: Jose M ^a Domínguez Roldán	

Encuentros - Conclusiones *Págs.*

▪ TRABAJANDO EN EQUIPO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA	23-24
Coordinador: Enrique Pérez Guilabert	
▪ PUBLICIDAD SANITARIA	27-28
Coordinadora: M ^a Rosa Arroyo Castillo	
▪ FORMACIÓN EN VALORES	31-32
Coordinador: Arcadi Gual Sala	
▪ EL MÉDICO ANTE LA ESTRATEGIA DEL "NO HACER"	35-36
Coordinador: Joan Monés Xiol	
▪ LA ATENCIÓN MÉDICA A LOS MENORES DE EDAD TRANS	39-40
Coordinador: Mariano Casado Blanco	
▪ SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE	43-44
Coordinadora: Elena Fernández Martínez	

Escuela de la Profesión Médica 2023

Comisión Permanente del CGCOM

Presidente: Tomás Cobo Castro

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

Comité Académico

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

- Mariano Casado Blanco
- José M^a Domínguez Roldán
- Mila García Barbero
- Manuela García Romero
- José Luis Jiménez Martínez
- Amando Martín Zurro
- Joan Monés Xiol
- José Ramón Repullo Labrador
- Juan José Rodríguez Sendín

Administración y Secretaría

- Susana Iglesias Guillén
- Jonathan López Jiménez

La tercera edición de Seminario de la Escuela de la Profesión Médica, en línea con las dos anteriores, ha permitido a los asistentes participar activamente en el análisis y discusión de diversos temas que han resultado de gran interés tanto para los profesionales como para las entidades colegiales.

Tras la celebración del Seminario, se ha elaborado un documento resumen sintetizando los contenidos tratados, documento que cumple con el compromiso adquirido por la organización de facilitar a todos los interesados las aportaciones del Seminario EPM 2023.

SESIONES PLENARIAS
CONCLUSIONES

PREMIOS MEMORIAL HELIOS PARDELL



Las Dras. premiadas María del Pilar De Lucas e Inmaculada Alfageme, junto al Dr. Tomás Cobo.



La Dra. María del Carmen Sebastianes, representante del premiado Colegio de Médicos de Cádiz

PLENARIO A: *La transformación digital y la práctica clínica*

Colegios Oficiales de Médicos proponentes: **Albacete, Asturias, Huesca, Lugo, Tenerife, Soria y Valladolid**



Coordinadora

Isabel Moya García

Vicepresidenta 1ª - CGCOM



Ponente

Itziar Alkorta Idiakez

Profesora titular Derecho Civil - UPV



Ponente

Encarna Guillén Navarro

Jefa de Servicio – HCU Virgen de la Arrixaca



Ponente

Luis Martínez Escotet

Secretario General - COM Asturias



Ponente

Alejandro Pazos Sierra

Médico y Catedrático CC. Computación - UDC



Relatora

Mila García Barbero

Profesora Colaboradora - UMH

1. La transformación digital en salud implica un gran cambio cultural y de procesos dentro de las organizaciones sanitarias que modificará sustancialmente la práctica clínica.
2. Este cambio requiere, al menos, de tres pilares esenciales:
 - Tecnología**, con su capacidad de integrar y analizar grandes cantidades de datos procedentes de distintas fuentes y la posibilidad de incorporar técnicas de inteligencia artificial como soporte a la toma de decisiones clínicas. Los avances tecnológicos harán posible una completa interoperabilidad de la información a través de la historia clínica electrónica y la prescripción y dispensación electrónica transfronteriza.
 - Regulación normativa**, que establezca un marco jurídico común sobre el uso y gobernanza de los datos personales para un uso primario y secundario, de forma que se garantice la privacidad de las personas y el uso de los datos en un entorno seguro y para fines éticos. Asimismo, urge la regulación de la telemedicina y las distintas aplicaciones digitales de salud y bienestar para garantizar la seguridad del acto médico en este entorno digital y definir un sistema de valoración del impacto que estas herramientas tienen en los resultados de salud.
 - Profesionales**, el primer valor del sistema sanitario, que deben adaptarse a este nuevo escenario con un alto nivel de implicación y con la adquisición de nuevas competencias digitales.
3. La sociedad actual demanda nuevos servicios sociosanitarios que implican un cambio en el modelo asistencial actual para hacerlo de mayor calidad y sostenible. La tecnología inteligente, a través de la Biotic, la IA, etc. se apuntan como algunas de las bases que podrán lograr este cambio. La IA es la más potente herramienta tecnológica de la que disponemos para incrementar nuestras capacidades intelectuales pero no se puede esperar que vaya a resolver todos los problemas intelectivos que tienen los humanos
4. La IA hay que verla como una potente herramienta que libraré a los profesionales de las tareas más tediosas, disponiendo de más tiempo para atender a los pacientes y ser mucho más eficientes en sus resultados. Es una buena oportunidad de reforzar la relación médico-paciente y humanizar la medicina.
5. Es preciso dotar a los médicos de competencias digitales mediante tres mecanismos: alfabetización digital y formación continuada, competencias en estudios de grados conducentes a profesiones sanitarias y especialidad en Informática de la Salud.
6. La IA no va a sustituir a los profesionales pero los profesionales que la manejen sí que podrán sustituir a aquellos profesionales que le den la espalda.
7. La IA plantea nuevos retos formativos, legales y éticos que ya se están teniendo en cuenta por la UE, proponiendo un nuevo marco jurídico y legal en el que tendrán que aclarar temas relacionados con la responsabilidad civil y penal en caso de utilizar estas técnicas y procedimientos de IA en el proceso asistencial.
8. La inteligencia artificial nos ofrece capacidades superiores a las humanas para procesar grandes cantidades de datos y automatizar procesos complejos. Por ello, es una excelente palanca para desplegar, definitivamente, una medicina predictiva, preventiva y poblacional pero, a la vez, personalizada de precisión, en la que participen los ciudadanos y podamos obtener mejores resultados en salud, la medicina de las 5P.
9. La **medicina personalizada de precisión** es un enfoque emergente para la prevención, el diagnóstico y tratamiento de enfermedades que toma en cuenta la variabilidad individual en los genes, el ambiente y estilo de vida de cada persona
10. Esta medicina del futuro se debe sustentar en tres elementos básicos: la transformación digital, el marco ético-legal y las políticas sanitarias que contribuirán a la sostenibilidad del sistema y a la viabilidad de la investigación e innovación.
11. Para que esta medicina del futuro sea una realidad y la IA pueda adoptarse en la práctica clínica necesitamos datos, datos de calidad y compartirlos en un entorno de máxima seguridad. El Espacio Europeo de Datos Sanitarios (EEDS) nace para alcanzar este objetivo; es un ecosistema específico para la salud formado por herramientas para el intercambio de datos sanitarios a nivel del estado y transfronterizo.

12. El Modelo de Gobernanza de los datos es clave para definir el proyecto global del Espacio de Datos de Salud, incluyendo metodología, recursos y alcance.
13. Con la Propuesta de Reglamento de Espacio Europeo de Datos Sanitarios (REEDS) de la Comisión Europea se pretende crear una infraestructura para el uso de los datos en la asistencia sanitaria directa a los ciudadanos de la Unión (uso primario) y otra con datos anonimizados/seudonimizados para fines de investigación, innovación o definición de políticas sanitarias (uso secundario). Este reglamento también se marca como objetivos que las personas físicas tengan un mayor control en la práctica sobre sus datos sanitarios electrónicos bajo un marco jurídico común, concretamente, el 100% en 2030 (objetivo de la Brújula Digital). También, crear un mercado único de productos y servicios sanitarios digitales y armonizar las normas de la historia clínica electrónica.
14. La Calidad de registro del Dato es un importante desafío en la aplicación de estas normas. Es imprescindible la normalización e interoperabilidad técnica y semántica.
15. Dos sistemas son interoperables, no cuando permiten ver el uno al otro sus contenidos sino cuando, interactuando entre ellos, comparten los datos y posibilitan el intercambio de información y conocimiento mutuamente. Un buen ejemplo de Interoperabilidad sería la e-receta
16. La telemedicina ha sido uno de los cambios de mayor impacto en nuestro sistema sanitario tras la pandemia. España es líder europeo, pero es imprescindible su regulación para evitar su uso inadecuado. Se acaba de aprobar en España una norma UNE (179011:2023) para la “teleconsulta” pero es claramente insuficiente para estandarizar este tipo de consulta médica y establecer legalmente los requisitos para garantizar la seguridad del ciudadano y del profesional.
17. El uso de los datos, su análisis computacional y la interoperabilidad de la información están en el trasfondo de toda la transformación digital. El marco normativo sobre el que pilota este cambio de paradigma es complejo e involucra varias leyes nacionales y reglamentos procedentes de la Unión Europea, entre los que cabe mencionar los siguientes:
 - reglamento general de protección de datos
 - reglamento de gobernanza de datos,
 - reglamento de productos sanitarios
 - propuesta de reglamento de espacio europeo de protección de datos
 - propuesta de reglamento de inteligencia artificial
 - propuesta de reglamento de responsabilidad por productos
18. Los desafíos a nivel normativo son importantes, se centran en permitir que los datos de salud sean accesibles tanto como sea posible para un claro beneficio individual y colectivo y se limiten tanto como sea necesario conservando los derechos de privacidad, intimidad, seguridad y autonomía de las personas y, por supuesto, se respeten los principios éticos de la medicina.
19. La propuesta de Reglamento de inteligencia artificial, Bruselas 21.04.2021 (COM 2021) de la Unión Europea establece una serie de prohibiciones de aplicaciones de IA y obliga a que en el sector salud haya siempre una supervisión humana. Obliga a informar a los usuarios que están interactuando con una IA y reconoce el derecho de los usuarios a oponerse a una decisión tomada por la IA que les perjudique y pueden reclamar que intervenga un humano.
20. Cabe mencionar también la propuesta de directiva sobre responsabilidad en materia de IA de la Comisión Europea que regula la responsabilidad subjetiva por los daños causados por una información procedente de un sistema de IA, estableciendo como agentes responsables al proveedor y al usuario que lo utiliza.
21. El papel de los médicos en todo este cambio es de vital trascendencia. Se precisa una participación activa, con información y formación, especialmente desde el punto de vista legal, con ayudas al registro de datos, al uso secundario de los mismos y a la adopción y manejo de la IA en la toma de decisiones. También será necesaria la creación e incorporación a los equipos clínicos nuevos perfiles, como médicos especialistas en sistemas de información, analistas de datos y expertos en inteligencia artificial aumentando mucho más la interdisciplinariedad en la práctica clínica.



Ponentes Mesa Plenario A::

D. Luis Martínez, Dña. Encarna Guillén, Dña. Isabel Moya, Dña. Itziar Alkorta, D. Alejandro Pazos y Dña. Mila García

PLENARIO B: *Pacto de estado. Reformas necesarias. Sostenibilidad*

Colegios Oficiales de Médicos proponentes:
A Coruña, Ciudad Real, Huesca, Sevilla, Soria y Teruel



Coordinador

J. Ramón Repullo Labrador

Prof. Emérito ENS, Instituto Carlos III



Ponente

David Cantarero Prieto

Catedrático - H. Cantabria e IDIVAL Valdecilla



Ponente

Enrique Castellón Leal

Vicepresidente 3º - COM A Coruña



Ponente

Celia Gómez González

Dir.ª Gral. Ordenación Profesional - Mº Sanidad



Relator

José Luis Díaz Villarig

Presidente - COM León

Este plenario estuvo dedicado a analizar el marco institucional de la sanidad pública española desde diferentes perspectivas pero con el propósito común de explorar las posibilidades de un gran acuerdo social y político para cambiar el curso negativo (crisis) del Sistema Nacional de Salud, que ha cristalizado en numerosos problemas a la salida de la pandemia.

Desde una perspectiva de política sanitaria, **Enrique Castellón** analizó los antecedentes históricos de propuestas de reforma y planteó las posibles causas por las que hacer pactos resulte tan difícil: voluntad política, fragmentación institucional, complejidad técnica, costes políticos de los cambios y ventajismo electoral; este último magnificado por la hiper-polarización de la vida política que experimentamos en España.

Para hacer viables las reformas es fundamental la implicación de los gobiernos con su presidencia al frente (como en la reforma británica) y crear una clara fuerza facilitadora en la sociedad civil. También es importante centrar las reformas en puntos clave que desencadenan dinámicas de cambio; crear grandes discursos y usar mucha retórica no parece una opción muy efectiva.

La aportación de **Celia Gómez** se centró en los recursos humanos del SNS, particularmente en dos ejes: la necesidad de más y mejor planificación y la calidad de empleo (reducción de la temporalidad). Aportó diversa información de grado de medicina y de la formación sanitaria especializada, así como de las diferentes iniciativas y políticas para ir modulando el número de egresados y especialistas, de forma que en un plazo no muy largo se reponga el equilibrio. También se describieron una serie de políticas y acciones desarrolladas en relación con la temporalidad en el empleo a través de la estabilización, así como modificaciones en el estatuto Marco para abordar la eventualidad y negociar cambios futuros que mejoren la gestión. El proceso de creación de especialidades (urgencias, genética, infecciosas, etc.), fusión de especialidades o modificación de denominaciones, muestra una ruta de desbloqueo importante en temas que estaban paralizados desde hace mucho tiempo.

Una idea central es que, pese a la parálisis reformista y a la necesidad de cambios estructurales, son posibles pequeñas-grandes reformas en base a trabajo técnico perseverante y a los acuerdos laboriosos con los agentes implicados, y que estas transformaciones crean confianza y abren puertas a otros consensos y acciones. La gestión multinivel en un SNS con tantos agentes e instituciones va a requerir mucho diálogo y ajustes iterativos.

La perspectiva de la economía de la salud, aportada por **David Cantarero**, amplió el foco de análisis a la dimensión sistémica, más conectada con la solvencia y la sostenibilidad. Es fundamental introducir en la ecuación el problemas de los costes crecientes de la atención sanitaria, el papel de los profesionales en la asignación de recursos, las limitaciones que enfrenta la sociedad para recaudar fondos que permitan gestionar la sanidad y los otros servicios de bienestar, así como la relevancia de los modelos de organización y gestión para conseguir que el gasto sanitario se traduzca en valor (eficiencia).

Precisamente en el ámbito organizativo, se destacaron las importantes posibilidades de mejora, a través de una mayor flexibilización de la regulación, la autonomía de gestión responsable, la gestión clínica y la toma de decisiones sobre tecnologías e innovaciones a incorporar al SNS. La competencia por comparación (transparencia y rendición de cuentas) puede ser un poderoso motor de eficiencia y mejora de la calidad. Los contratos de gestión, actualizados y mejorados y con proyección plurianual y vinculación con los presupuestos, son una herramienta imprescindible para aprovechar estas oportunidades de mejora.

En la discusión todos estos temas se enriquecieron, se plantearon preguntas específicas sobre políticas (especialmente en el ámbito de profesionales), y se señaló la importancia de las conclusiones de la Comisión Parlamentaria para la Reconstrucción Social y Económica de 2020, que marca rutas de transformación consensuadas políticamente y que pueden ser muy relevantes para reactivar reformas estructurales.

El relator de la mesa, **José Luis Díaz Villarig**, aportó comentarios sobre la situación crítica del SNS en términos de accesibilidad, lista de espera y percepción de profesionales y ciudadanos sobre la gravedad de la situación, formulando su opinión de la inviabilidad del SNS si no se dan una serie de pactos que lo rescaten e insistiendo en la necesidad de acción de sindicatos médicos y colegios profesionales en esta línea.

El rico debate acabó apuntando en la necesidad de profundizar en la *“crisis de implementación”*: muchas ideas, bastante convergentes pero pocas acciones viables.

Profundizar en la gestión del cambio parece importante: pocas acciones pequeñas pero de efectos multiplicadores, con consensos entre los profesionales que reduzcan el ruido y faciliten la implementación y, también, con una acción de abogacía social desde la profesión médica que cree condiciones favorables para un gran acuerdo social y, quizás, abra posibilidades para un Pacto de Estado en un futuro no muy lejano.



Ponente Mesa Plenario B:

D. David Cantero, Dña. Celia Gómez, D. J. Ramón Repullo, D. Enrique Castellón y D. José Luis Villarig



Asistentes durante la sesión al Plenario B

PLENARIO C: *Objeción de conciencia sanitaria*

Colegios Oficiales de Médicos proponentes: **Badajoz, Pontevedra, Soria, Teruel y Zaragoza**



Ilustre Colegio Oficial
de Médicos de Pontevedra



COLEGIO OFICIAL
DE MÉDICOS
DE ZARAGOZA



Coordinador y Ponente
José Mª Domínguez Roldán
Presidente de la CCD



Ponente
Mariano Casado Blanco
Secretario - COM Badajoz



Ponente
Mónica Hernández Herrero
Gerente H. Laredo - Servicio Cántabro de Salud



Relator
José María Rodríguez Vicente
Secretario General - CGCOM

PLENARIO C: *Objeción de conciencia sanitaria*

Se considera imprescindible el desarrollo de un glosario relativo a la objeción de conciencia para la delimitación de los conceptos:

-La objeción de conciencia sanitaria hace referencia a la negativa de un profesional sanitario al cumplimiento de una ley o al mandato de una autoridad competente, basada en la negativa en razones éticas o religiosas. La objeción de conciencia es un constructo legal, con base moral. La objeción de conciencia médica legalizada hace referencia al reconocimiento del derecho del médico al no cumplimiento de un mandato legal sustentado en el quebranto moral que le produciría su cumplimiento. Las bases de esta opción de objeción deben ser siempre sinceras, razonadas, y se refieren a situaciones fundamentales y profundas. Actualmente, en España, existen solamente dos situaciones donde se reconoce la objeción de conciencia legalizada: la interrupción voluntaria del embarazo y la eutanasia/suicidio asistido.

-Es importante establecer las diferencias que existen entre objeción de conciencia y otros conceptos de actitudes de rechazo a la ley como por ejemplo la desobediencia civil, la insumisión, o la resistencia. La objeción de conciencia debe también diferenciarse de situaciones como la objeción de conciencia, la cripto-objeción o la pseudo-objeción; conceptos que deben ser bien conocidos por los médicos y por los gestores sanitarios.

-La objeción de conciencia sobrevenida se refiere a aquellas situaciones en las que el médico, previamente no objetor, considera, tras un cambio de sus valores personales, que seguir cumpliendo con el mandato legal le produce un daño moral, por lo que decide manifestar su objeción a la realización al cumplimiento de la ley.

-Un tema frecuentemente debatido, asociado a la objeción de conciencia, es el hecho de la necesidad u obligación de realización de un registro de objetores. Los que se manifiestan en contra de estos registros sostienen el argumento de que vulnera el derecho constitucional que tiene todo ciudadano a no expresar públicamente sus creencias; los que están a favor de los registros consideran que es el único modo en que la actividad propuesta por la ley puede ser cumplida sin tener que forzar la voluntad del médico objetor.

-Ha sido también objeto de controversia el derecho de las instituciones al no cumplimiento de la ley en base al ideario institucional. ¿Puede sostenerse el hecho de la objeción de conciencia institucional? Aunque aún es objeto de discusión, la mayor parte de las opiniones sostienen que la objeción de conciencia, dado que se deriva de la libertad ideológica, es un derecho individual que no puede ser ejercida por una institución; postura que también ha sido sostenida por juristas en España.

PLENARIO C: *Objeción de conciencia sanitaria*

En relación a la realización de una ley que regule la objeción de conciencia en el ámbito sanitario se plantean las siguientes reflexiones:

-La objeción de conciencia es una cuestión que, de forma cíclica, está acompañando a la actividad profesional. En España el punto de inicio principal de las reflexiones sobre la objeción de conciencia sanitaria fue con la ley de la interrupción voluntaria del embarazo y ha continuado con la ley orgánica de regulación de la eutanasia.

-Se plantea la necesidad de la objeción de conciencia sanitaria mediante una ley específica, aunque no es tarea sencilla, ya que es un derecho “imprescindible” para un ejercicio profesional “moral y libre” y con independencia de que se trate de un derecho fundamental o constitucional se hace conveniente el tener una necesaria norma legal que lo regule.

-Dada sus peculiaridades éticas y filosóficas, esta regulación no puede quedar al arbitrio del legislador, en la que se establezcan básicamente prohibiciones o imposiciones.

-Es compleja una regulación legal, ya que es preciso establecer un equilibrio entre los derechos de los profesionales sanitarios y los derechos de los pacientes.

-La supuesta regulación normativa debe permitir un papel protagonista a los Colegios Profesionales, mediante la participación en la redacción de la norma y la participación en el control de los objetores de conciencia; y antes de proceder a regular la objeción de conciencia sería preciso establecer unificación a nivel jurisprudencial.

En relación a los modelos organizativos que permita el cumplimiento de leyes en las que pueda verse implicada la objeción de conciencia sanitaria son importantes las siguientes reflexiones:

-El cumplimiento de las leyes en áreas donde la objeción de conciencia pueda estar implicada, exige una importante organización ya que los gestores sanitarios deben tener constancia de los médicos que ejercen su derecho a la objeción de conciencia.

-El derecho de la objeción de conciencia de los profesionales debe ser armónico como el derecho de los usuarios a la prestación de servicios.

-La confidencialidad y el secreto deben ser elementos esenciales de los registros a fin de garantizar el libre ejercicio constitucional (“nadie podrá ser obligado a declarar sobre su ideología, religión o creencias”).

ENCUENTROS
CONCLUSIONES

ENCUENTRO 1: *Trabajando en equipo en la atención primaria*

Colegios Oficiales de Médicos proponentes:
A Coruña, Ciudad Real, Huesca, Sevilla y Soria



Coordinador

Enrique Guilabert Pérez

Tesorero - CGCOM



Ponente

Rubén Roberto Cebrecos Tamayo

Médico de familia - Serv. Cantabro de Salud



Ponente

Marina de la Infanta Pérez

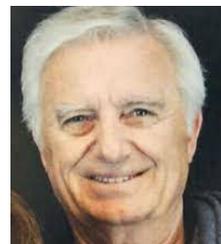
Médico AP - OMC



Ponente

Josep Vidal Alaball

Coord. Ud. Investigación- Inst. Català Salut



Relator

Amando Martín Zurro

Vpdte. Fundación Educación Médica, FEM

ENCUENTRO 1: *Trabajando en equipo en la atención primaria*

En el encuentro se abordaron tres aspectos nucleares: Evolución de los equipos, Dirección y gestión de los equipos y las nuevas Tecnologías y los equipos.

El primero de los ítems fue desarrollado por la Dra. María de la Infanta que resaltó la importancia del trabajo en equipo para potenciar el sentido de pertenencia y la seguridad de los profesionales así como el papel de los problemas de las relaciones personales entre sus miembros y el de un estilo de liderazgo positivo, incentivador y participativo en la resolución de los conflictos, que van a ir apareciendo a lo largo de la “historia natural” de los equipos.

Resaltó los problemas que pueden plantearse cuando no existe una verdadera coordinación y aceptación común de objetivos entre los diferentes colectivos profesionales que integran el equipo, con referencia especial a los médicos y las enfermeras. La pandemia COVID19 ha sido un factor disruptivo que ha acentuado la situación de crisis de muchos equipos de atención primaria en España potenciando el “burnout” de sus integrantes.

La motivación y el compromiso, así como el respeto relacional y el mantenimiento de unos canales fluidos de comunicación entre sus miembros son, a juicio de la Dra. María de la Infanta, elementos de importancia clave, no sólo para construir el equipo sino también para garantizar su cohesión a medio y largo plazo.

El Dr. Rubén Roberto Cebrero abordó el tema de la dirección y gestión de los equipos asumiendo inicialmente que, tanto el tipo de pacientes como el papel del médico han evolucionado intensamente en los últimos años. En el primer caso, a partir de una menor asertividad de las personas que consultan y, en el segundo, tal como se verá después, a partir de cambios tecnológicos y del entorno laboral. Estos cambios no parecen haber tenido un correlato suficiente con otros en el campo de la dirección y gestión de los equipos. La macrogestión, marcada por la política sanitaria, sigue siendo cortoplacista y con problemas de consistencia en sus planteamientos. La mesogestión de los centros y equipos basada en los contratos tampoco parece haber evolucionado de manera suficiente, tampoco la microgestión de las consultas.

La dirección y gestión se encuentran marcadas por el mantra de la falta de médicos, un elemento en cuyo abordaje es preciso no limitarse a propugnar el aumento de la producción de efectivos si no que es preciso analizar y poner remedio a la falta de atractivo del trabajo en atención primaria, evitando la huida continua de muchos profesionales hacia otros sectores como, por ejemplo, las urgencias hospitalarias.

También es preciso reconsiderar unas políticas de incentivación que no parecen responder a las necesidades y características del contexto actual. Los problemas y oportunidades para los equipos que plantea la implantación de las nuevas tecnologías fueron abordados por el Dr. Josep Vidal Abadall a partir del análisis de las aportaciones y peligros que supone su desarrollo en la práctica clínica y en las decisiones diagnósticas y terapéuticas.

ENCUENTRO 1: *Trabajando en equipo en la atención primaria*

La telemedicina, sobre todo en determinados ámbitos como la dermatología o la oftalmología, aunque también en otros, ha inducido cambios significativos en la dinámica asistencial e incluso en las listas de espera y su desarrollo; significativamente en el periodo de la pandemia COVID19, se ha visto acompañado de un incremento de la dificultad en la accesibilidad para las visitas presenciales con médicos y enfermeras.

La inteligencia artificial no sustituirá a los médicos, con diferencias entre las diversas especialidades, pero sí que se hará imprescindible y obligará a su utilización por parte de todos los profesionales para poder mantener su accesibilidad, efectividad, eficiencia y precisión diagnóstica y terapéutica, con incidencia especial en el campo de la atención primaria, tanto en la vertiente asistencial pura como en la prevención, en la docencia y en la investigación.

También estamos asistiendo a un crecimiento exponencial de instrumentos sofisticados para el control de determinadas patologías crónicas así como para la prevención de enfermedades físicas y mentales. Es importante considerar los peligros y riesgos que conlleva el uso de las nuevas tecnologías y luchar activamente para mantener un equilibrio imprescindible entre atención tecnológica y humana y visualizar aquélla como una herramienta de ayuda que debe incrementar la disponibilidad de tiempo de los profesionales, para mantener el imprescindible contacto humano y personal con sus pacientes.

En el coloquio de este 1º Encuentro de la EPM surgieron otros temas entre los que podemos destacar los siguientes:

1. La necesidad de cambiar positivamente los entornos laborales para favorecer el trabajo en equipo y combatir el "burnout" de los profesionales.
2. El problema del déficit de profesionales no se solucionará solamente cambiando su producción, es preciso hacer más atractiva su actividad.
3. Las nuevas tecnologías pueden no favorecer el trabajo en equipo ya que podrían favorecer el individualismo.
4. La burocratización de la actividad en atención primaria es un elemento que dificulta el trabajo en equipo.
5. Es imprescindible potenciar la longitudinalidad asistencial en atención primaria.
6. Hay que analizar la viabilidad de cambios en los mecanismos de incorporación de los profesionales a los puestos de trabajo y pasar de los actuales concursos-oposición a fórmulas de contratación laboral estables, justas, equitativas y transparentes.



Asistentes atentos a uno de los plenarios del Seminario celebrados en el Salón Bringas-Riancho



*Dr. Tomás Cobo acompañado de los estudiantes de medicina asistentes al Seminario:
María Isabel Bernardi, David Suescun, Alba Sánchez, María Valderrama, Lucía Martínez y Natalia Jimeno.*

ENCUENTRO 2: *Publicidad sanitaria*

Colegio Oficial de Médicos proponente:
Guipuzkoa



Coordinadora

Maria Rosa Arroyo Castillo
Vicepresidenta 2ª - CGCOM



Ponente

Ofelia De Lorenzo Aparici
Socia Directora - De Lorenzo Abogados



Ponente

Inmaculada Martínez Torre
Presidenta - COM La Rioja



Relatora

Carmen Solorzano Sánchez
Presidente - COM Guipuzkoa

ENCUENTRO 2: *Publicidad sanitaria*

En el desarrollo de este encuentro se actualizaron los conocimientos que los médicos deben tener sobre la Publicidad de los productos, actividades o servicios con pretendida finalidad sanitaria, en su doble vertiente: la publicidad dirigida al público en general y la que sólo puede estar dirigida a los profesionales sanitarios; puesto que hay que identificar aquellos productos no susceptibles de publicitar por el riesgo que pueda afectar a la responsabilidad profesional determinadas prácticas, aunque el médico desconozca que no están cubierta por su seguro.

El médico debe estar informado y asesorado para cumplir con la normativa legal y deontológica que nos aplica.

Qué y cómo se debe hacer publicidad de los servicios que prestamos a la ciudadanía es especialmente importante para los médicos emprendedores en el ejercicio privado por cuenta propia, porque el seguro de responsabilidad civil profesional puede no cubrir el riesgo derivado de no hacerla adecuadamente.

Se habló del papel de los Colegios de Médicos como proveedores de herramientas a los colegiados para adecuarse a los marcos legales y deontológicos que regulan la publicidad sanitaria así como la información a la ciudadanía de la necesidad de verificar la titulación de las personas que prestan los servicios sanitarios, para lo que ponen a sus disposición el registro público de colegiados médicos que puede consultarse en cada uno de los colegios provinciales así como en la página web del Consejo General de Colegios Médicos.

Los propio colegios disponen de canales de procedimiento y denuncia antes la sospecha del delito de intrusismo, definido como el ejercicio fraudulento de una profesión sin la titulación necesaria. Esta situación es de especial sensibilidad en el ámbito de la salud por el riesgo de pérdida de oportunidad de tratamiento, retraso del mismo e incluso consecuencias irreversibles sobre la persona en las circunstancias de vulnerabilidad producida por la enfermedad. Los médicos cuentan con el apoyo de los servicios jurídicos de su colegio provincial.

ENCUENTRO 2: *Publicidad sanitaria*

Hubo un debate sobre las propuestas que deben plantearse a la administración para que actualice la normativa (RD 1907/1995 de 2 de agosto sobre publicidad y promoción comercial de producto, actividad o servicio con pretendida finalidad sanitaria). Deben modificarse con medidas que garanticen la protección de la salud individual y colectiva de la ciudadanía, como así lo recoge el Plan para la protección de la salud frente a pseudoterapias de 2018.

En el uso de redes sociales con contenidos en materia sanitaria debe corresponsabilizarse a los titulares, personas físicas o jurídicas, de los medios de comunicación y a los titulares de locales en la publicación que difundan publicidad o promoción comercial de productos, actividades o servicios con pretendida finalidad sanitaria que no estén avalados por profesionales, sus sociedades científicas reconocidas o las organizaciones y agencias reguladoras correspondientes, como la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) o la Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

El marco deontológico se ha actualizado en Diciembre de 2022 con el nuevo Código de Deontología Médica de la OMC, en el cual se habla de “Publicaciones profesionales” en el capítulo XXII y en el XXV de “Publicidad Médica”. Recoge las normas que deben orientar nuestra actividad médica, velando por la buena praxis y la calidad y la seguridad de nuestros actos médicos.

La información al paciente debe ser honesta, precisa, pertinente y transparente, especialmente en los actos propios de la medicina satisfactiva.



*Ponentes Encuentro 2 sobre Publicidad Sanitaria
Dña. Ofelia de Lorenzo, Dña. Maria Rosa Arroyo, Dña. Inmaculada Martínez y Dña. Carmen Solorzano*



Asistentes al Encuentro sobre Publicidad Sanitaria

ENCUENTRO 3: *Formación en valores*

Colegio Oficial de Médicos proponente:
Zaragoza



Coordinador

Arcadi Gual Sala

Director - Comité Académico EPM



Ponente

Rogelio Altisent Trota

Profesor titular - Univ. de Zaragoza



Ponente

Maria Dolores Marrero Díaz

Médico de familia - Serv. Canario de Salud



Ponente

Emilio J. Sanz Álvarez

Jefe Serv. Farmacología Clínica - HU Canarias



Relatora

Montserrat Esquerda Aresté

Pediatra y Profesora de Bioética

Inst. Borja de Bioética - Univ. Ramon Llull

ENCUENTRO 3: *Formación en valores*

Que la medicina está impregnada de valores está fuera de discusión. Sin embargo, por diferentes razones, no es un tema pacífico, hasta el punto de que se nos ha convocado a este Encuentro para discutirlo. Desde Hipócrates acumulamos una tradición de valores que parecen imprescindibles para ser un buen profesional de la medicina. No se concibe la excelencia sin valores. Las ponencias de este encuentro versaron sobre cómo mejorar la educación médica en este campo.

Los valores que configuran la vocación a la medicina es lo que inclina a muchos estudiantes a elegir esta carrera: altruismo, relación de ayuda, cuidado de la salud, amor a la ciencia, conjuntamente con otros valores como la investigación, prestigio social, estatus socioeconómico o trabajo asegurado. Estos valores ejercen una fuerte motivación para la vocación a la medicina de los candidatos a la profesión. Aun con todo, cabe preguntarse si con la vocación se nace o se hace o ambas cosas a la vez. Numerosos estudios, realizados en diferentes países, reflejan cómo los estudiantes de medicina muestran un estancamiento o involución en empatía y un estancamiento o incluso una involución del desarrollo ético-moral durante la formación médica.

Piemonte, en el libro *“La muerte y el morir”* comentaba: *“Cuando llevaba tres años en la facultad de medicina me di cuenta de hasta qué punto el enfoque fisiológico ensombrece las realidades existenciales de la enfermedad, el sufrimiento y la muerte. Desde el primer día de mi educación médica, se me comunicó claramente e implícitamente que la anatomía, fisiología o farmacología son la verdadera “materia” de la medicina. Los estudiantes pierden poco a poco de vista la razón por la que decidieron estudiar Medicina”*.

Seamus O’Mahoney comentaba, *“hay una paradoja en el corazón de la medicina: su base intelectual es científica pero la práctica no lo es. La ciencia informa a la medicina y ésta busca respuestas en la ciencia, pero son actividades diferentes. En la medicina, tratamos a personas, con su irracionalidad, variabilidad, vulnerabilidad”*. La medicina no es una ciencia, sino una práctica, de base científica, pero una praxis. Y como praxis, requiere garantizar un conjunto de valores.

Decía Kapuscinski que *“para ser periodista hay que ser buena persona. Hay que ser una persona honesta, lejos de la equidistancia y con la suficiente memoria histórica para saber de dónde viene el origen de cada problema”*. No es muy diferente a lo que decía Ciril Rozman de la medicina: *“solo se puede ser un buen médico si se es una buena persona”*. ¿Estamos defendiendo estos valores? ¿Se puede ser buen profesional de la medicina sin ser compasivo y empático?

El reto no es tanto el definir qué valores forman el corpus profesional, pues éste es un tema abordado a lo largo de la historia de la medicina y desarrollado ampliamente en la actualidad. El gran reto es el CÓMO se incorporan y mantienen los valores durante el continuo formativo y de socialización médica: potenciando los valores que llevan incorporados gran parte de los estudiantes que llegan al grado, evitando que se pierdan y garantizando la consolidación de los mismos, fomentando la ilusión de ser médico.

ENCUENTRO 3: *Formación en valores*

Una editorial de The Lancet explicaba: “*El énfasis del adiestramiento del médico actual se pone en las ciencias duras: anatomía, fisiología, bioquímica, patología, microbiología o farmacología. Pero en la práctica clínica los médicos tienen que tratar de comprender a los pacientes, sus historias, sus personalidades y peculiaridades, para poder proporcionarles el mejor cuidado posible. En este lado ‘blando’ de la Medicina las ciencias ‘duras’ les son de escasa ayuda*”.

Es importante reconocer la trascendencia del currículum oculto, del ejemplo y del contexto sanitario en este continuo formativo. El paso del aula a la consulta es un proceso de “socialización sanitaria” y puede llegar a ser una experiencia muy desorientadora. Hay que aprender la profesión (medicina) y cómo ser médico, cuál es el comportamiento, la actitud, el tono adecuado como médico. Hay muchas nuevas habilidades a adquirir, como el lenguaje hospitalario, la interacción con otros miembros del equipo y con otros profesionales, con los familiares, el riesgo y el miedo a cometer errores, las rotaciones, las urgencias o los horarios. A menudo aquello que formalmente se ha aprendido en las clases de ética o de comunicación de la Facultad es muy difícil de aplicar y la experiencia que se halla en la realidad no suele parecerse a aquello que se ha aprendido. Normalmente se adquiere este tipo de conocimiento por imitación, el llamado *currículum oculto*.

El *currículum oculto* comprende valores, actitudes, creencias, comportamientos esperados. Estos valores ofrecen a menudo contradicciones, dobles mensajes o inconsistencias con los valores que se enseñan "formalmente". Se transmite a veces una visión mecanicista y, en ocasiones, cínica de la persona y los docentes o tutores pueden contribuir con historias, anécdotas, bromas o estereotipos. Se automatizan mensajes de “peligro” de estar demasiado involucrado en algún caso, demasiado reflexivo o introspectivo. Los tutores clínicos y también en el profesorado tienen una función primordial en la época del grado de medicina y de la formación especializada.

Con ello, una parte fundamental del continuum formativo del médico se halla a merced de un aprendizaje implícito y no reglado. En muchas ocasiones, este aprendizaje se realizará de forma correcta, con buenos tutores y formadores pero no necesariamente estamos garantizando su desarrollo. La formación reglada en valores es una asignatura pendiente. Sin embargo, tenemos evidencia que diferentes metodologías pueden influir en la enseñanza de valores de forma explícita. La medicina narrativa, por ejemplo, reintroduce la dimensión existencial en la atención sanitaria y permite comprender el significado que tiene la enfermedad en el paciente y las implicaciones en su vida y en su entorno. Para Rita Charon, la medicina narrativa es la capacidad de interpretar, absorber y actuar en respuesta a las narrativas de los pacientes

La introducción de asignaturas reflexivas, del enfoque narrativo en medicina, de la formación amplia en bioética, así como de la preparación de los tutores en estas áreas es fundamental. Hay, pues, que cultivar en las Facultades de medicina la posibilidad de diferentes itinerarios formativos con diferentes metodologías y enfoques, para que, según el perfil del estudiante, pueda ayudar a desarrollar las competencias transversales. Los colegios profesionales tienen que implicarse y liderar, juntamente con facultades de medicina y sociedades científicas, la educación en valores.



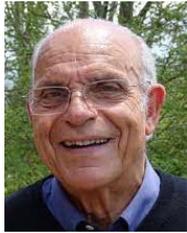
Los Ponentes del Encuentro 3: Dña. M^a Dolores Marrero, D. Rogelio Altisent, D. Emilio J. Sanz y Dña. Montserrat Esquerda junto a los asistentes



Ponentes y Asistentes al Encuentro 3 sobre Formación en valores

ENCUENTRO 4: *El médico ante la estrategia del “no hacer”*

Colegio Oficial de Médicos proponente:
Valladolid



Coordinador

Joan Monés Xiol

Prof. Medicina y Bioética - UAB



Ponente

Javier García Alegría

Presidente - FACME



Ponente

Rosa Villalonga Vadell

Pdta. C. Nac. Anestesiología y Reanimación
M^º Sanidad



Relator

Juan José Rodríguez Sendín

Vocal CCD - OMC

ENCUENTRO 4: *El médico ante la estrategia del “no hacer”*

El médico, en su práctica asistencial, con alguna frecuencia tiene la sensación de que tiene que hacer algo, solicitar alguna prueba diagnóstica sin indicación, recetar algún fármaco que la evidencia científica no aconseja o bien indicarlo porque el paciente lo demanda con insistencia.

El *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) al elaborar en el año 2011 las guías de buena práctica clínica, señala también las actuaciones poco recomendables “do not do” ya que o no han demostrado que aporten beneficios o no hay buena relación riesgo/beneficio. Actualmente hay más de mil recomendaciones del “do not do”. Existen iniciativas similares en países europeos: en Holanda y Canadá se conoce como “Choosing Wisely” y en Italia como “Slow Medicine”

En España, a propuesta de la Sociedad Española de Medicina Interna, el Ministerio de Sanidad inició en el año 2013 el proyecto denominado “Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas” con el objetivo de identificar las intervenciones innecesarias por una muy dudosa efectividad o por una mala relación coste-beneficio y se denominó genéricamente “no hacer”. Los documentos de recomendaciones “no hacer” pretenden ser una herramienta para ayudar a conseguir el uso más eficaz y eficiente de los recursos de atención a la salud.

Estrategia de “no hacer”:

- **Finalidad:**

Conseguir un uso más eficaz/eficiente de los recursos de atención a la salud, mediante proyectos promovidos por sociedades científicas, centros sanitarios y plataformas responsables.

- **Objetivos:**

1. Afrontar la sobreutilización: identificar lo que no hay que hacer; son prácticas que todavía son relativamente frecuentes.
2. Disminución de las intervenciones innecesarias que no han demostrado eficacia, tienen escasa o dudosa efectividad o no son coste-efectivas y no están libres de riesgos.
3. Eliminar las Prácticas de bajo valor (PBV): intervenciones diagnósticas y terapéuticas de dudosa utilidad.
4. Documentos elaborados por expertos que, basados en la evidencia, elaboran un conjunto de “Recomendaciones” sobre patologías concretas.

ENCUENTRO 4: *El médico ante la estrategia del “no hacer”*

▪ Metodología.

La metodología para la elaboración de las recomendaciones: en cada sociedad científica se elige un panel de expertos, encargado de elaborar un listado de 5 recomendaciones “no hacer” en base a la evidencia científica, básicamente de Guías de Práctica Clínica (GPC) como fuente principal. A través de una encuesta on-line, mediante el método Delphi, se valora cada recomendación con una escala del 1 (totalmente en desacuerdo) al 10 (totalmente de acuerdo), entre 1 y 3 rondas de valoración.

En Resumen:

1. Elección de un grupo de expertos para valorar prácticas de bajo valor.
2. Criterios de selección preestablecidos.
3. Elaboración de 5 recomendaciones de “no hacer”.
4. Método Delphi.
5. Revisión de 10 recomendaciones de guías clínicas en base a la evidencia.
6. Encuestas on-line y valoración de 0 a 10.
7. 1-3 rondas de evaluación.
8. Pueden ser específicas o multidisciplinarias.

Para comprender mejor esta herramienta del “no hacer” y a título de ejemplo se indicará algunas de las recomendaciones de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), que se publicaron en Medicina Intensiva Recomendaciones de “no hacer” en el tratamiento de los pacientes críticos” (Med Intensiva 2018;42(7):425.443), con 65 recomendaciones que van desde “no adquirir tecnología sanitaria sin haber consultado informes independientes que evalúen su efectividad, seguridad y coste/beneficio” hasta “no retirar medidas de soporte vital en muerte encefálica sin ofrecer la posibilidad de donación” y “no olvidar la protección de la intimidad como un pilar fundamental de la dignidad de los pacientes”.

Las recomendaciones del “no hacer” elaboradas por varias sociedades científicas, están encaminadas a promover el uso más eficaz y eficiente de los recursos de atención a la salud. Su conocimiento y aplicación en la práctica clínica supone un avance en la mejor atención a los pacientes, aunque hay que considerar que son “Recomendaciones” para amplios grupos de población pero que no deben excluir otras decisiones en la valoración del paciente individual.



Dr. Monés durante su ponencia del Encuentro 4



Asistentes durante el Encuentro 4

ENCUENTRO 5: La atención médica a los menores de edad trans

Colegios Oficiales de Médicos proponentes: **Badajoz y Zaragoza**



Coordinador

Rogelio Altisent Trota

Profesor titular - Univ. de Zaragoza



Ponente

Montserrat Esquerda Aresté

Pediatra y Profesora de Bioética

Inst. Borja de Bioética - Univ. Ramon Llull



Ponente

Antonio Lobo Satué

Catedrático de Psiquiatría - Univ. de Zaragoza

ENCUENTRO 5: La atención médica a los menores de edad trans

En este Encuentro se analizó la transexualidad en menores de edad trans desde la perspectiva de la atención médica. De manera introductoria el coordinador *Dr. Rogelio Altisent* (Cátedra de Profesionalismo y Ética Clínica. Universidad de Zaragoza) explicó que se contemplan tres modelos en el abordaje de la transexualidad:

- a. Modelo terapéutico, que intenta tratar la disforia o incongruencia de género.
- b. Modelo de acompañamiento psicológico, que plantea un especial apoyo psicoterapéutico hasta la pubertad.
- c. Modelo afirmativo, que plantea la intervención médica de apoyo a la transición en todo momento, sin espacio a la evaluación.

En España se ha legislado recientemente al respecto siguiendo el tercer modelo, situando la disforia o incongruencia de género fuera de la órbita de la medicina terapéutica, pero luego se requiere la intervención de los profesionales y del sistema sanitario. La cuestión ha generado una especial controversia cuando se plantean tratamientos de difícil reversibilidad en menores de edad, dada su específica vulnerabilidad. En este contexto se observa un nuevo fenómeno de “disforia de género de inicio rápido” en niñas adolescentes, que anuncian de forma súbita su deseo de transición al sexo opuesto, sin haber presentado previamente discordancia con el propio, sin conocerse un recorrido previo y, por tanto, sin un potencial asesoramiento.

Los ponentes, el *Dr. Antonio Lobo* (Catedrático Emérito de Psiquiatría. Universidad de Zaragoza) y la *Dra. Montserrat Esquerda* (Pediatra y Profesora de Bioética. Institut Borja de Bioètica-Universitat Ramon Llull. Presidenta Comisión de Deontología Col·legi Oficial de Metges de Lleida) han presentado una recopilación de la evidencia científica disponible, haciendo un análisis de los principios éticos y deontológicos involucrados en la toma de decisiones que corresponden a los profesionales de la medicina.

Se ha revisado el concepto de persona trans y la exposición de motivos de la nueva Ley española. El papel que la ley atribuye a los profesionales de la medicina ha sido objeto de especial controversia. Se ha señalado el planteamiento de la OMS con la última Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) y la discrepancia con la clasificación americana DSM-5. Existe una incongruencia entre la decisión de “despatologizar” y la realidad empírica. Los casos de “arrepentimiento” ante las consecuencias de los tratamientos hacen necesario promover investigaciones al respecto, lo cual no es sencillo con la normativa legal vigente.

ENCUENTRO 5: La atención médica a los menores de edad trans

Hay aspectos éticos y deontológicos importantes en la atención a los menores trans. El fenómeno de la "Disforia de Género de Inicio Rápido" (ROGD) exigen extremar la formación en la valoración del menor maduro y el abordaje de las decisiones parentales discrepantes. La gestión de la información, la toma de decisiones y el proceso del consentimiento informado adquieren un especial protagonismo. Hay aspectos deontológicos críticos en el uso de fármacos off-label en las terapias aplicadas a la condición "trans".

Tras las ponencias tuvo lugar un amplio coloquio deliberativo con los participantes en el encuentro, donde las principales conclusiones se resumen así:

- a) Han existido diferentes modelos de abordaje de las personas transgénero. Actualmente hay una despatologización de la transexualidad, pues ha desaparecido como diagnóstico en las clasificaciones de diagnóstico psiquiátrico. La ley vigente ha optado por un modelo de atención afirmativa de género.
- b) La disforia de género en menores ha experimentado un marcado incremento que en una patología sería epidémico y demanda de atención en países occidentales. Este incremento presenta un perfil diferenciado con predominio de adolescentes femeninas (FTM, female-to-male), sin historia de previa incongruencia con su género y, con frecuencia, con comorbilidades psiquiátricas.
- c) Existe múltiple bibliografía sobre el abordaje de la disforia de género en menores con uso de tratamiento farmacológico (bloqueadores puberales y tratamiento hormonal) pero con calidad científica y evidencia baja. Debe tenerse en cuenta el predominio de los fármacos utilizados "fuera de registro" y existe aún menos evidencia de su uso a largo plazo.
- d) En la atención a menores con disforia de género es fundamental garantizar la información y el consentimiento, con una valoración cuidadosa de riesgos/beneficios, valorando el papel de los padres/tutores legales, así como la competencia del menor.
- e) Esta valoración debería realizarse por parte de equipos especializados y multidisciplinarios.



Asistentes durante el Encuentro 5



Asistentes durante el Encuentro 5

ENCUENTRO 6: Seguridad clínica del paciente

Colegio Oficial de Médicos proponente:
Valladolid



Coordinadora

Elena Fernández Martínez

Coordinadora académica - EPM



Ponente

Yolanda Agra Varela

Subdirectora Calidad Asistencial - M^º Sanidad



Ponente

Ignacio del Moral Vicente-Mazariegos

Médico anesestesiólogo - HUMV



Relator

José Luis Almudí Alegre

Presidente - COM Valladolid

ENCUENTRO 6: Seguridad clínica del paciente

El concepto de Seguridad del Paciente engloba, en sí mismo, muchos aspectos, dinámicas y debates propios que para incluir en un encuentro se hizo difícil por lo que llevó a organizar la actividad en dos bloques: uno expositivo, mediante el cual nos pudimos actualizar en las estrategias que desde el M^º. de Sanidad se están llevando a cabo, y otro más práctico, llevándonos a la reflexión y centrada en la seguridad psicológica.

El bloque expositivo fue liderado por la Dra. Yolanda Agra Varela, subdirectora General de Calidad Asistencias, en la Dir. Gral. De Salud Pública del Ministerio de Sanidad, que realizó una revisión del estado de la Estrategia de Seguridad del Paciente, con la evolución desde el 2006 con el Plan de Calidad para el SNS hasta su actualización en el 2023 y con los programas que desarrollan (por ej. Higiene de Manos, Seguridad del Paciente Crítico, Cirugía Segura o Uso del Medicamento). Habló del sistema de notificación de incidentes de seguridad así como de toda la red que se está desarrollando con las SS.CC., con la CC.AA., Universidades, el CGCOM y su Fundación para la Formación. Se mostraron algunos resultados de 2023, en concreto relacionado con el cumplimiento de la estrategia: el 75% de los profesionales consideraba que el cumplimiento era medio (bajo, medio, alto) pero, al entrar más en detalle, en las siguientes preguntas del análisis, se observan barreras para el cumplimiento como son:

- La seguridad del Paciente no es una prioridad en las agendas de las políticas sanitarias
- Limitado grado de conocimiento e implicación
- Variabilidad en la implementación de las prácticas seguras.
- Cuesta mucho mejorar y en ello afectan los valores, las actitudes, las creencias y los comportamientos irracionales.

Al final de su intervención se expusieron los éxitos y las barreras:

- Éxitos:
 - Red de trabajo en torno a la seguridad del paciente en el SNS
 - Líderes de seguridad en todas las CCAA
 - UGR en la mayoría de los centros sanitarios
 - Formación en todos los programas de seguridad
 - Las SSCC y ahora las AAPP hablan de seguridad del paciente
 - Indicadores básicos comunes en el SNS
- Barreras:
 - Variabilidad entre y dentro de las CCAA
 - Ausencia de ley de seguridad del paciente
 - Falta de compromiso político y de gestores
 - Falta de recursos específicos
 - Variable conocimiento de profesionales y pacientes

Tras la exposición, tuvo lugar un debate enriquecedor en el que se plantearon cuestiones sobre el sistema de notificaciones, experiencias de los participantes y aportación de información sobre otros sistemas de gestión de las notificaciones, así como recursos de acceso para los profesionales.

ENCUENTRO 6: Seguridad clínica del paciente

En este segundo bloque más práctico y liderado por el Dr. José Ignacio del Moral, Anestesiista en el Hospital de Valdecilla y Director de Proyectos en el Hospital Virtual de Valdecilla, y cuyo título fue “La Seguridad Psicológica y la Seguridad del Paciente: un binomio inseparable” nos fue llevando, mediante la reflexión en base a experiencias propias, en los trabajos con nuestros equipos y a una experiencia suya en su entorno de trabajo, a la comprensión de la seguridad psicológica. El término fue acuñado por Amy Edmondson en 1999 y se definiría como: “*un sentimiento individual y compartido de que puedo expresar mis ideas, desafiar las creencias de mis compañeros, preguntar y admitir mis errores sin ningún temor a ser juzgado, culpado o ridiculizado*”. Describe un clima de equipo caracterizado por la confianza interpersonal y el resto mutuo en el que las personas se sienten cómodas siendo ellas mismas.

Conocimos el proyecto Aristóteles (2013) de Google, mediante el que se busca determinar los factores de rendimiento y por el que se detectó que estar en un ambiente en el que existe seguridad psicológica es uno de los factores que aumenta el rendimiento. El impacto que tiene la seguridad psicológica se observa en la mejora de la comunicación, facilita comportamientos de aprendizaje, hay una mayor notificación de errores, hay mejores resultados para los pacientes y se reduce el agotamiento profesional.

Para fomentarla hay tres comportamientos que son centrales:

- Reconocer mi propia falibilidad: admitir que cometo errores y no sé todas las respuestas.
- Modelar la curiosidad y hacer preguntas: escuchar para entender y pedir a todos que contribuyan.
- Enmarcar el trabajo con un desafío de aprendizaje: el resultado de nuestro trabajo no es solo un producto, también puede ser aprendizaje.

Con toda la preparación previa, tanto en lo que se refiere a conocimiento como a reflexión, pasamos a realizar una práctica sobre un caso y analizamos todos los puntos y detalles para valorar la situación, las consecuencias, cómo se produce la comunicación entre los profesionales que se presentan en el caso, etc.

Para finalizar, se pidió a todos los que participábamos en el encuentro que aportasen una palabra que definiera aquello con lo que nos habíamos quedado, entre las que destacaron: *comunicación, cercanía, colaboración, compromiso, humildad, dar voz y contribución*. Fue una buena actividad de aprendizaje, con buena reflexión para todos los que participamos y que nos llevamos a nuestros respectivos entornos profesionales.

Para finalizar, agradecimiento a los ponentes y al relator del encuentro, por su implicación y colaboración a la hora de su organización y a la Dra. Manuela García Romero, que inició la coordinación de este evento y al Colegio de Médicos de Valladolid, a su Presidente, el Dr. José Luis Almudí Alegre, por la propuesta de esta actividad para la Escuela de la Profesión Médica.

Con el soporte científico de

Fundación  Educación Médica

Con la colaboración y agradecimiento de



AYUNTAMIENTO DE
SANTANDER

OMC  ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS