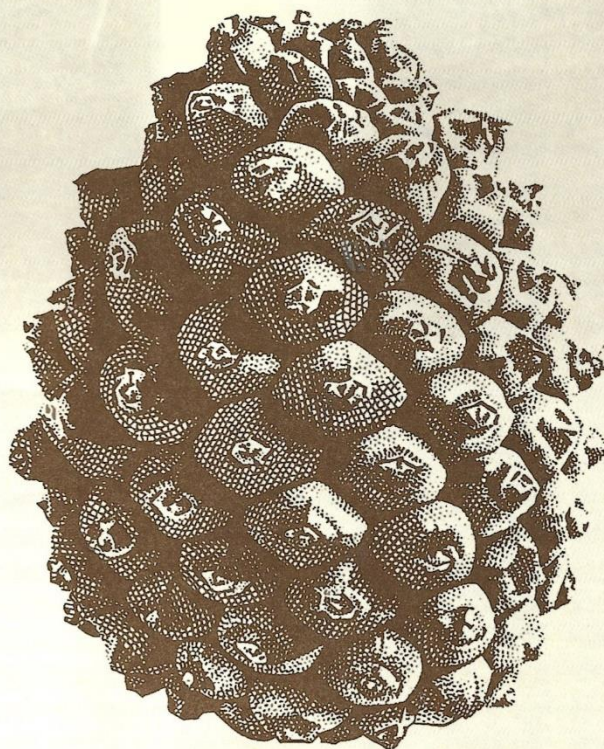


primavera 2024

*Cuadernos de  
Encuentro*

156



## EN ESTE NÚMERO

	<u>Pág.</u>
<b>Mirad... Galgos o podencos,</b> Emilio Álvarez Frías .....	3
<b>Si el mal es duradero, el bien está cercano,</b> Luis Fernando de la Sota .....	9
<b>¿Cómo hemos llegado hasta aquí?,</b> Antonio Martínez Belchi .....	15
<b>Inteligencia artificial. Una aproximación a su entendimiento,</b> Arturo Pretel Pretel .....	19
<b>Agenda 2030: Hacia un control social mundial,</b> Luis Buceta Facorro .....	26
<b>La ONU de instancia pacificadora a instrumento de imposición cultural,</b> Antonio Flores .....	34
<b>Entre el relativismo y la dogmática,</b> Manuel Parra Celaya .....	39
<b>Carta a un Juez,</b> Javier Gómez de Liaño .....	43
<b>Acto médico y burocracia sanitaria. Un proyecto totalitario,</b> Manuel Morell Rodríguez .....	46
<b>Pornografía: Azote para la infancia y la adolescencia,</b> Gerardo Hernández Rodríguez .....	57
<b>Valores, coherencia y verdad,</b> Juan Van-Halen .....	62
<b>Una página de nuestra Historia parlamentaria,</b> Eugenio Nasarre .....	64
<b>Un verso virgen,</b> José Manuel Cámara López .....	67



## Cuadernos de Encuentro

2ª ÉPOCA

Nº 156 - Primavera 2024

EDITA:

CLUB DE OPINIÓN ENCUENTROS  
C/. Santovenia, 19  
28008-MADRID  
secretaria.encuentros@yahoo.es

DIRECTOR

Emilio Álvarez Frías

JUNTA DE GOBIERNO:

PRESIDENTE

Luis Fernando de la Sota Salazar

VICEPRESIDENTE

Antón Riestra Pita

SECRETARIO GENERAL

Fausto Heras Marcos

TESORERO

Gerardo Hernández Rodríguez

VOCALES

Luis Buceta Facorro

Fernando Cadalso Preciado

José Manuel Carabaña Ortega

Gonzalo Fernández Suárez de Deza

Carlos Giménez de la Cuadra

Adolfo Iranzo González

Jesús Martínez Martínez

Fernando Ortíz Monteoliva

CONSEJO ASESOR

Antonio Díosdado Serrano

Dalmacio Negro Pavón

Luis Suárez Fernández

Impreso en Artes Gráficas DEAN, s.a.

Depósito Legal: M-13837-1988

*El Club de Opinión Encuentros, a través de actividades relacionadas con la cultura y el pensamiento, aspira a contribuir a la formación de una corriente regeneradora en España acorde con los tiempos actuales. Siendo un Club con vocación de «encuentro» de los españoles, admite en las páginas de sus publicaciones, en sus tertulias y conferencias, los juicios de cuantos se encuentran en esta línea, sin que ello suponga asumir las distintas opiniones.*



## **“ACTO MÉDICO Y BUROCRACIA SANITARIA.**

### **Un proyecto totalitario.”**

Club Encuentros, El Pardo – Madrid- , 21 de Diciembre de 2023

**Manuel Morell Rodríguez**

**Doctor en Medicina y Cirugía, especialista en Oftalmología.**

**Tte Col Médico, ex Jefe del Servicio de Oftalmología del Hospital Militar de Zaragoza.**

**Presidente de la Fundación LUMIUM, Visión, Educación y Salud**

En primer lugar mi agradecimiento al presidente del Club Encuentros y en especial a Gonzalo Fernández Suarez de Deza por la invitación a participar hoy con este tema de candente actualidad. La Sanidad Pública está en un momento de crisis profunda que la Pandemia Covid 19 ha llevado a puesto de manifiesto los fracasos de del sistema público de salud, por ello surge la siguiente cuestión: **“¿QUÉ SUCEDE EN LA SANIDAD PÚBLICA?”**. La Salud Pública y la asistencia sanitaria además, de ser un problema muy complejo constituye, en muchas ocasiones, un arriete de la oposición como en su tiempo fueron el Prestige y la Guerra de Irak. La Izquierda, con todo el poder mediático y político a sus pies, ha encontrado otro “filón” para atacar y bombardear a diario, en este ocasión, a la presidenta Ayuso y por extensión al PP”. Pero, como en todo problema, hay que remontarse al origen y con su análisis puede que se encuentren las soluciones; en esencia el gran problema de la sanidad pública se debe a la SUSTITUCIÓN DEL ACTO MÉDICO POR LA BUROCRACIA”; pero además: “la pérdida de la esencia del acto médico sirve al proyecto del control totalitario del sistema sanitario”, de la misma forma que se ha hecho extensivo a la Justicia y a la Educación.

En el curso de esta charla iré exponiendo los pasos de este proceso, siendo esta reflexión la clave para surgiera la invitación a desarrollar este tema en el día de hoy.

La Sanidad Pública en toda España se encontraba al límite, y la Pandemia Covid 19 con una gestión desastrosa, han contribuido a agravar todo el sistema sanitario; siendo Madrid, desde el principio, una excepción por contar con dirigentes políticos comprometidos y sanitarios expertos en Salud Pública, que tomaron medidas precoces, adelantándose al Gobierno Central, como fueron: el confinamiento precoz de los colegios, , evitar el cierre total del comercio y hostelería, el Hospital Zonal, etc.; todas ellas duramente criticadas y ferozmente atacadas pero que el tiempo confirmó su acierto en gran medida.

En realidad, tenemos en España un gran sistema sanitario público pero con tremendas incongruencias:

**Por un lado existen unos principios indiscutibles:**

- **Sanidad Universal** que asiste sin condiciones hasta el inmigrante ilegal.
- **Infraestructuras** sanitarias magníficas.
- **Asistencia sin límite** de recursos cuando son necesarios
- **Técnicas diagnósticas**, tratamientos quirúrgicos y médicos del máximo nivel.

**Pero, por otro, la realidad de todos los días es otra:**

- **Horario limitado de asistencia** para la atención ordinaria: consultas, revisiones, pruebas complementarias y quirófano sólo cinco horas por la mañana (de 9 a 2) de lunes a viernes y las tardes cerradas salvo tímidas “peonadas”.
- **Servicios de urgencia saturados**, que atienden a personas con problemas que deberían ser asistidos en horario ordinario; pero, al carecer de esta posibilidad, el paciente sólo tiene opción a la consulta de urgencia.
- **Consultas de urgencias en “vacío”** salvo ingreso hospitalario: al paciente se le asigna un diagnóstico, un tratamiento, pero queda casi siempre sin cita para evaluación posterior salvo derivación; el enfermo queda “colgado” y, si no va bien, sólo puede volver de nuevo a urgencias que, por supuesto, será atendido por un médico diferente.
- **Listas de espera en crecimiento imparable**
- **Dificultad de acceso y asistencia a la Medicina Primaria**, con demoras de 2 a 3 semanas y superior a 6 meses en la especializada de primer nivel, con frecuencia más de dos años.
- **Pasillos vacíos:** inexplicablemente....!

**Y lo que es ya mayoritario:**

- **El descontento** general y creciente del personal sanitario a todos los niveles; más allá de las demandas salariales y de las cargas de trabajo.

Por supuesto, hay un hecho indiscutible:

**“las necesidades son infinitas y los recursos serán siempre limitados”,**

entonces: ¿qué está pasando?, ¿cuál es el origen de esta crisis sanitaria?. Por supuesto existe un gran problema estructural que es el de una **mala gestión** en manos de responsables políticos incompetentes y, además, un Sistema Nacional de Salud con una gestión dividida y dispersa en 17 comunidades, en muchas ocasiones, sin conexión entre sí; con prestaciones y criterios de gestión diferentes, y, además, idiomas regionales que son auténticas barreras en la contratación de sanitarios; y, hasta el momento actual, seguimos sin una tarjeta sanitaria unificada válida para toda España.



Pero, como mencioné al principio, en cualquier problema, es imprescindible investigar el origen para poder encontrar las posibles soluciones, y, por ello, mi respuesta a la pregunta inicial fue la siguiente:

*“El gran problema de la Sanidad en España reside en la **práctica desaparición del “ACTO MÉDICO” sustituido por la “BUROCRACIA SANITARIA”**; y para esto pero fueron necesarias unas leyes que determinaron el cambio del modelo sanitario, y, con ello, la evolución totalitaria a la situación actual. Las leyes que condujeron el cambio del modelo sanitario fueron:*

#### **Cuadro 1**

1. **Ley de Incompatibilidades del personal al servicio de la Administración pública** 53/84 de 26 de diciembre del año 1984 publicada (BOE nº 4 del 4-01-85)
2. **Ley General de Sanidad 14/1986** de 25 de abril; nº 102 29-04-86

- 1) Ley de Incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas, Ley 53/1984 de 26 de diciembre, BOE nº 4, de 04/01/1985 (1).** Legislación que pone los cimientos del cambio en el modelo asistencial, de tal forma que acaba con la posibilidad de que un médico pueda ejercer por las mañanas en un hospital u estamento público y por las tardes en un ambulatorio (hoy llamados Centros de Salud) de la Seguridad Social; esta medida muy eficaz hasta ese momento permitió dar asistencia continuada a los pacientes dependientes del Sistema Nacional de Salud desde su creación. Esta compatibilidad de puestos asistenciales se interrumpe, sin otra alternativa, con la excusa de poner en el mercado laboral un mayor número de plazas disponibles, y subsanar el paro médico debido a promociones muy numerosas de las facultades de Medicina a partir de los años 80. La aplicación de esta ley que se implantó de manera progresiva, los médicos, como otros funcionarios, tuvieron que pedir la “compatibilidad” inclusive para el ejercicio privado, al Ministerio de la Presidencia, con una “línea roja”: la imposibilidad de cobrar dos salarios públicos, y, desde aquél momento, miles de profesionales, médicos y enfermeras, fueron obligados a la renuncia de uno de los dos puestos de trabajo hasta esa entonces compatibles; y, con el paso de los años, junto a los números clausus de las Facultades de Medicina, además, de la “huída” a otros países, ha llevado a la grave carencia de profesionales sanitarios en toda el territorio nacional. El resultado transcurridos los años fue nefasto:
  - a. **Supresión de los derechos adquiridos a los titulares por oposición de esas plazas:** y, con ello, pérdida de antigüedad y de la cotización realizada para su pensión, que también fue cortada al poner un tope a la pensión máxima de esas plazas ganadas por oposición y con cotización obligada.
  - b. **Pérdida de autonomía en la gestión de su agenda de trabajo,** el médico se incorpora a un servicio jerarquizado y le imponen su agenda de consultas y quirófanos.
  - c. **Problemas económicos** de muchos profesionales sanitarios que, al perder su segundo puesto de trabajo, sufrieron un deterioro importante en sus ingresos, afectando notablemente a las economías familiares.

d. **Cierre progresivo de las tardes** en la asistencia de consultas y quirófanos. En el momento actual por las tardes no existe asistencia ordinaria salvo tímidas “peonadas; siendo las consecuencias previsibles las siguientes:

1. **Aumento de las listas de espera**
2. **Sobrecarga de los servicios de urgencia** que tienen que cubrir todas las horas en las que no existe asistencia ordinaria.
3. **Horario de servicio ordinario muy escaso:** desde la nueva Ley de Sanidad de 1986 sólo el 21% del tiempo diario se dedica al servicio ordinario y el 79 % a urgencias; y semanalmente sólo el 15% es atención en horario ordinario y el 85% de urgencias. La asistencia sanitaria es un servicio público que funciona muy pocas horas al día: 5 horas por las mañanas de lunes a viernes; el resto del horario asistencial es un servicio extraordinario de urgencias; por el contrario, en el antiguo sistema de los cupos, la asistencia ordinaria era de 12 horas al día ininterrumpidas, mañana y tarde: de 9 a 21:00 horas y de lunes a sábado: el 50% del tiempo diario y el 43% de la asistencia a la semana.

**Cuadro 2**  
**Horas de asistencia ordinaria y de urgencias**

HORAS DIA	ORDINARIO	%	URGENCIAS	%
HASTA 1986	12 h.	50%	12 h.	50%
DESDE 1986	5 h.	21%	19 h.	79%
HORAS SEMANA	ORDINARIO	%	URGENCIAS	%
HASTA 1986	72 h.	43%	96 h.	57%
DESDE 1986	25 h.	15%	143 h.	85%

2) **Ley General de Sanidad Ley 14/1986, de 25 de abril, «BOE» núm. 102, de 29/04/1986 (2)**, publicada bajo el gobierno socialista de Felipe González, ley que modificó sustancialmente la vigente de 14 de diciembre del año 1942 cuando se crea el Seguro Obligatorio de Enfermedad bajo el Instituto Nacional de Previsión y su reestructuración el 30 de mayo de 1974, por el Régimen de Franco. Había un principio general: ¡LA SANIDAD PARA LA SANIDAD!.

**En esta Ley se destacan dos puntos fundamentales:**

**El primero** es el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la Salud

**El segundo**, con mayor incidencia aún en el plano de lo organizativo, es la institucionalización, a partir de las previsiones del título VIII de nuestra Constitución, de Comunidades Autónomas en todo el territorio del Estado, las cuales han reconocido en sus Estatutos amplias competencias en materia de Sanidad; y, por ello, la cesión de la gestión sanitaria a las CCAA, en definitiva la potenciación de las transferencias sanitarias.

Esta nueva legislación, que en mi opinión contribuyó a la situación actual de la asistencia sanitaria, tuvo dos principales fundamentos: en primer lugar, **“la idea de integración de los diferentes sistemas sanitarios vigentes en uno sólo”**, y, en segundo lugar, de acuerdo a la Constitución de 1978, **“transferir las competencias de la gestión sanitaria a las Comunidades Autónomas”**; algo paradójico: **“unificar para luego**

***disgregar***". Pero a partir de esta Ley se instauró un cambio de modelo, que consistió en la desaparición progresiva de los Cupos de Asistencia, plazas que eran en propiedad de los profesionales, ganadas por oposición; y la creación de las Áreas de Salud, con un modelo asistencial denominado "**JERARQUIZADO**".

Este cambio tuvo una gran relevancia pues, hasta ese momento cada médico de primaria era el eje central del que dependían todos los especialistas del primer nivel de asistencia, todos ellos tenían bajo su responsabilidad un "Cupo Asistencial", es decir un número de cartillas que dependían de cada profesional, y, en el caso de las especialidades quirúrgicas, cada cupo contaba con dos médicos especialistas: cirujano jefe y ayudante quirúrgico. Con este antiguo modelo el médico, pero también el enfermero (ATS) era responsable de su cupo de cartillas con capacidad de gestionar la agenda de consultas y quirófono; por el contrario, con la nueva Ley, desaparece este modelo y se crea el "Área de Salud" centralizada en un hospital de referencia, constituyéndose, entonces, un modelo jerarquizado. Cada médico depende de esa área, incluso se cambia la denominación al médico especialista con la de: "**Facultativo especialista de área (FEA)**", siendo el jefe del equipo jerarquizado el que determina su modo de trabajo formalizándose, también, algo único: "***la rotación de los médicos***", con el mismo criterio del trabajo a turnos como la enfermería de hospital, UCI,s, Urgencias, etc.; pero este modelo tiene una derivada importantísima: ***la responsabilidad del profesional se diluye en el equipo jerarquizado***; y tuvo, entre otras, las siguientes consecuencias:

1. ***Pérdida de la responsabilidad directa sobre el paciente*** y de la dirección de la enfermedad.
2. ***Pérdida de la agenda de trabajo***, y, con ello, la autonomía y libertad para la gestión de su trabajo en consulta y quirófono
3. ***Dependencia técnica*** del jefe del servicio jerarquizado que gestiona el Área de Salud.
4. ***Rotación*** de los médicos en su labor asistencial
5. Pérdida de la ***continuidad en la relación médico enfermo***, quizás el hecho más importante; y por ello, también, la "sostenibilidad asistencial".
6. Cambio de la ***prioridad asistencial*** que pasa del paciente al protocolo diagnóstico y terapéutico.
7. El paciente enfermo pasa a ser un "**usuario**" del sistema; concepción equivocada y nada más lejos de la realidad, el enfermo acude al médico porque necesita ayuda no para usar el Sistema de Salud

**Cuadro 3**  
**Esquema del modelo de CUPOS de asistencia primaria y especializada**



**Cuadro 4**  
**Modelo jerarquizado del Área de Salud**



La Ley dice: **“El Sistema Nacional de Salud se concibe de esta forma como el conjunto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados”**, auténtica falacia, cuando hoy día aún no existe una tarjeta sanitaria única y válida en toda España; y, además, para cualquier decisión de relevancia hay que reunir la mesa territorial con las dificultades consiguientes: lentitud, costo económico y la ausencia de consejeros por razones políticas ajenas al problema sanitario. En definitiva una gran pérdida de eficacia. La centralización fue seguida de la dispersión en 17



gestiones diferentes bajo la competencia de las Comunidades Autónomas, con una gran dificultad y fracaso en la coordinación entre ellas. El Gobierno Central únicamente gestiona la sanidad y la salud pública en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, que son críticas en la frontera con Marruecos, con graves dificultades asistenciales y de cobertura profesional

Pero el nexo común a todo lo expuesto lo más destacado, en mi opinión, de la aplicación de esta Ley General de Sanidad de 1986, es la retirada al médico la responsabilidad directa en la gestión del enfermo – y los médicos nos hemos dejado –; con ello, la pérdida de autonomía del profesional legítimamente capacitado para ejercer esa función, siendo sustituido por la administración sanitaria que, mediante protocolos sanitarios y burocráticos, impone al profesional su metodología de trabajo. Este nuevo modo de gestión, choca de lleno con el enunciado referido en el Capítulo III y en su artículo 10 de esa Ley; en dónde se reconocen, entre otros, los siguientes derechos del paciente:

- ***El respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad***, sin que pueda ser discriminado por su origen racial o étnico, por razón de género y orientación sexual, de discapacidad o de cualquier otra circunstancia personal o social.
- ***A la información sobre los servicios sanitarios*** a que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso. La información deberá efectuarse en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio de diseño para todos, de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad.
- ***A la confidencialidad*** de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público.
- ***A ser advertido*** de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un **proyecto docente o de investigación**, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso será imprescindible la previa autorización y por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico y de la dirección del correspondiente centro sanitario.
- A que ***se le asigne un médico***, cuyo nombre se le dará a conocer, y que será su interlocutor principal con el equipo asistencial. En caso de ausencia, otro facultativo del equipo asumirá tal responsabilidad.

Lógicamente nos hacemos la siguiente reflexión: ***¿ Cómo se puede hacer compatible el ejercicio de estos derechos si el médico es diferente cada vez que acude a consulta y el paciente ni siquiera conoce al cirujano que le va a intervenir?***

Pero, en mi opinión, además de las dos leyes enunciadas, considero como las causas principales de la crisis sanitaria las siguientes:

1. La desaparición del Acto Médico como eje central de la asistencia
2. La sustitución del Acto Médico por la burocracia
3. Un proceso totalitario de control de la Sanidad Pública

## 1. LA DESAPARICIÓN DEL ACTO MÉDICO COMO EJE CENTRAL DE LA ASISTENCIA SANITARIA

Ante la enfermedad el ACTO MÉDICO es la esencia de la asistencia y en este existen dos protagonistas:

- **La persona enferma** necesitada de ayuda
- **El médico** como sujeto responsable de la acción de curar y el Sistema Sanitario está obligado a apoyar con todos sus recursos a este fin.

**En primer lugar vamos a exponer las siguientes reflexiones, sobre el Acto Médico tomadas de Perez Soba, 2012 (3)**

- a. El Acto Médico **se debe a una persona enferma** que se presenta a otra persona, el profesional sanitario, pidiendo ayuda
- b. La Medicina es un **arte** que incluye un modo de tratar a una persona en un momento delicado de su vida
- c. La amenaza que se cierne sobre la persona enferma es el de **sufrir** una auténtica **manipulación** por parte de **intereses** ajenos a ellos que pueden ser políticos o comerciales, inclusive de investigación.
- d. **La despersonalización** de la práctica médica se aleja de su propia misión humanística.
- e. El diagnóstico y el tratamiento debe ser guiado por **la ética** no por la técnica
- f. El cuerpo humano es una **unidad orgánica** no tiene piezas sino órganos que cuentan con una función que sirve al todo y es activada desde el todo
- g. El ejercicio de **la medicina del deseo** está fuera de la objetividad de la enfermedad

**En segundo lugar repasemos el concepto de ACTO MÉDICO** que, desde la remota antigüedad en la Historia de la Medicina, tiene casi la misma definición y una especial consideración, expresada por muchos autores y entidades:

- **Hipócrates de Cos (400 a.C.)** decía: *“sólo un hombre humano puede ser un buen médico”* (4)

- **H.López (México, 2017) (5)** . El Acto Médico se entiende como: ***la relación entre el médico y el paciente, es la esencia del ejercicio profesional de la medicina***, existiendo, también, un acto médico indirecto que se refiere a todos aquellos que, sin estar en contacto con el enfermo, contribuyen a mejorar la calidad de la atención médica y en este se pueden englobar: la formación médica, la investigación, la administración sanitaria, etc.

- **En el Diccionario de la Clínica de la Universidad de Navarra (6):** *“Acto Médico es en el que el médico actúa como profesional de la medicina para **prevenir, diagnosticar, pronosticar, tratar y acompañar al paciente**; y se puede circunscribir a las actuaciones dirigidas al diagnóstico y tratamiento de un paciente individual”*.

- **Carlos Romeo Casabona** citado por Ricardo de Lorenzo, define el acto médico con referencia a Stoos que, desde 1898 hasta nuestros días, se puede definir como:

**“aquella actividad profesional del médico, dirigida a diagnosticar, curar o aliviar una enfermedad”.** (7)

- **Ricardo de Lorenzo 2019 (7)**, manifiesta que el Acto Médico tiene, también: **“una personalidad jurídica y una consideración de interés público”**: la Salud es un derecho fundamental y ello lleva a la intervención del poder público por lo que el acto médico pasa de una relación bilateral a una trilateral siendo el intermediario entre el médico y el enfermo la administración. El Acto Médico la define Ricardo de Lorenzo como: **“cualquier actividad autónoma sobre la persona enferma, a efectos preventivos, curativos o paliativos, en orden a la investigación, detección, diagnóstico, prescripción, tratamiento y rehabilitación de la salud”**. Aquí destaca la importancia de la **“soberanía terapéutica sobre el acto médico”**; y, también, este debe de estar enmarcado en **la autonomía y la iniciativa privada del médico** como estímulos vitales y garantía de libertad, y se debe de considerar como un acto de justicia, por cuanto distribuye o redistribuye salud: **“suum cuique tribuere”**. Y termina diciendo R. de Lorenzo : **“el acto médico es un acto de justicia y de justicia social con toda la grandeza y servidumbre que ello conlleva”**.

- **P. Laín Entralgo manifestaba en 1979 (8)**, que Hipócrates decía: **“en el Acto Médico han de intervenir el amor al hombre y la voluntad de ayudarlo”**. Y, también: **“El Acto Médico es un acto ético, pero los principios en los que se funda varían con las corrientes religiosas y las conveniencias sociales que en la respectiva situación histórica tengan vigencia”**.

- **La OMC en el Código de Deontología Médica** en su artículo 7.1 define (9): **“Se entiende por acto médico toda actividad lícita, desarrollada por un profesional médico, legítimamente capacitado, sea en su aspecto asistencial, docente, investigador, pericial u otros, orientado a la curación de una enfermedad, al alivio de un padecimiento o a la promoción integral de la salud”**. Madrid, 1 de abril 2013 ([medicosypacientes.com](http://medicosypacientes.com))

## **2. LA SUSTITUCIÓN DEL ACTO MÉDICO POR LA BUROCRACIA**

En la Sanidad Pública **se está sustituyendo el ACTO MÉDICO por la burocracia**, no sólo administrativa sino lo que es más grave, también, la asistencial; mediante **la implantación de los protocolos diagnósticos y terapéuticos**. En realidad los protocolos que emiten las sociedades científicas y la administración sanitaria deben ser directrices pero sin obligado cumplimiento. **“el auténtico protocolo es el que marca cada enfermo”**; la enfermedad se hace única en cada persona. La dictadura de estas normas contribuyen a la minusvalía del acto médico y en gran medida a la deshumanización, por considerar al enfermo como **usuario** de un servicio público y al médico un **instrumento** para ejecutarlo, se podría definir como: la **“medicina industrial en cadena de montaje”**. Se ha desplazado el acto médico de su esencia, en favor de una burocracia ejecutante como sistema de prestar el servicio sanitario. Pero, además, existen otros hechos que han contribuido, en gran medida, a la situación actual de caos, ineficacia, listas de espera increíbles, etc.; y estos son los siguientes:

1. **Ausencia de un médico responsable**; obviando las directrices de las leyes:

- a. **Ley General de Sanidad Ley General de Sanidad** (Ley 14/1986, de 25 de abril, «BOE» núm. 102, de 29/04/1986) (2) Cap III, art.10.7: “se asigne un médico responsable...”
  - b. **Ley de Autonomía del Paciente** (Ley 41/2002, de 14 de noviembre «BOE» núm. 274, de 15/11/2002) (11) Cap. I Art.3: “un médico responsable...”
  - c. **Código Deontológico de la OMC (OMC Diciembre 2022) (9)**
    - Art. 6,5: “el médico tiene el deber y el derecho de ejercer con autonomía y libertad”
    - Ar. 7.4: “el médico debe respetar el derecho del paciente a elegir o cambiar de médico o de centro sanitario”
    - Art, 9: “existe la obligación de identificarse e identificar al médico responsable
2. **Rotación de los profesionales sanitarios**, el médico cambia cada día de consulta, también de quirófano, sin conocimiento previo, en muchos casos del paciente que tiene que operar, ni tampoco realiza un seguimiento posterior.
  3. **Pérdida de la Agenda de Trabajo**, que deja de gestionar el médico y se centraliza en macro oficinas de citas ajenas a la realidad de cada servicio.
  4. **Alto porcentaje de interinidad** por la escasez de oposiciones.
  5. **Un nuevo modelo de gestión de las listas de espera: la “Alta Resolución”**, que implica consultas rápidas sin revisión ni valoración posterior que, en comunidades como Aragón, alcanza sus mayores cotas. Esta fórmula parte del error de que, en una sola consulta, se asigna un diagnóstico y un tratamiento sin valoración ni evaluación posterior y, además: “¡acertar!”. En definitiva es la sustitución **“del acto médico por un acto mágico”**; el médico solo puede derivar:
    - a. **Hacia una prueba diagnóstica** que, después de muchos meses, es interpretada por otro médico diferente. Una prueba que es valorada por otro médico pierde gran parte de su valor, por la demora en la que se realiza y, también, por desconocer el criterio de la petición
    - b. **Despejar** hacia otro servicio más especializado, al médico de familia o bien a urgencias
    - c. **Derivar hacia una operación**, sin posterior evaluación, en muchos casos, de la correcta indicación quirúrgica.

Para abundar en este error le han llamado: **“Alta Resolución”** término que lleva implícito: “alta calidad” que publicitan constantemente; lo que es imposible, ya que difícilmente puede existir calidad sin una dirección del proceso ni seguimiento de la enfermedad; pretendiendo resolver en una sola consulta la patología que afecta al paciente. Es en definitiva convertir la Medicina en magia. **“¿Dónde se encuentra el tan gastado término sostenibilidad?”**. El acto médico es un proceso que se inicia con la entrevista; la historia clínica; la exploración; las pruebas complementarias y el análisis de estas por el mismo médico que las solicitó; **“una prueba diagnóstica interpretada por un médico distinto al que la solicita pierde todo su valor”**, ya que sin saber el fundamento de la solicitud puede ser interpretada de muchas formas diferentes - ; y, con todos los datos, se llega a una presunción diagnóstica: **“en mi opinión la parte del acto médico más atractiva desde el punto de vista científico”**. Y después, una vez

llegado al diagnóstico, se inicia el tratamiento y, algo que es imprescindible y fundamental: el seguimiento evolutivo del mismo, experiencia que favorece la relación médico enfermo, siendo un importante proceso en el que el profesional aprende, acompaña y comparte con el paciente su enfermedad y, también, el sufrimiento; pero, además, vive el éxito y, en ocasiones, también, el fracaso; que lleva a la solidaridad con el paciente; la amistad y, también, a la compasión. ***“En mi experiencia profesional, de los fracasos, tengo aprendizaje y recuerdos imborrables y, también, los mejores regalos”***. En el momento que intervienen varios médicos se pierde el hilo conductor de la enfermedad.

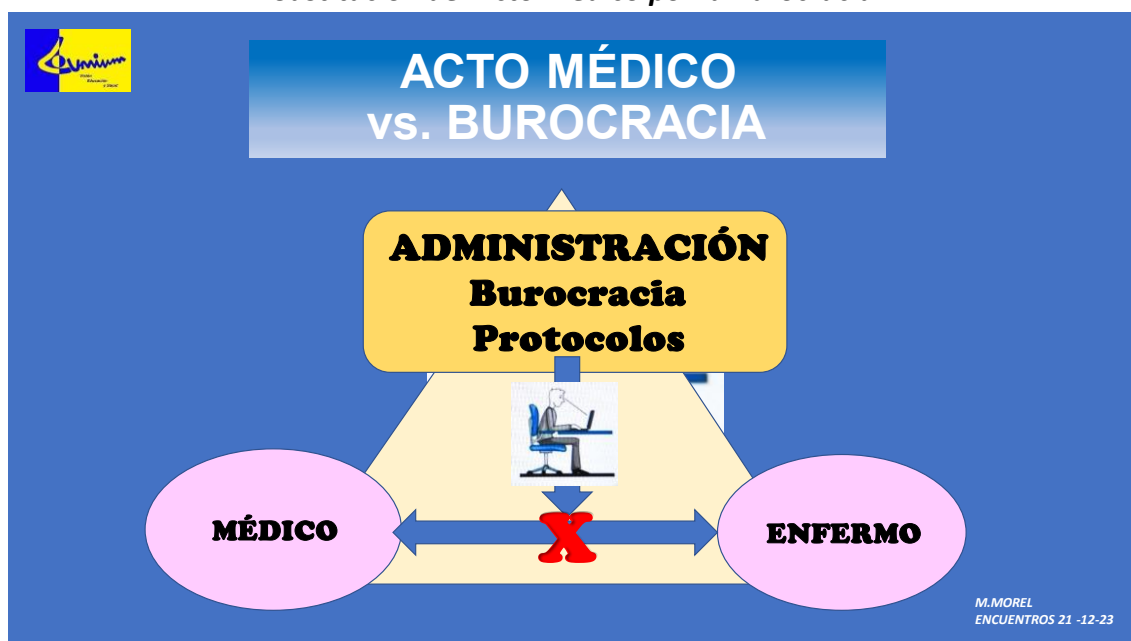
### **3. EL PROCESO TOTALITARIO DEL CONTROL SANITARIO**

En esta reflexión considero que sin saber si existió en algún momento un plan premeditado o bien, como consecuencia de todo lo expuesto, el mecanismo y principio fundamental necesario para la implantación de un sistema totalitario en la Sanidad Pública es ***“el manejo y control del acto médico por la administración encubierto en los protocolos”***. La aplicación rígida del protocolo lleva a que el médico descansa su conciencia y descarga su responsabilidad en el cumplimiento de estos; y le dicen que el cumplimiento del protocolo le protege de posibles demandas judiciales. Y, en segundo lugar la rotación sin asumir la dirección del paciente puede llegar a ser una tragedia para el enfermo pero, también, para el médico una auténtica catástrofe; ya que es muy difícil aprender de la experiencia que mana del acompañamiento y de la evolución de la enfermedad. El médico se encuentra, en muchos casos, que, aunque no coincida con la indicación diagnóstica o terapéutica, no puede modificarlas porque dada las dificultades para revisar al paciente al carecer de agenda propia, no puede acometer esa responsabilidad. Lo perverso del sistema es que se incumplen sistemáticamente, las leyes vigentes y, también, el Código Deontológico de la OMC; todas ellas dicen, como hemos expuesto anteriormente, que debe existir ***“un médico responsable del proceso”***.

***“Médico responsable, el profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales” (10)***



**Cuadro 5**  
**Sustitución del Acto Médico por la Burocracia**



En este sentido el pasado 6 de marzo el que fue Consejero de Sanidad de Madrid en el primer gobierno de Ayuso, el Dr. Enrique Díaz Escudero, decía en una entrevista:

***“La asistencia sanitaria debe estar bajo el liderazgo del médico y la colaboración de otras profesiones sanitarias: enfermería, auxiliares, técnicos, etc.”***

Además la alta interinidad laboral de los sanitarios, más de un 60%; permite a los gestores disponer de ellos moviéndolos obligando a la rotación, en definitiva otra manifestación del control del profesional siendo otra manifestación de un sistema totalitario. Cuando la plaza es fija resulta más difícil la manipulación.

Otro argumento que justifica a muchos gestores es: **“la escasez de médicos”**, pero no deja de ser otra falacia, siempre hemos vivido en la escasez pues las necesidades son infinitas y los recursos siempre limitados; lo que fracasa es la gestión, y en ello hay que incidir, por este motivo se hace imprescindible lo siguiente:

- a. **Realizar un plan de previsión** del Ministerio de Sanidad en forma de Pacto de Estado, respecto a las necesidades del Sistema Público de Salud con 10 años vista.
- b. **Cambiar el modelo de selección para el acceso a las facultades de Medicina**, eliminando los criterios erróneos basados en la nota del Bachiller y cambiarlos por la actitud y aptitud para la profesión sanitaria. Se están perdiendo muchas vocaciones especialmente en varones que tienen una media más baja en el bachiller; en aras de seleccionar buenos estudiantes.
- a. **Planificación del MIR:** plazas necesarias; exigir una servidumbre por año de formación, mínimo dos años por año de especialidad; planificar una evaluación periódica y final de los conocimientos teóricos y prácticos, como sucede en todos los países. En España el MIR no es evaluado teóricamente
- b. **Validez del Título de Médico para el ejercicio de la Medicina General:** después de 6 años en España no se puede ejercer la profesión como médico general sin hacer

el MIR. Hay soluciones como las del Ministerio de Defensa, desarrollando un curso de habilitación para el ejercicio médico en el ámbito de las unidades militares y para las misiones internacionales. El MIR de Familia no deja de ser una especialización en Medicina General, si la Carrera no habilita para ese ejercicio no deja de ser una estafa al futuro médico y a toda la sociedad que financia con sus impuestos los 10 años necesarios hasta que pueda ejercer la profesión.

- c. **Eliminar la exclusividad de formación especializada únicamente por el sistema MIR público**, se deberían permitir otras opciones; permitiendo otras opciones, debiendo el Estado evaluar a todos los residentes sus conocimientos, tanto durante el desarrollo como al final de la especialidad; independientemente del lugar de formación.
- d. **Convalidación y validez de títulos extracomunitarios**, aunque no tengan el MIR para el ejercicio de la Medicina General
- e. **Cambiar el problema ideológico**: lo público es “bueno” y lo privado se desprecia como “malo”

#### **Y ante este panorama: ¿existe algún punto de esperanza?**

Partiendo de las grandísimas dificultades y la gravedad de la crisis sanitaria, habría que tomar unas medidas extraordinarias:

1. **Oposiciones anuales y unificadas para toda España**, para consolidar las plazas y facilitar la movilidad en todo el territorio nacional
2. **Eliminar las barreras de idioma autonómico** para el acceso al ejercicio profesional
3. **Limitar** las competencias autonómicas en favor del Estado Central, con:
  - a. Prestaciones iguales en todo el territorio nacional
  - b. Calendarios de vacunaciones unificados
  - c. Tarjeta sanitaria única y válida para todo el territorio nacional
4. **Compatibilizar** el ejercicio de mañana y tarde de forma estable, eliminando las primas de salario por “no ejercer” la medicina privada
5. **Incentivos económicos** lógicos y justos
6. **Evaluación de la calidad y resultados profesionales**, no en base al ahorro sino por la calidad del trabajo. El mejor evaluador de un médico es el paciente: ¿por qué no se hacen encuesta de satisfacción, es que no interesan?.
7. **Incentivar** al profesional que quiera prolongar su horario asistencial de consultas y quirófano por las tardes
8. **Recuperación del ACTO MÉDICO** bajo la responsabilidad del profesional con autonomía y libertad de prescripción
9. **Cambiar el modelo asistencial** del Servicio Jerarquizado como elemento organizativo, centrando en el médico de familia la dependencia de los distintos especialistas, en un modelo similar a los anteriores cupos asistenciales; esto facilitaría la coordinación y comunicación entre el médico generalista y los especialistas de primer nivel.
10. **Eliminar la rotación de los médicos** salvo en los servicios de urgencia.
11. **Recuperación de la agenda personalizada**, gestionada directamente por el médico y/o su personal auxiliar
12. **Potenciar los convenios con la Medicina Privada**

13. **Posibilidad de potenciar un modelo similar al de MUFACE**, de tal forma que, como sucede en otros países, el paciente elige con libertad su opción asistencial y al médico que le atiende

## **CONFERENCIA CLUB ENCUENTROS**

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Ley de Incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas, Ley 53/1984, BOE nº 4, de 04/01/1985
2. Ley General de Sanidad Ley 14/1986, de 25 de abril, «BOE» núm. 102, de 29/04/1986.
3. Pérez Soba, Juan José (Mayo 2012). «Voz:Acto médico». Simón Vázquez, Carlos, ed. *Nuevo Diccionario de Bioética* (2 edición) (Monte Carmelo). ISBN 978-84-8353-475-5.
4. Juramento hipocrático original completo de Hipócrates [www.tratamientoyenfermedades.com](http://www.tratamientoyenfermedades.com), 10 agosto, 2018
5. Fidel Herminio López López El Acto Médico, MEDICA 2002, 23-02-2017, Oaxaca, México
6. El Acto Médico. DICCIONARIO CLINICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA [www.cun.es/diccionario](http://www.cun.es/diccionario)
7. Ricardo de Lorenzo. El Acto Médico y su trascendencia jurídica. Redacción Médica 3-04-2019
8. El Acto Médico OMC MÉDICOS Y PACIENTES, 1-04-2013
9. P. Laín Entralgo M. Morell Rodríguez, La Ética Médica Hipocrática, 1979.
10. Ley de Autonomía del Paciente, Ley 41/2002, de 14 de noviembre «BOE» núm. 274, de 15/11/2002.
11. Código Deontológico de la OMC, diciembre de 2022

**Dr. Manuel Morell Rodríguez**  
**CLUB ENCUENTROS**  
**21 de diciembre de 2023**