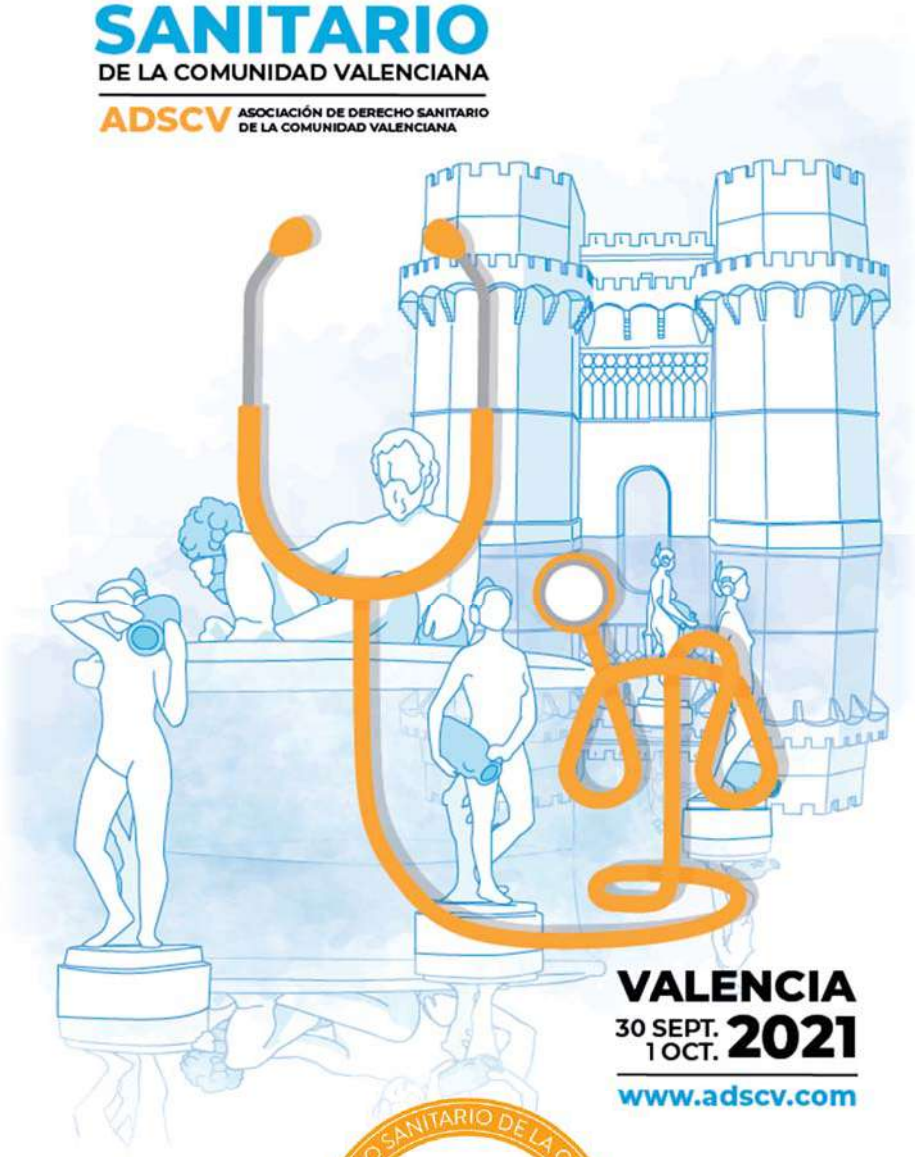
80 conclusiones

IV CONGRESO DE
DERECHO
SANITARIO
DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

ADSCV ASOCIACIÓN DE DERECHO SANITARIO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA



VALENCIA
30 SEPT.
1 OCT. 2021

www.adscv.com

ASOCIACIÓN DE DERECHO SANITARIO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA · 2015 ·

INTRODUCCIÓN

El IV Congreso de Derecho Sanitario de la Comunidad Valenciana se celebró los días 30 de septiembre y 1 de octubre de 2021 en el paraninfo y aula magna de la Universidad CEU Cardenal Herrera en Alfara del Patriarca (València).

La organización de este Congreso presentó un completo programa que incluía una **conferencia magistral** a cargo del presidente de la Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER), Juan Carrión Tudela y **ocho mesas de expertos** de primerísimo nivel.

Como consecuencia de todo ello, **470 personas se inscribieron en este encuentro**, duplicando así la cifra de inscritos de la anterior edición.

A lo largo del congreso, intervinieron en las diferentes mesas algunos de los principales representantes de colegios profesionales, medios de comunicación, Administración Pública y judicatura relacionados con las dimensiones jurídico sanitarias de los temas más relevantes que afectan a los profesionales sanitarios.

Este es el desglose de ponentes del IV Congreso de Derecho Sanitario de la CV:

- Juan Carrión Tudela
  Presidente de la Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER)
- Teresa Gisbert Jordá
  Fiscal Superior de la Comunidad Valenciana
- Jaime Noguera Laborda
  Responsable legal de Sham en España (Grupo Relyens)
- Ignacio Megía Salvador
  Director Siniestros de Berkley España
- Esperanza Ferrando Nicolau
  Decana de la Facultad de Derecho, Empresa y Ciencias Políticas de la Universidad CEU Cardenal Herrera
- Concha Andrés Sanchís
  Secretaria Autonómica de Eficiencia y Tecnología Sanitaria de la Generalitat Valenciana

- Jaime Del Barrio Seoane
  Presidente de la Asociación Salud Digital
- Lidia Vidal Vallmaña
  Associate for Pinsent Masons España SLP
- Mª Ángeles Medina Martínez
  Presidenta de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria
- Manuel Pérez Martín De La Hinojosa
  Director Ciberriesgos de Howden Iberia
- Laura Prats Abadía
  Cyber Risks Managent de Sham España
- Andrés Calvo Medina
  División Innovación Tecnológica de la Agencia Española de Protección de Datos
- Juan Pardo Albiach
  Director en Ceu Digital Tecnologías. Programas Inteligencia Artificial y Ciencia de Datos
- Verónica Veses Jiménez
  Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad CEU Cardenal Herrera
- Marcos López Hoyos
  Presidente de la Sociedad Española de Inmunología
- Amós García Rojas
  Presidente de la Asociación Española de Vacunología
- Amparo Navea Tejerina
  Secretaria de la Asociación de Derecho Sanitario de la Comunidad Valenciana
- Óscar Cortijo Peris
  Vicedecano Primero del Colegio Oficial de Psicólogos de la Comunidad Valenciana
- María Isabel Moya García
  Vicepresidenta Primera del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España
- Juan José Tirado Darder
  Presidente del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana
- Carmen Puerto Rentero
  Psicóloga. Dirección Palacio Colomina CEU

- Tomás Cobo Castro
  Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España
- Miguel Fombuena Moreno
  Responsable de la Unidad de Cuidados Paliativos y Jefe de Servicio de Medicina Interna (Hospital Dr. Moliner)
- Vicente Bellver Capella
  Comité Nacional de Bioética
- Pedro Rosado Calatayud
  Vicepresidente Primero de la Asociación de Derecho Sanitario de la Comunidad Valenciana
- Manuel Domingo Zaballos
  Magistrado de la Sala Tercera del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana
- Víctor Pedrera Carbonell
  Secretario General del Sindicato Médico de la Comunidad Valenciana y Vicesecretario de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos
- Javier Molina Vega
  Socio Despacho Cuatrecasas. Área Derecho Laboral
- Guillermo Llago Navarro
  Vicepresidente Segundo de la Asociación de Derecho Sanitario de la Comunidad Valenciana
- Ignacio Guerrero Ramirez
  Presidente de la Unión Profesional de Médicos de Ejercicio Libre
- Manuel Carmona Calderón
  Representante Nacional de Médicos de Ejercicio Privado del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España
- José Miguel Mataix Piñero
  Secretario Nacional Medicina Privada de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos

CONCLUSIONES

A continuación, extractamos las principales conclusiones extraídas de las mesas que se celebraron en el Congreso:

- LAS ENFERMEDADES RARAS, UNA PRIORIDAD SOCIAL Y SANITARIA ANTES Y DESPUÉS DE LA PANDEMIA.

- COVID 19: ¿FUERZA MAYOR? DENUNCIAS A LOS PROFESIONALES SANITARIOS. CONSECUENCIAS JURÍDICAS Y SU IMPACTO EN LOS SEGUROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL DEL PERSONAL SANITARIO.

- SALUD DIGITAL: EL RETO DE LA SOSTENIBILIDAD Y LA PROTECCIÓN DE DATOS EN EL SISTEMA SANITARIO.

- EL PRÓXIMO VIRUS, EL INFORMÁTICO - LOS PELIGROS CIBERNÉTICOS POST-COVID.

- LA PANDEMIA DEL SIGLO XXI: ¿ESTAMOS EN RIESGO DE SUFRIR OTRA PANDEMIA? ¿POSIBILIDADES DE PREVENCIÓN? ¿DEBE SER OBLIGATORIA LA VACUNACIÓN POR RAZONES DE SALUD PÚBLICA? INMUNIDAD EN LA PANDEMIA COVID-19: PROTECCIÓN CON LA INFECCIÓN NATURAL FRENTE A LA PROTECCIÓN DE LAS VACUNAS.

- IMPACTO DEL COVID-19 EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS. AFECTACIONES PSICOLÓGICAS Y REPERCUSIÓN LABORAL.

- EUTANASIA VERSUS CUIDADOS PALIATIVOS: LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS.

- LA CONTRATACIÓN TEMPORAL POR LAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS. INTERINOS, EVENTUALES Y OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN. ACCESO A LA FUNCIÓN PÚBLICA, PRINCIPIOS DE IGUALDAD, MÉRITO Y CAPACIDAD. SOLUCIONES.

- DESREGULACIÓN DEL SECTOR SANITARIO PRIVADO. RELACIONES ENTRE ASEGURADOS, COMPAÑÍAS DE SEGUROS DE SALUD Y PROFESIONALES. PROBLEMÁTICA Y SOLUCIONES.

LAS ENFERMEDADES RARAS, UNA PRIORIDAD SOCIAL Y SANITARIA ANTES Y DESPUÉS DE LA PANDEMIA

1

Más de 3 millones de personas en España padece una enfermedad rara, término que la Unión Europea define como aquellas cuya prevalencia está por debajo de 5 por cada 10.000 habitantes.

2

Retos comunes de las más de 6.172 enfermedades raras identificadas en Europa: reducción de tiempos en el diagnóstico e investigación en tratamientos

3

En nuestro país, es necesario garantizar el acceso en equidad a las pruebas y herramientas de diagnóstico en todas las autonomías. Un ejemplo de ello son las pruebas de cribado neonatal, que varían entre 7 o 40 según el código postal.

4

La prestación de los servicios especializados para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades raras se realiza en España a través de los CSUR, los Centros, Servicios y Unidades de Referencia. En España contamos con más de 290 CSUR, 110 de los cuales participan en las Redes Europeas de Referencia.

5

El impulso de la formación especializada es fundamental, ya que sin ir más lejos, nuestro país continúa siendo el único de Europa que no reconoce la especialidad de genética clínica, trasversal para las enfermedades raras dado el carácter genético del 70% de ellas.

6

Desde FEDER piden un incremento de la inversión en la investigación de enfermedades raras, porque sólo el 20% de ellas son investigadas. Además, en España únicamente el 34% de las personas afectadas tienen acceso al tratamiento, que llega a representar el 20% de los ingresos familiares.

7

Durante la pandemia del Covid-19, el 91% del cuidado de los pacientes con enfermedades raras fue interrumpido:

- 9 de cada 10 terapias de rehabilitación fueron pospuestas o canceladas.
- 7 de cada 10 personas no pudieron recibir los tratamientos médicos.
- 8 de cada 10 intervenciones quirúrgicas canceladas o pospuestas.
- 8 de cada 10 citas médicas aplazadas o canceladas.
- 8 de cada 10 sesiones de seguimiento psiquiátrico fueron interrumpidas.

COVID 19: ¿FUERZA MAYOR? DENUNCIAS A LOS PROFESIONALES SANITARIOS.

CONSECUENCIAS JURÍDICAS Y SU IMPACTO EN LOS SEGUROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL DEL PERSONAL SANITARIO.

8

En nuestro país se han llevado a cabo 23 asuntos penales por COVID-19. La mayoría de los motivos de reclamación se han dirigido contra el centro de salud, el director del centro sanitario o el personal de recepción de urgencias, entre otros.

9

Los principales motivos de estas denuncias han sido: delito de omisión del deber de socorro y denegación de asistencia sanitaria, delito de homicidio imprudente y delito contra los derechos de los trabajadores.

SALUD DIGITAL:
EL RETO DE LA SOSTENIBILIDAD Y LA PROTECCIÓN DE DATOS EN EL SISTEMA SANITARIO.

10

Desde la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública de la Generalitat Valenciana proponen aumentar la colaboración: Interna y externa, público y privada, asociaciones de pacientes y tercer sector.

11

La Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública plantea un modelo de sanidad robusta: fortalecer y modernizar las infraestructuras de nuestro sistema sanitario mediante tecnologías que mejoren la comunicación con la ciudadanía, con la renovación de equipos de atención primaria, portátiles para zonas remotas, vacunación y teletrabajo, webcam y auriculares.

12

Desde la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública plantean un modelo de sanidad próxima: garantizar el acceso a la información y a la atención sanitaria ampliando los servicios digitales para profesionales, pacientes y cuidadores, como por ejemplo: cita para personas sordas, todos los trámites accesibles en la web, vídeo consultas, App GVA Salut (una de las más descargadas desde el inicio de pandemia).

13

La Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública plantean un modelo de sanidad integrada: perfeccionar la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales.

14

La Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública plantea un modelo de sanidad prospectiva: se trata de potenciar la medicina de precisión pasando de un modelo reactivo a un modelo predictivo.

15

Existen 4 factores clave que están acelerando este cambio en los modelos tradicionales de Salud hacia modelos innovadores basados en valor:

- Fuerzas socio-económicas:
  Las enfermedades crónicas que no se transmiten costarán al mundo 30 billones de dólares en 2030.

- Tecnología:
  En 2027 habrá 41.000 millones de dispositivos (rápida aceleración a modelos y plataformas de atención virtual.

- Eficiencia de capital requerido:
  Los sistemas de salud desperdician entre un 20 y un 40% de sus recursos humanos, materiales y procesos. Presión para reducir el despilfarro y modernizar las infraestructuras.

- El paciente en el centro de todo:
  El 47% de los consumidores cree que en 10 años, los smartphones se convertirán en la interfaz principal de la atención sanitaria. Adopción inmediata de nuevas tecnologías por parte de los pacientes para recibir atención, comunicarse con los médicos.

16

Derechos del usuario: de acceso, de rectificación, de borrado, a la restricción del procesamiento y a la portabilidad de datos.

17

La Salud Digital Basada en Valor es la utilización de las herramientas y/o medios digitales para facilitar la generación de Valor en la Salud. Para ello, hay que impulsar el desarrollo de la telemedicina y aplicaciones móviles en la salud; el uso de dispositivos portátiles para el control o seguimiento de una determinada patología; implantación de la historia clínica electrónica; integración del big data en la investigación y la utilización de la inteligencia artificial, así como el uso de la realidad virtual y realidad aumentada con fines formativos.

EL PRÓXIMO VIRUS, EL INFORMÁTICO.

LOS PELIGROS CIBERNÉTICOS POST-COVID.

18

El número de incidentes de ciberseguridad en 2021 ha continuado creciendo y, debido al cambio coyuntural que ha traído la pandemia, han aparecido nuevas formas de ataques a empresas de todo los tamaños y sectores. Esto ha generado que exista una mayor conciencia hacia estos riesgos tanto en nuestra vida personal como en la profesional.

19

Según ENISA (Agencia de la Unión Europea para la Ciberseguridad) entre las quince amenazas más habituales seguimos encontrando el "Malware" o la utilización de software malicioso proveniente de fuentes no fidedignas. El clásico "Phising", con el envío de emails que intentan capturar credenciales de acceso a sitios críticos, produciéndose problemas como son el "Spam" y la "suplantación de identidad". O el famoso "Ransomware", cuando nuestra información es encriptada y se nos solicita un rescate para poder recuperarla.

20

Según CybersecurityVentures el cibercrimen a nivel mundial sigue teniendo unas cifras bastante elevadas, produciéndose daños por valor aproximado de 16,4 billones de dólares al día, 684 millones de dólares por hora, 11 millones de dólares por minuto y 190.000 dólares por segundo.

21

El COVID ha traído el teletrabajo de forma repentina e intensiva, y esto ha planteado nuevos retos en la ciberseguridad, ya que se amplía el perímetro de seguridad de las empresas a miles de redes domésticas, protegidas por sistemas de seguridad de niveles muy diversos y en ocasiones bastante deficientes.

22

Si bien los ciberdelincuentes en un primer momento clamaron que no iban a atacar aquellas empresas y organizaciones que estuvieran luchando contra la pandemia del COVID, la realidad ha sido bastante distinta y se han producido ataques de gran consideración a organizaciones gubernamentales relacionadas con la salud, empresas farmacéuticas y hospitales. Por ejemplo, según ENISA, se generaron en tiempo récord, multitud de páginas web con la palabra COVID en el dominio, con la intención de suplantar entidades oficiales que pudieran ofrecer información sobre la enfermedad en los primeros momentos de la pandemia.

23

Cuando nos referimos al mundo sanitario, además podemos llegar a ver implicaciones en la propia seguridad física de los pacientes, por lo que proteger a los ciudadanos de los ciberriesgos en este contexto se hace necesario.

LA PANDEMIA DEL SIGLO XXI: ¿ESTAMOS EN RIESGO DE SUFRIR OTRA PANDEMIA?

¿POSIBILIDADES DE PREVENCIÓN?

¿DEBE SER OBLIGATORIA LA VACUNACIÓN POR RAZONES DE SALUD PÚBLICA?

INMUNIDAD EN LA PANDEMIA COVID-19: PROTECCIÓN CON LA INFECCIÓN NATURAL FRENTE A LA PROTECCIÓN DE LAS VACUNAS.

24

En diciembre de 2019, un nuevo coronavirus, llamado Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2), de origen desconocido, comienza a expandirse en la provincia china de Hubei, causando una enfermedad denominada Coronavirus-disease 19 (Covid-19). La Covid-19 es una enfermedad de transmisión respiratoria, con afectación vascular y su tasa de mortalidad estaría alrededor de un 2%, teniendo en cuenta que es un dato dependiente de la vulnerabilidad del colectivo afectado, y por tanto, la tasa es mucho más alta en personas de edad avanzada y mucho menor en jóvenes y población pediátrica.

25

La Covid-19 es el tercer episodio epidémico relacionado con coronavirus en los últimos 20 años, El primero fue el SARS en 2002-2003, con una tasa de letalidad del 10%, y el segundo el MERS, en 2012, con una tasa de mortalidad del 30-40%.

26

¿Por qué SARS-CoV-2 ha generado una pandemia? Existen factores biológicos, como que se trate de un virus de transmisión aérea, envuelto, con mayor resistencia al medio ambiente y a la desecación, que haya un alto número de individuos asintomáticos, así como que los pacientes sean ya contagiosos en fases prodrómicas. También hay factores humanos que han contribuido, tales como: la falta de contención del área afectada, la falta de rigurosidad en la aplicación de cuarentenas, y una reacción por parte de las autoridades demasiado lenta.

27

¿Puede volver a ocurrir? La respuesta es sí, puede y van a haber más episodios epidémicos, la clave es contenerlos antes de que se conviertan en pandemia (epidemia de alcance global en el planeta).

28

¿Cómo anticiparse a una futura pandemia?

- ☐ Anticipación a través de herramientas bioinformáticas que detecten rápidamente las alertas sanitarias de zonas puntuales y permitan una reacción rápida.
- ☐ Fomento de la formación en aspectos microbiológicos, epidemiológicos y de prevención de pandemias a todos los profesionales sanitarios, para que sean capaces de identificar (y contener) riesgos.
- ☐ Modernización de la Atención Primaria, aumentando la capacidad diagnóstica, la cartera de servicios y la atención domiciliaria.
- ☐ Más medios técnicos y humanos a la sanidad, nos va la vida en ello, y por tanto, hay que reindustrializar para producir nuestro propio material higiénico-sanitario, así como medicamentos y vacunas.
- ☐ Aumento de la inversión en investigación. No es que los países ricos pueden permitirse investigar, precisamente son ricos porque han destinado recursos para investigar.

29

No ha pasado tiempo suficiente de la infección COVID-19 para saber cuánto dura la memoria inmunológica post infección y/o post vacunación. A largo plazo deberá mejorar la eficacia de las vacunas, sabremos más sobre los niveles de protección y habrá que vigilar la aparición de nuevas variantes.

30

La *respuesta inmunitaria en Covid-19*: se compone de la respuesta inmunitaria innata y la adaptativa que funcionan de forma coordinada. Existe presencia de los 3 componentes de la inmunidad adaptativa post-infección. Los distintos brazos de la respuesta inmunitaria adaptativa coordinados responden mejor frente al SARS-CoV-2 que respuestas parciales. El envejecimiento y escasez de las respuestas de células T naive pueden ser riesgo de COVID-19 grave.

IMPACTO DEL COVID-19 EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS.

AFECTACIONES PSICOLÓGICAS Y REPERCUSIÓN LABORAL.

31

La pandemia ha hecho que los profesionales sanitarios se enfrenten a múltiples dilemas éticos: conflicto entre cuidado del paciente y autocuidado; entre cuidado del paciente y riesgo de demandas por mala praxis o negligencia; o entre procurar a cada paciente unos cuidados de calidad y priorizar la asignación de unos recursos escasos para maximizar su utilidad.

32

Ha habido una infraestimación de las secuelas psicológicas de los profesionales sanitarios, que se han situado en primera línea, exponiéndose a numerosos riesgos.

33

Sería recomendable ofertar por medio del sistema ayuda psicológica para reducir el impacto emocional del Covid-19 y asegurar así, no solo su salud mental, sino también el adecuado cuidado que dispensan.

34

Se requiere profundizar en las experiencias emocionales y necesidades profesionales de apoyo emocional, para diseñar intervenciones eficaces de protección y ayuda implicando al cuidador en su auto-cuidado.

35

El bienestar laboral en momentos de presión solo se puede conseguir si el profesional se siente protegido en su trabajo, con medios adecuados, formado y actualizado con la información en los últimos avances que la evidencia científica pueda demostrar, con un autonomía real en la toma de decisiones y la normalización de compartirlas con el resto del equipo de forma puntual, y con períodos de reposo que permitan el descanso.

36

La pandemia ha generado entre el personal sanitario síntomas de estrés, ansiedad, depresión e insomnio, con mayores niveles entre las mujeres y profesionales de más edad.

37

Cerca del 60% de los profesionales sanitarios en España sufrió trastornos mentales durante la primera ola de la pandemia como ansiedad, estrés agudo y depresión. Hoy después de casi un año y medio la mitad de ellos no se han recuperado del todo.

38

De los trabajadores sanitarios que han estado expuestos a la COVID-19, el 65% ha experimentado problemas generales de salud.

39

Las agresiones a sanitarios crecieron un 32% en 2020.

40

La OMS recomienda a los sanitarios identificar herramientas para manejar el estrés y mantener las estrategias de afrontamiento habituales; Normalizar los sentimientos, ya que es lógico sentir estrés ante estas situaciones, hablar de sentimientos emociones entre todos los que trabajan juntos es una forma también de ayudarse; cuidar las necesidades básicas haciendo ejercicio y comer de forma sana y equilibrada y mantener el contacto con la familia y los amigos.

41

La carga y el desarrollo de los problemas de salud mental por la pandemia variará en función de los diferentes factores de riesgo: los relacionados directamente con la infección se reducirán conforme se controle, pero los asociados al trauma y al impacto socioeconómico aumentarán incluso después de la haber alcanzado la inmunidad.

42

Las causas de los problemas de salud mental en el colectivo médico los podemos resumir en: alta tasa de infección, protección inadecuada, aislamiento, exceso de trabajo, frustración, muerte, incertidumbre y exceso de exposición e información.

43

Entre los sanitarios ha habido un elevado porcentaje de problemas de salud mental: el 45% de ellos han tenido ansiedad; el 38%, depresión; el 31%, estrés agudo; el 29%, burn out y el 19%, estrés postraumático.

44

La pandemia ha hecho empeorar los hábitos de vida de los profesionales de la salud: ha subido el consumo de alcohol y ha disminuido el ejercicio físico de 50% a 28%.

45

El 8% de los médicos ha vivido la muerte de un compañero.

46

Tras la segunda ola, el 51% de los médicos asegura sentirse menos preparado física y emocionalmente; el 20% se ha planteado adelantar su jubilación, y el 34% ha pensado en abandonar la profesión.

47

Los profesionales tienen que afrontar cada nueva ola sin haberse recuperado de la anterior y al mismo tiempo y su salud va empeorando oleada tras oleada.

48

El 29% de los profesionales sanitarios consumen tranquilizantes o hipnóticos.

49

El 25% de los médicos son usuarios reales o potenciales de un servicio de apoyo a problemas de salud mental.

50

El suicidio es la primera causa de muerte externa en el colectivo sanitario, medio punto más alto que en la población en general). Mayor en las médicas y de más edad. Se relacionada con el estrés, el agotamiento y la depresión.

EUTANASIA VERSUS CUIDADOS PALIATIVOS: LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS.

51

Existe un derecho constitucional a la vida, proclamado por nuestra Constitución en su Artículo 15, pero es incuestionable que no existe un paralelo derecho a la muerte, que pueda llevar a exigir comportamientos dirigidos a la provocación de la misma por parte de los profesionales sanitarios.

52

El Código de Deontología Médica declara que el médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste, conforme a su Artículo 36.3.

53

El paciente puede, en el marco de su documento de instrucciones previas, explicitar aquellas acciones que desea del medio clínico respecto de su persona, para cuando no pueda expresarlo, pero esta petición no cabe para aquellas prácticas que estén legal, ética o deontológicamente prohibidas.

54

En el caso de verse un médico involucrado en una acción clínica al final de la vida de un paciente, respecto de la cual tenga reparos éticos en su colaboración o acción directa, podrá formular legítimamente objeción de conciencia, con carácter general, quedando relevado de aquella acción.

55

En los casos de sedación paliativa y sedación terminal no cabe el derecho a la objeción de conciencia siempre que estén clínicamente indicados y cuenten con el consentimiento del paciente o sus representantes. Constituyen buena práctica clínica y obligan, por tanto, a su realización.

56

El paciente podrá con esta ley ejercer su legítimo derecho a obtener la privación de su vida, bajo las condiciones y circunstancias legales que en ella se contienen, pero no puede obligar a un profesional objetor a secundar ese proyecto. A su vez, el profesional que ejerce su, también legítimo, derecho de objeción de conciencia no puede utilizarlo para impedir u obstaculizar el derecho antes mencionado del paciente, legalmente reconocido.

57

Morir con dignidad supone vivir dignamente hasta el último momento. Ello requiere la consideración del enfermo como ser humano hasta el momento de la muerte, el respeto a sus creencias y valores, así como su participación en la toma de decisiones mediante una relación cercana y sincera con el equipo asistencial. Se asocia el hecho de morir con dignidad a la ausencia de sufrimiento.

58

La medicina paliativa no intenta ni acelerar ni retrasar el proceso de morir y considera la muerte como un proceso normal que forma parte de la misma vida.

59

Se propone crear una asignatura de Cuidados Paliativos obligatoria en todos los grados universitarios relacionados con el ámbito de la salud y establecer una rotación obligatoria por Unidades de Cuidados Paliativos para profesionales en formación (MIR, PIR, EIR).

LA CONTRATACIÓN TEMPORAL POR LAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS.

INTERINOS, EVENTUALES Y OTRAS FORMAS DE CONTRATACIÓN.

ACCESO A LA FUNCIÓN PÚBLICA, PRINCIPIOS DE IGUALDAD, MÉRITO Y CAPACIDAD.

SOLUCIONES.

60

En el período comprendido entre 2014 y 2019, nueve de cada 10 nuevos empleos creados en el sector público han sido temporales.

61

En 2020, solo el 10% de los nuevos empleos del sector público llevan más de 3 años trabajando.

62

En el tercer trimestre de 2020 aumentó aún más la temporalidad en el sector público, alcanzado el 27,9%, frente a los 23,2% del sector privado.

63

La Organización Medico Colegial (OMC) afirma que el 41% de los médicos son temporales, con una media de siete años de trabajo temporal previas a la fijeza.

64

De la totalidad de los médicos que trabajan en España, solo el 37% tiene una plaza, y únicamente el 4% de los que tienen plaza en propiedad tiene menos de 40 años.

65

La media de edad de los médicos españoles se sitúa en 49,2 años.

66

En 2020, el déficit de médicos era del 5%. Entre 2025-2030 subirá al 12%, ya que se calcula que habrá 70.000 jubilaciones hasta 2028.

67

La media en España es de 312 médicos por cada 100.000 habitantes.

68

Impacto de la alta tasa de temporalidad en la falta de médicos: desde hace 10 años, se bate cada año record de salidas de médicos que han estudiado en España y que se van a trabajar a otros países.

69

Características principales de la nueva generación de médicos: no están dispuestos a trabajar en las condiciones que se les exige aquí; no están dispuestos a cobrar salarios muy por debajo de la mayoría de los países de nuestro entorno ni a aceptar contratos precarios ni a esperar a los 45 o más años para consolidad su puesto de trabajo.

70

Se propone la elaboración de una normativa que agilice los procesos de acceso a plaza fija que haga coincidir los procesos de selección en todas las comunidades autónomas y que oferte la totalidad de plazas vacantes.

71

Se señala la necesidad de una normativa ágil de los procedimientos de oposición para resolución en máximo de 6 meses desde la convocatoria.

DESREGULACIÓN DEL SECTOR SANITARIO PRIVADO.

RELACIONES ENTRE ASEGURADOS, COMPAÑÍAS DE SEGUROS DE SALUD Y PROFESIONALES.

PROBLEMÁTICA Y SOLUCIONES.

72

La irrupción del capital/riesgo en el mercado sanitario ha hecho que la sanidad se empiece a guiar por leyes de mercado cuyo único objetivo es el beneficio económico. Las compañías de seguros son las que toman las decisiones contractuales.

73

Los médicos han tenido que negociar individualmente, en una situación de dependencia económica, y se han encontrado con baremos que llevan congelados más de 20 años y grupos hospitalarios como intermediarios que reducen los ingresos de los médicos entre un 20 y un 40%.

74

El sector del seguro privado continúa registrando incrementos significativos, tanto en número de asegurados como en volumen de primas. En 2020 se han alcanzado 11 millones de asegurados (incremento del 4,4%).

75

El escaso número de médicos con respecto al total de la plantilla de los distintos centros, la politización de los sindicatos y la escasa motivación de los profesionales sanitarios en las reivindicaciones laborales dificultan la labor sindical.

76

Existe una alta concentración del mercado: 5 compañías de seguros ostentan el 72% de la cuota de mercado.

77

El paciente ha pasado de elegir su médico a ser paciente de la compañía, que le impone el cuadro médico. Además, la aparición de grandes grupos hospitalarios que negocian en exclusividad con las aseguradoras ha añadido un nuevo intermediario al médico.

78

La pandemia del Covid-19 ha puesto de manifiesto el desprecio de las aseguradoras por los médicos que trabajan para ellas como autónomos, abandonándolos cuando el confinamiento no les permitió realizar su actividad y pretendiendo que todo siga igual -incluidos los baremos- cuando el Covid-19 ha cambiado y encarecido el ejercicio de la medicina.

79

Las compañías aseguradoras han cambiado el modelo clásico de atención médica privada y, además de su labor aseguradora, de forma progresiva han ido ganando una presencia cada vez más destacada de labor asistencial, en gran medida a costa de debilitar la capacidad para competir de los facultativos dedicados a la medicina privada que en una proporción importante han desarrollado modelos de negocio altamente dependientes de la base de pacientes asegurados.

80

Se propone la elaboración de un “Código de buenas prácticas” que agrupe a profesionales, aseguradoras y grupos hospitalarios para poder mantener el actual sistema de medicina privada, o abogar por un cambio a un nuevo modelo de ejercicio libre de la medicina que garantice, ante todo, la calidad asistencial.

PATROCINADORES Y ENTIDADES COLABORADORAS

PATROCINADORES

CEU
Universidad
Cardenal Herrera

sham
SEGUROS Y GESTIÓN DE RIESGOS

howden

Berkley
ESPAÑA
a Berkley Company

Criteria
Insurance claims & Loss adjusters

PERIPRO MEDIC
sociedad de peritaciones médicas profesionales

COLEGIO OFICIAL DE
MÉDICOS
DE ALICANTE

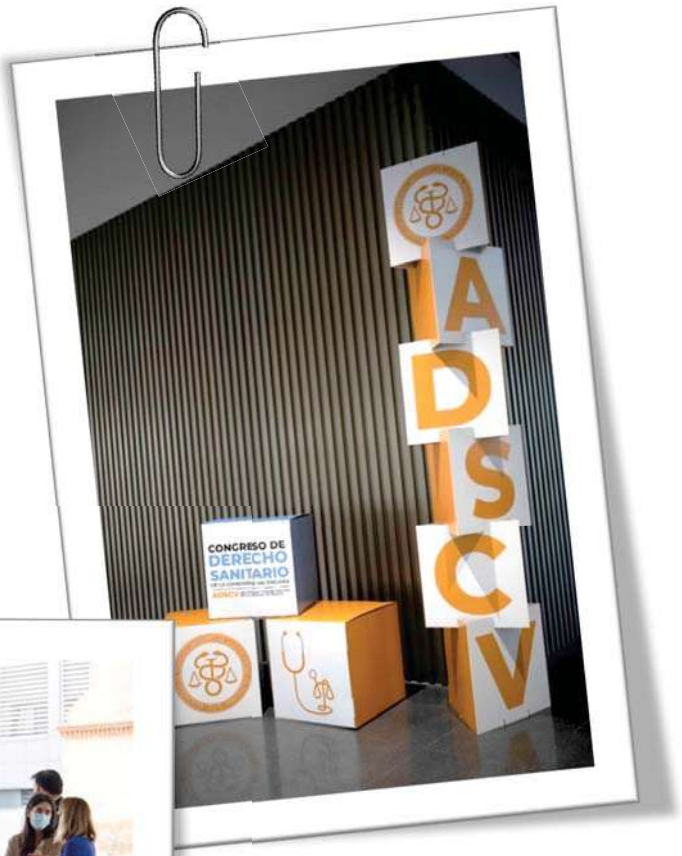
Sindicato Médico
COMUNIDAD VALENCIANA
CESM-CV

COLEGIO
ÓPTICOS-OPTOMETRISTAS
COMUNITAT VALENCIANA

MICOF
MUY ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE FARMACÉUTICOS DE VALENCIA

ENTIDADES COLABORADORAS

IMÁGENES DEL CONGRESO


CONGRESO DE
DERECHO
SANITARIO
ADSCV

CONGRESO DE
DERECHO
SANITARIO

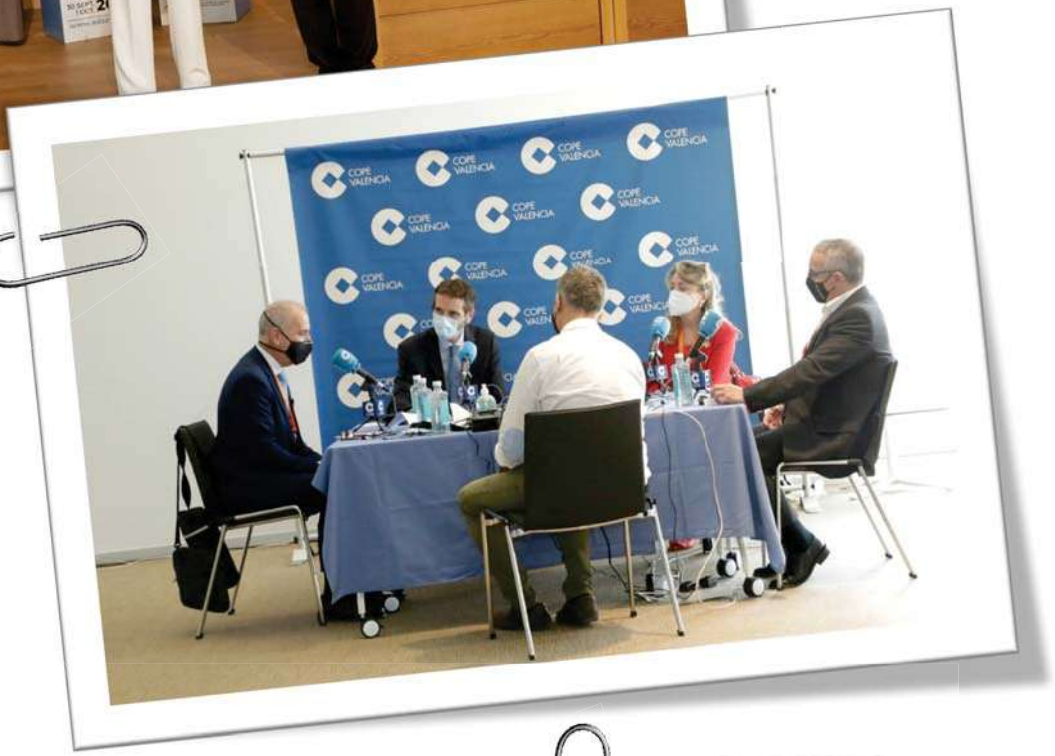
IV CONGRESO DE
DERECHO SANITARIO
ACTO INAUGURAL
CEU

CEU

IV CONGRESO DE
DERECHO
SANITARIO
Berkley

COPE
VALENCIA

Berkley
how
sham


COPE VALENCIA

CONGRESO DE
DERECHO
SANITARIO
LA COMUNIDAD VALENCIANA
DSCV
VALENCIA
2021
Berkley
Crèrma

IV CONGRESO DE
DERECHO
SANITARIO
DE LA COMUNIDAD VALENCIANA
ADSCV
VALENCIA
2021

IV CONGRESO DE
DERECHO
SANITARIO
DE LA COMUNIDAD VALENCIANA
ADSCV
VALENCIA
2021

IV CONGRESO DE
DERECHO SANITARIO
DE LA COMUNIDAD VALENCIANA
ACTO DE CLAUSURA
CEU

CL Convento Santa Clara, 9-1º
46002 València
Tel.: 961 529 588

asociacion@adscv.com
www.adscv.com

Registro de Asociaciones de la Comunitat Valenciana
Nº. CV-01-053954-V - Sección Primera