

Sesión de Consenso SEED/SEPD

La Sedación en Endoscopia Digestiva: ¿Por quién? ¿A quién? ¿Dónde y cómo?

E. Molinera (EDIMSA)

Bajo el título “La Sedación en Endoscopia Digestiva: ¿Por quién? ¿A quién? ¿Dónde y cómo?” y con el patrocinio y organización de la Fundación Española de Endoscopia Digestiva (FEED) tuvo lugar, en el marco del Congreso de la SEPD, una Sesión Especial de Consenso SEED/SEPD moderada por el profesor José Ramón Armengol Miró. Dicho consenso se hacía necesario ante la inquietud generada tras la publicación de un editorial en la Revista de la SEPD y, en general, con el objetivo de llegar a un acuerdo en un tema de gran trascendencia y actualidad como es la sedación en endoscopia. Esta reunión contó con la presencia y participación de un numeroso grupo de expertos en distintas disciplinas que apuntaron las bases y fundamentos necesarios para el establecimiento de un consenso cuyo fin último ha de ser el beneficio del paciente y el desarrollo de una labor profesional sensata, de alto nivel y sin miedos.

Esta Sesión de Consenso, moderada por el profesor J. Ramón Armengol Miró, contó con la colaboración de expertos como Joaquín Ortiz, presidente de la Sala 5ª del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña; Jacobo Quintán, magistrado especializado en Medicina Legal y Seguridad Social de Barcelona; el profesor Juan Andrés Ramírez Armengol, jefe de la Unidad Central de Endoscopia del Hospital Clínico San Carlos de Madrid; Ricardo De Lorenzo, presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario; Gonzalo Herranz, catedrático emérito de Bioética de la Universidad de Navarra; el profesor Francisco López Timoneda, catedrático de Anestesiología del Hospital Clínico San Carlos; el doctor Jaime Canet Capeta, Jefe del Servicio de Anestesia del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol de Badalona; y el doctor López Rosés, del Hospital Xeral de Lugo.

Como recordó al inicio de la sesión el profesor Armengol Miró, “la publicación el pasado mes de enero en la Revista Española de Aparato Digestivo de un trabajo realizado por los doctores Cubiella, Lancho, Echarri, Ulla y Fernández Seara fue contestado con un editorial de los doctores Ramírez Armengol y López Timoneda, que motivó

una gran inquietud al ser interpretado por muchos como la representación del sentir general de las Sociedades de Aparato Digestivo y de Endoscopia y por las posibles consecuencias legales que hubiesen podido surgir ante el tema de la sedación. Desde la Sociedad Española de Endoscopia Digestiva y con el patrocinio de la Fundación, se creó un espacio en nuestra web, que denominamos “Opiniones, controversias, discrepancias. Punto de encuentro”. Por otra parte, aquel editorial fue contestado a su vez por otro, en el que el doctor Solís Herruzo, editor de la revista, manifestaba a título personal que la opinión del primer editorial no tenía que ser compartida por las dos Sociedades ni por sus miembros. De ahí nuestra preocupación por buscar, en primer lugar, un consenso y hacer una mesa redonda para buscar un ‘statu quo’ que permita a todo el mundo, de una forma legalmente establecida, hacer lo que ha hecho durante 20 años, 15 años o el año pasado y lo pueda seguir haciendo igual mañana y en un futuro. En la actualidad los enfermos son más exigentes, porque la medicina ha cambiado y evolucionado. Los enfermos demandan una calidad en la asistencia y el trato y no quieren tener dolor; lo que obliga a realizar un mayor número de sedaciones”.



El profesor Armengol Miró moderando al profesor López Timoneda ante la mirada “juiciosa” del magistrado Joaquín Ortiz

Encuesta sobre práctica clínica

Para recordar el punto de partida que motivó el inicio de la controversia sobre quien a quien, dónde y cómo realizar sedación en endoscopia digestiva, tomó la palabra el doctor López Rosés. Este especialista presentó los resultados de una encuesta sobre práctica clínica realizada por la Sociedad Gallega de Patología Digestiva entre los diferentes hospitales gallegos, con el objeto de conocer cual era la situación de la sedación en las 29 Unidades de Endoscopia (públicas y privadas) de dicha Comunidad Autónoma y cuyos resultados se publicaron este mismo año en la Revista Española de Enfermedades Digestivas.

En el cuestionario se preguntaban aspectos como el tipo de exploraciones que se realizaban, tipo de sedación, quién realizaba la sedación, infraestructuras disponibles en las Unidades, tipo de fármacos empleados, si se desearía tener un anestesista en la Unidad y qué porcentaje de las endoscopias se consideraban susceptibles de ser realizadas bajo sedación.

“Respondieron el 69 por ciento de los hospitales, 20 Unidades (13 públicas y 7 privadas) de las cuales 11 realizaban endoscopia avanzada - señaló López Rosés - y analizando los resultados de la encuesta se vió que se realizaban más de la mitad de las endoscopias bajo sedación 7 Unidades de las que hacían gastroscopia diagnóstica y 11 de las que hacían gastroscopia terapéutica; 11 de las que realizaban colonoscopia diagnóstica y 14 terapéutica;

La publicación de un trabajo en la Revista Española de Aparato Digestivo que fue contestado por los doctores Ramírez Armengol y López Timoneda, motivó una gran inquietud y discrepancia

ARMENGOL MIRÓ

todas las unidades que realizaban CPRE; 5 de las 6 que hacían enteroscopia y 2 de las 3 que hacían ecoendoscopia.

Las conclusiones del estudio llevan a entender que los endoscopistas en Galicia consideraban que se debería sedar a la mayoría de los pacientes pero que en la práctica clínica esto no era así, de hecho el 73 por ciento sedan menos del 50 por ciento de las gastroscopias y el 45 por ciento sedaban menos de la mitad de las colonoscopias; que el 20 por ciento de las Unidades no contaban con pulsioxímetro; que sólomente el 42 por ciento disponía de monitorización de electrocardiograma; que sólomente el 45 por ciento dispone de una sala de recuperación y que el 35 por ciento desearían tener de forma permanente un anestesista en la Unidad”.



Joaquín Ortiz



Jacobo Quintán



Ramírez Armengol



López Timoneda



López Rosés



Gonzalo Herranz



Jaime Canet



Ricardo De Lorenzo



Mesa de la Sesión de Consenso sobre Sedación en Endoscopia Digestiva.

Propuestas

Por su parte, el doctor Jaime Canet habló sobre los resultados de la encuesta que la Sociedad Catalana de Anestesiología llevó a cabo en 2003 sobre la actividad anestesiológica.

Según señaló el doctor Canet, de todas las anestesiología que se hicieron en Cataluña, el 7'3 por ciento fueron para endoscopia digestiva, con presencia de anestesiólogo. *"Hemos estimado que, con anestesiista, se hicieron más de 44.000 procedimientos endoscópicos en Cataluña y según la Sociedad Catalana de Endoscopia, en el mismo periodo se hicieron unas 120.000 en total, por lo que podemos calcular que la tasa de cobertura en Cataluña de endoscopias con presencia de anestesiólogo es del 37 por ciento"*.

Como conclusiones el doctor Canet destacó que hay una gran demanda social de sedación o anestesia en los procedimientos endoscópicos, que en Cataluña hay una gran actividad anestésica; que habrá que revisar la manera de evaluar a los pacientes; que las técnicas de sedación y anestesia son variables en función de la técnica y cambiantes con el tiempo lo que condiciona a quien lo debe administrar; que en general se habla de una población de riesgo con una proporción importante de pacientes añosos y con Asas elevados, especialmente para las colangiografías; que hay un gran número de pacientes ambulatorios y que el lugar de realización es muy variado.

Sobre cual sería el consenso cuando no hay un anestesiista en la sala de endoscopia, este especialista señala que *"Hay un consenso general según las recomendaciones de las diferentes Sociedades, que se pueden resumir en que se deberían utilizar fármacos preferentemente con poca depresión respiratoria, que se disponga de personal formado que controle directamente al paciente, que se disponga de la monitorización adecuada y que haya una disponibilidad de equipamiento de reanimación y un personal entrenado. Las propuestas incluirían: la elaboración por escrito de unas recomendaciones consensuadas entre las dos Sociedades, que en aquellos sitios donde no se pueda llegar a una cobertura total se establezcan unos protocolos locales de acuerdo entre los dos Servicios y que se trabajara*

más en equipo; e influir en la Administración para dotar a las Unidades de Endoscopia adecuadamente ante la demanda social".

Observaciones

A continuación tomaron la palabra los doctores Juan Andrés Ramírez Armengol y Francisco López Timoneda, para hacer algunas puntualizaciones sobre el editorial que motivó la controversia así como para aportar su grano de arena a la hora de llegar a un consenso.

El doctor Ramírez Armengol señaló que *"Yo puedo estar equivocado, inclusive me equivoco en alguna terminología excesivamente agresiva, como el empleo que hice de la palabra "intrusismo" que pido la borren de su mente. Lo que no estoy es confuso. Al doctor López Timoneda tengo que pedirle perdón públicamente por el lío en el que le he metido. El responsable principal soy yo, que estoy luchando desde hace tiempo por optimizar las Unidades de Endoscopia, aunque a título personal soy un privilegiado y, después de muchos años, puedo contar con cuatro anestesiistas por la mañana y dos por la tarde sin significar ello que yo sea mejor o peor que nadie."*

Los enfermos demandan una calidad en la asistencia y el trato y no quieren tener dolor, lo que obliga a realizar un mayor número de sedaciones

ARMENGOL MIRÓ

Lo único que deseamos es trabajar sin la espada de Damocles, y en este sentido se han incorporado dos bazas muy importantes: el consentimiento informado y los derechos del paciente a ser informado.

Lo único que pido es que aquellos que se hayan sentido aludidos, no discuto su competencia, sepan que mi intención era alertar de lo que es estar sentado en un banquillo y de que la vía civil puede hacer pagar a la Institución correspondiente una gran cantidad de dinero lo que, de alguna manera, se vuelve contra uno. Perdón a todos aquellos que se hayan sentido ofendidos, mi intención no era esa, sino poder llegar a alcanzar un consenso".

Por su parte, el doctor López Timoneda afirmó que *"éste es uno de esos instantes especiales para nuestras dos especialidades. No es que yo me retracte de todo lo que he escrito, pues es una verdad como la copa de un pino. Sin embargo, retiro la palabra "intrusismo", que me parece no tiene lugar en este contexto.*

En el artículo hay una serie de observaciones que no son mías, aunque si las comparto, pues son aspectos avalados por los subcomités de estudios de la Unión Europea de Médicos Especialistas, en los que se advierte de los posibles riesgos que se derivan de la práctica de la sedación. Y advierten también del problema que se vive no sólo en España sino en toda Europa, de la falta de anestesiólogos. Por eso decía que no debería hacer nadie una exploración o cualquier tipo de técnica quirúrgica con sedación si no está capacitado y tiene todos los medios necesarios a su alcance para el tratamiento de las posibles complicaciones que pueden presentarse. También se exige una monitorización adecuada, por ejemplo, ya que en un procedimiento de sedación, donde existen escalas de valoración y monitorización de la consciencia estamos en un límite donde podemos pasar de tener al paciente somnoliento pero que responde a estímulos a un estado de anestesia con depresión de las funciones vitales; es un hilito muy pequeño que, a veces, se rompe.

Mi intención en dicho artículo no era otra que advertir a todos los compañeros de los posibles riesgos de la práctica de la sedación. Por otra parte, el artículo está firmando no como presidente de una Sociedad Científica, sino como catedrático y jefe de Servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital Clínico, donde

habitualmente venimos realizando las exploraciones diagnósticas y terapéuticas en el Servicio de Endoscopias, bajo sedación.

Lo que todos pretendemos, en definitiva, es un hospital sin dolor".

Facultación

El Magistrado Jacobo Quintán, que tomó la palabra a continuación, manifestó su satisfacción por el hecho de *"se publicara el artículo de la discordia, porque los miedos y los fantasmas hay que sacarlos fuera y más vale prevenir que lamentar. Estoy de acuerdo en muchas cosas, fundamentalmente en el cumplimiento del consentimiento informado"*.

Por otro lado, destacó que, en España, no se exige la presencia del especialista en Anestesia *"aunque si está, evidentemente, es muchísimo mejor. Lo bueno no es enemigo de lo mejor, pero tengan en cuenta que el médico está facultado para todo, no existe otro título más que el de médico, y así lo establece tanto la Ley del 55 y su preámbulo como, con posterioridad, todas las disposiciones legales al respecto"*. Asimismo, hizo hincapié en que las especialidades son absoluta e innegablemente necesarias y cada día lo serán más, *"pero porque un endoscopista haga anestesia no hay posibilidad de persecución por la vía penal ni es intrusismo. Si se puede incurrir en delito de lesiones por imprudencia, pero ahí se puede incurrir sean otorrinos, sean oftalmólogos o endoscopistas. No se sancionan los resultados sino los medios; no se sanciona al que se equivoca sino al que emite un diagnóstico incorrecto por no emplear los medios adecuados."*

Quiero incidir en que no trabajen ustedes con miedo. No hay nada que asuste más a un paciente que ver a un médico al que le tiembla el pulso. Actúen ustedes con tranquilidad y si tienen ustedes la prudencia de no meterse en aquello que, por ser muy específico, no merece que se arriesguen, fenomenal. Llamen ustedes al especialista cuando se trate de una intervención complicada en la que ustedes juzguen la necesidad de contar con él".



Armengol Miró conversa con Ramírez Armengol durante un descanso del Curso de Postgrado de Endoscopia, ¿se logrará el consenso?

LA SEDACIÓN EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Densidad ética

El profesor Gonzalo Herranz destacó la importancia de tratar en profundidad un tema sumamente interesante y de una densidad ética especial.

“La sedación y la anestesia tienen un carácter absolutamente singular dentro de la Medicina ya que obligan a una ética muy especial, muy vigilante y muy dedicada. Al dejar sin sensibilidad, sin reflejos y sin conciencia a un paciente, el médico asume la responsabilidad de ser, a la vez, los sentidos, la conciencia, la reactividad y la vigilancia y el control de toda la monitorización para prestar, en este sentido, un servicio cualificado. Por eso precisa toda la necesaria monitorización para prestar un servicio suplente y de calidad al paciente anestesiado. Precisamente por esto, nuestro tema tiene una densidad ética especial” - subrayó-.

Entrando ya en las preguntas planteadas en el título de esta sesión, el profesor afirmó que la sedación *“ha de practicarla, desde el punto de vista de la ética y la deontología médica general, la persona que sea competente para ello. Con una competencia de hecho, no teórica, no de mero título. El título no basta: soy catedrático de Anatomía Patológica pero hace 20 años la dejé para dedicarme a la ética médica; sería “indecente” que yo tratara de hacer anatomía patológica por muchos que fueran los títulos que hubiera obtenido. La competencia no se alcanza por autoatribución, sino por la capacidad demostrable de que uno domina las técnicas, sabe hacerlas y las aplica con acierto y buen juicio.*

La sedación y la anestesia tienen un carácter absolutamente singular dentro de la Medicina ya que obligan a una ética muy especial, muy vigilante y muy dedicada

GONZALO HERRANZ

Los actos médicos exigen competencia, esto es, la capacidad de seleccionar las técnicas más apropiadas y adecuadas al paciente singular, y de trazar la estrategia adecuada para la prevención de riesgos y determinar los criterios y niveles de cuidados que los pacientes individualmente puedan necesitar”.

“Así pues ¿Quién puede hacer la sedación para la endoscopia? - comentó a continuación- Evidentemente aquel a quien el paciente ha otorgado, libre y seriamente, el consentimiento informado para la intervención. Es importante que en la información al paciente se hayan incluido las diferentes opciones de tratamiento, incluida la de no sedar. Pero es obligado informar también de la posesión o no del título de especialista en anestesiología. Como indica una Declaración de la Comisión Central de Deontología sobre

las fronteras internas del ejercicio de la medicina, es necesario y también decisivo que “el médico, que sin poseer el título de una especialidad proyecta realizar una intervención que puede considerarse típica de dicha especialidad, está obligado a considerar si posee realmente la competencia para hacerla y está dispuesto a asumir la plena responsabilidad por las consecuencias de su actuación. Está obligado a comunicar tal extremo a su paciente pues tal circunstancia forma parte de la información que le es a éste debida. Está obligado ante su Colegio y, eventualmente, ante los Tribunales Superiores de Justicia, a dar una justificación razonable de su decisión y a demostrar con pruebas convincentes que posee la competencia debida para ejecutarla, ni más ni menos que la que se le exige a un médico competente”.

Los límites de las especialidades, según señaló Gonzalo Herranz, son borrosos. Cuando se examina la historia de la Medicina, se vé que durante el larguísimo periodo anatómico-clínico se crearon las especialidades por aparatos y sistemas. *“Pero más tarde aparecen especialidades basadas en la fisiopatología general (Inmunología, Oncología médica), en la edad de los pacientes (Geriatría, Pediatría). No es posible crear criterios homogéneos que establezcan fronteras nítidas. La capacidad de actuación debe confiarse de modo fundamental a la competencia. Cuando para atender a un paciente es un problema para el que carece de la necesaria competencia, el médico deberá recurrir, a tenor del artículo 21-2 del Código de Ética y Deontología Médica, a un compañero competente en la materia.*

La Comisión Central estimaba, insisto, que, desde de el punto de vista ético, el criterio decisivo para el ejercicio profesional responsable es la posesión de la competencia debida para realizar la correspondiente intervención médica”.

Así, el procedimiento habitual para adquirir competencia específica es la formación postgraduada en la correspondiente especialidad y la formación continuada. Parece que pronto será necesaria además la recertificación periódica. Si el médico no sobrepasa los límites de su competencia, no tendrá problemas si une al buen juicio y a la habilidad técnica, un buen trato humano, afirmó este experto.

“Quiero terminar con la idea de que nunca un médico debe sobrepasar los límites de su capacidad sin contar con la ayuda inmediata de un colega competente disponible. El médico debe gozar de libertad de prescripción, de una libertad que es imprescindible para que pueda prestar, sin interferencias, el mejor servicio al paciente; pero ha de poseer igualmente un fuerte sentido de la responsabilidad que le lleve a reconocer y aceptar las consecuencias de sus actos libres. Yo creo que uno de los aspectos más preciosos del sentido de la profesionalidad es hoy el reconocimiento lúcido de los límites de la propia capacidad, de la propia competencia porque en eso se unen dos valores máximos: la sabiduría y la libertad.

Estoy muy contento por que veo que un episodio como el que aquí tratamos, que podía haber generado una tormenta verbal y un daño a la confraternidad, se haya resuelto felizmente, en la concordia y el consenso”.

Responsabilidad

“Cuando me dieron a mi el trabajo suscrito por los doctores Ramírez Armengol y López Timoneda - comentó por su parte Ricardo De Lorenzo - yo les dije que, desde un punto de vista jurídico, era absolutamente impecable. Ahora bien, yo retiraría - y así lo dije y así han hecho hoy los propios autores- el término “intrusismo”. Ahora bien, también digo que no hay que desvirtuar lo que es el título de especialista. Existe una vigencia del Decreto del año 84, existe una Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y existen dos Directivas Europeas, y en concreto la 86/457 y la 93/16 que exige la titulación de médico especialista para ejercer las correspondientes especialidades. Estas Directivas tienen primacía sobre nuestra normativa”.

El presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario manifestó compartir con el doctor Herranz la idea de que desde el punto de vista ético el criterio es la competencia profesional. *“Por otro lado, estaríamos obligados a decir al paciente que se carece del título de especialista pero que se tiene la competencia debida para practicar esa sedación. Desde un punto de vista posterior, eso debería constar, no en el documento de consentimiento informado sino en la historia clínica”.*



“La Ley de Especialidades Médicas de 1955 proclama que el título de licenciado en Medicina habilita para la total práctica profesional de la medicina”

Joaquín Ortiz

Presidente de la Sala 5ª del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña



“Porque un endoscopista haga anestesia no hay posibilidad de persecución por la vía penal ni es intrusismo”

Jacobo Quintán

Magistrado especializado en Medicina Legal y Seguridad Social



Miembros de la Sociedad Española de Endoscopia Digestiva, Sociedad Española de Anestesia, Sociedad Española de Derecho Sanitario y magistrados en la reunión previa a la Sesión de Consenso

Guías de práctica clínica

Retomó de nuevo la palabra el doctor López Rosés quien incidió, basándose en distintos trabajos publicados en la literatura mundial, en el hecho de que, cada vez con más frecuencia, se emplea la sedación en endoscopia tanto por la creciente complejidad de los procedimientos como por la demanda de los pacientes; y en que la mayor parte de las endoscopias se pueden llevar a cabo, y de hecho así se hace, en perfectas condiciones de seguridad y de eficacia, por endoscopistas.

Por otra parte, este especialista, con respecto a las guías de práctica clínica, señaló que *“instituciones tan prestigiosas como la Asociación Americana de Anestesiólogos o la ASGE han publicado unas recomendaciones, prácticamente coincidentes, para sedación y analgesia por no anestesiólogos. La Asociación Americana de Endoscopia señala que es imprescindible contar con un anestesiólogo cuando el procedimiento endoscópico deba realizarse con sedación profunda y concurren factores de riesgo como pacientes con comorbilidad, hepatopatías, broncopatías, cardiopatías, o cuando se prevea una dificultad potencial para intubar al paciente. Una traducción literal de las guías de los endoscopistas americanos señala que la asistencia rutinaria de un anestesiólogo en los casos de riesgo medio, que son la inmensa mayoría, durante endoscopias altas o bajas no es necesario y resulta prohibitiva en cuanto al coste”*.

Este especialista subrayó que resultaría imprescindible una formación que incluyera el aprendizaje, de la mano de los anestesiólogos, de técnicas de sedación, analgesia y monitorización; contar con guías de sedación y analgesia creadas conjuntamente por endoscopistas y anestesiólogos; contar con protocolos en los que se delimitaran claramente las condiciones del personal que se dedica a la sedación; saber de qué medios se debe disponer y cuándo se debe acudir al anestesiólogo.

“Esto nos parece que es la fórmula asistencial que tiene una relación coste-beneficio más apropiada y que, en principio, el concurso de los anestesiólogos en determinadas Unidades de Endoscopia no debería emplearse para todas las endoscopias sino solamente para aquellos casos de alto riesgo o en la exploraciones de mayor complejidad. En definitiva, se trata de que las cosas las haga quien las sepa hacer bien”.

Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias

Joaquín Ortiz inició su intervención manifestando su voluntad de transmitir al auditorio tranquilidad en la polémica suscitada. *“La Ley de Especialidades Médicas de 1955, que proclama que el título de Licenciado en Medicina habilita para la total práctica profesional de la Medicina, fue desarrollada en cuanto a la obtención de títulos de especialidades por el Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, que al establecer en su artículo 1º, entre otros extremos, que el título de médico especialista era obligatorio “para ejercer la profesión con este carácter”, dio lugar a variadas interpretaciones jurisprudenciales en una doble vertiente, una en el ámbito administrativo sobre su cobertura jurídica, otra en el penal con condenas a médicos por el delito de intrusismo.*

Con posterioridad el Tribunal Supremo en una importante sentencia de 1 de abril de 2003, que absuelve a un médico del delito de intrusismo, razona que la única profesión colegiada es la de médico, y no la de especialista, salvando el caso de la odontología que constituye un supuesto específico con regulación legal, que la obligatoriedad que establece el Real Decreto citado no tiene sanción penal pues la norma carece del rango de ley necesario para complementar en esta materia la norma penal en blanco, y que sería necesario que en la ley reguladora de la profesión de especialista se estableciera la exclusividad o exclusión de otros médicos del ámbito profesional de la especialidad, y que en

la misma o en sus normas de desarrollo, se definiesen con precisión el elenco de actos propios de cada profesión especializada”.

La Asociación Americana de Endoscopia señala que es imprescindible contar con un anestesiólogo cuando el procedimiento endoscópico deba realizarse con sedación profunda y concurren factores de riesgo como pacientes con comorbilidad, hepatopatías, broncopatías, cardiopatías, o cuando se prevea una dificultad potencial para intubar al paciente

LÓPEZ ROSÉS

Esta ausencia de responsabilidad penal no debe hacer olvidar, según señaló este experto, la existencia de infracciones administrativas en las que pueden incurrir los médicos en el ejercicio de la profesión que son susceptibles de ser sancionadas por la Administración y dar lugar, en su caso, a responsabilidades civiles.

“En la actualidad - observó Joaquín Ortiz- urge que se desarrolle la Ley de Ordenación de las profesiones sanitarias de 21 de noviembre de 2003.

Es preciso que todos colaboremos, especialmente que las Sociedades médicas aquí representadas lleguen a acuerdos que beneficiaran al paciente y a la profesión médica. Y es muy importante la intervención de la Administración, ya que el ejercicio de una profesión requiere una norma con rango de ley. El preámbulo de la citada ley ya pone de manifiesto la necesidad de resolver, con pactos interprofesionales previos a cualquier normativa reguladora, la cuestión de los ámbitos competenciales de las profesiones sanitarias manteniendo la voluntad de reconocer simultáneamente los crecientes espacios competenciales compartidos interprofesionalmente y los muy relevantes espacios específicos de cada profesión. Por tanto, o se ponen de acuerdo las Sociedades médicas para concretar los ámbitos competenciales y se somete a la Administración para su aprobación y tramitación como proyecto de ley, o si no poco avanzaremos en el deseo de que todos desarrollemos nuestro trabajo dentro de las competencias que nos son propias”.

José Ramón Armengol reiteró, al finalizar las exposiciones, sus palabras iniciales manifestando su impresión de que *“después de esta sesión creo que hemos logrado el objetivo marcado al inicio de que todo el mundo pueda hacer lo que ha venido haciendo desde hace 20 años, 15 años o el año pasado y lo pueda seguir haciendo igual mañana y en un futuro; -y añadió- verdaderamente podemos llegar a la conclusión de que hemos avanzado mucho, hemos desactivado la bomba... A partir de este momento, les digo que a través de una iniciativa de la Fundación Española de Endoscopia Digestiva y conjuntamente con el presidente de la SEED, hemos constituido una Comisión con todos los miembros que estamos aquí, la cual se va a reunir las veces que haga falta, para apoyar a la endoscopia a través de los endoscopistas”*. ■