

**PROPUESTA DE ACTUALIZACION DEL
CODIGO DE ETICA Y DEONTOLOGIA
MEDICA (1999) DE LA ORGANIZACIÓN
MEDICA COLEGIAL DE ESPAÑA**

TESIS DOCTORAL

Eliseo Collazo Chao

Director: Eloy Girela López
Departamento de Farmacología, Toxicología, Medicina Legal y Forense
Universidad de Córdoba

Facultad de Medicina
Año 2009

TITULO: *Propuesta de actualización del código de ética y deontología médica (1999) de la organización médica colegial de España*

AUTOR: *ELISEO COLLAZO CHAO*

© Edita: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba. 2009
Campus de Rabanales
Ctra. Nacional IV, Km. 396
14071 Córdoba

www.uco.es/publicaciones
publicaciones@uco.es

ISBN-13: 978-84-7801-987-8
D.L.: CO 1288-2009



Cátedra de Medicina Legal
Facultad de Medicina
Universidad de Córdoba
Avda. Menéndez Pidal s/n
14071 Córdoba – Spain

Tfno/fax: 957 - 21 82 79
e-mail: ftgilpe@uco.es

ELOY GIRELA LÓPEZ, doctor en Medicina y Cirugía, y Profesor Titular de Medicina Legal y Forense de la Universidad de Córdoba

CERTIFICA:Que las investigaciones que se exponen en el estudio: "PROPUESTA DE ACTUALIZACION DEL CODIGO DE ETICA Y DEONTOLOGIA MEDICA (1999) DE LA ORGANIZACIÓN MEDICA COLEGIAL DE ESPAÑA", presentado por el licenciado en Medicina y Cirugía ELISEO COLLAZO CHAO, han sido realizadas bajo mi dirección, reflejando fielmente los resultados obtenidos.

Tras haber revisado esta Memoria de Tesis Doctoral, la encuentro conforme para ser presentada y defendida en sesión pública ante el Tribunal que en su día se designe.

Lo que firmo en Córdoba, a diecinueve de Marzo de 2009.

Fdo. Prof. Dr. Eloy Girela López

*A mis padres
y a todos aquellos que,
con buena voluntad,
buscan la verdad y
se esfuerzan por ayudar a los demás.*

Agradecimientos

- A María Martínez Paredes, sin cuyo impulso inicial no se habría realizado este trabajo, por estar siempre con la mejor disposición para resolver cualquier problema.
- A Eloy Girela López, por aportarme todo su entusiasmo y amistad como director de esta tesis.
- A mis compañeros de la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico, de los que tanto he aprendido durante estos años.
- A los miembros de la Comisión de Ética y Deontología Médica del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Córdoba, compañeros en el difícil arte de defender la profesión y defender a los pacientes.
- A José Carlos Gómez Villamandos, que hizo posible sortear obstáculos que parecían infranqueables.
- A todos los que me han ayudado y he olvidado citar.

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	13
II.	OBJETIVOS	21
III.	MATERIAL Y METODO	25
III.1.	Identificación de conflictos éticos	28
III.1.1.	Actas de la Comisión de Ética y Deontología Médica	28
III.1.2.	Actas de la Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado	28
III.1.3.	Encuesta a los médicos colegiados de la provincia de Córdoba	28
III.1.3.a.	Ficha técnica general de la encuesta	28
III.2.	Documentos de la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico	29
III.3.	Deontología comparada	29
IV.	RESULTADOS	31
IV.1.	Actas de la Comisión de Ética y Deontología Médica	33
IV.1.1.	Período 2002-04	33
IV.1.2.	Período 2005-07	34
IV.1.3.	Publicaciones sobre temas deontológicos	35
IV.2.	Encuesta	35
IV.2.1.	Aspectos generales	35
IV.2.2.	Conflictos éticos reportados	36
IV.2.3.	Actitudes de los médicos colegiados ante el Código de Ética y Deontología Médica	37
IV.3.	Actas de la Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado	38
IV.3.1.	Declaraciones	38
IV.3.2.	Informes sobre casos generales	39
IV.3.3.	Informes sobre casos particulares	40
IV.4.	Deontología comparada	40
IV.4.1.	Patrones europeos	40
IV.4.2.	Prototipo anglosajón	41
IV.4.3.	Prototipo español	42
IV.4.4.	Otros	42
IV.5.	Estudio de los Capítulos y Artículos del Código de Ética y Deontología Médica	43
	CAPÍTULO I. DEFINICIÓN Y ÁMBITO DE APLICACIÓN	43
	CAPÍTULO II. PRINCIPIOS GENERALES	44
	CAPÍTULO III. RELACIONES DEL MEDICO CON SUS PACIENTES	45
	CAPÍTULO IV. SECRETO PROFESIONAL DEL MÉDICO	56
	CAPÍTULO V. CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA	61
	CAPÍTULO VI. DE LA REPRODUCCIÓN HUMANA	74
	CAPÍTULO VII. DE LA MUERTE	78
	CAPÍTULO VIII. DEL TRASPLANTE DE ÓRGANOS	79
	CAPÍTULO IX. EXPERIMENTACIÓN MÉDICA SOBRE LA	

PERSONA	80
CAPITULO X. DE LA TORTURA Y VEJACIÓN DE LA PERSONA	82
CAPITULO XI. RELACIONES DE LOS MÉDICOS ENTRE SI Y CON OTROS PROFESIONALES SANITARIOS	82
CAPITULO XII. RELACIONES CON LA CORPORACIÓN MÉDICA COLEGIAL	88
CAPÍTULO XIII. EL TRABAJO EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS	91
CAPÍTULO XIV. DE LA PUBLICIDAD MÉDICA	92
CAPÍTULO XV. DE LAS PUBLICACIONES PROFESIONALES	94
CAPÍTULO XVI. DE LOS HONORARIOS	94
CAPÍTULO XVII. MÉDICOS PERITOS Y FUNCIONARIOS	98
IV.6. Temas y asuntos no contemplados en el Código de 1999	102
IV.6.1. sobre las asociaciones profesionales	102
IV.6.2. sobre drogadicción	102
IV.6.3. sobre la segunda opinión	102
IV.6.4. sobre prevención de la enfermedad	104
IV.6.5. sobre el llamado error médico	104
IV.6.6. sobre la esterilización	105
IV.6.7. sobre la anticoncepción postcoital	106
IV.6.8. sobre la reproducción asistida	106
IV.6.9. sobre cuidados paliativos	107
IV.6.10. sobre el trasplante facial	109
IV.6.11. sobre publicación de la investigación médica	109
IV.6.12. sobre la investigación y utilización terapéutica de embriones humanos	109
IV.6.13. sobre la gestión clínica y las relaciones con las compañías de seguro sanitario	110
IV.6.14. sobre el trato con pacientes en circunstancias especiales	110
IV.6.15. sobre los test genéticos	110
IV.6.16. sobre el dopaje deportivo	112
IV.6.17. sobre el médico docente	113
V. DISCUSIÓN	117
V.1. Encuesta	120
V.1.1. Aspectos generales	120
V.1.2. Conflictos éticos reportados	120
V.1.3. Actitudes de los médicos colegiados ante el Código de Ética y Deontología Médica	120
V.2. Estudio de los Capítulos y Artículos del Código de Ética y Deontología Médica	122
CAPÍTULO I. DEFINICIÓN Y ÁMBITO DE APLICACIÓN	122
CAPÍTULO II. PRINCIPIOS GENERALES	123
CAPÍTULO III. RELACIONES DEL MEDICO CON SUS PACIENTES	125
CAPÍTULO IV. SECRETO PROFESIONAL DEL MÉDICO	130
CAPÍTULO V. CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA	133
CAPÍTULO VI. DE LA REPRODUCCIÓN HUMANA	143
CAPÍTULO VII. DE LA MUERTE	147
CAPÍTULO VIII. DEL TRASPLANTE DE ÓRGANOS	148
CAPÍTULO IX. EXPERIMENTACIÓN MÉDICA SOBRE LA	

PERSONA	148
CAPÍTULO XI. RELACIONES DE LOS MÉDICOS ENTRE SI Y CON OTROS PROFESIONALES SANITARIOS	150
CAPÍTULO XII. RELACIONES CON LA CORPORACIÓN MÉDICA COLEGIAL	154
CAPÍTULO XIII. EL TRABAJO EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS	156
CAPÍTULO XIV. DE LA PUBLICIDAD MÉDICA	158
CAPÍTULO XVI. DE LOS HONORARIOS	160
CAPÍTULO XVII. MÉDICOS PERITOS Y FUNCIONARIOS	160
V.3. Propuesta de nuevos Capítulos, Artículos y Apartados	161
V.3.1. sobre las asociaciones profesionales	161
V.3.2. sobre drogadicción	161
V.3.3. sobre la segunda opinión médica	162
V.3.4. sobre prevención de la enfermedad	162
V.3.5. sobre el llamado error médico	164
V.3.6. sobre la esterilización	165
V.3.7. sobre la anticoncepción postcoital	166
V.3.8. sobre la reproducción asistida	168
V.3.9. sobre cuidados paliativos	169
V.3.10. sobre el trasplante facial	169
V.3.11. sobre publicación de la investigación médica	170
V.3.12. sobre la investigación y utilización terapéutica de embriones humanos	171
V.3.13. sobre la gestión clínica y las relaciones con las compañías de seguro sanitario	172
V.3.14. sobre el trato con pacientes en circunstancias especiales	173
V.3.15. sobre los test genéticos	174
V.3.16. sobre el dopaje deportivo	175
V.3.17. sobre el médico docente	176
V.4. Modelo final con las modificaciones propuestas	177
VI. CONCLUSIONES	201
VII. BIBLIOGRAFÍA	203
VIII. ANEXOS	213
VIII.1.a. Encuesta específica	215
VIII.1.b. Resultados de la encuesta	222
VIII.2. Resúmenes de las memorias anuales de la Comisión de Ética y Deontología del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Córdoba	238
VIII.3. Declaraciones e Informes de la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico sobre temas generales durante el período 2000-2008	241
VIII.4. Informes de la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico acerca de casos particulares relevantes	275

I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La normativa ética es natural en el sentido de que es propia del ser humano, le obliga en conciencia y surge de su carácter racional y libre. Son leyes que rigen el actuar del llamado "agere" profesional de manera no determinista, y que el hombre puede conculcar: seguirlas o no. Pero no por ello son menos profundas o menos ancladas en el ser.

La Medicina es una profesión que ha dispuesto desde siempre de unas normas éticas consustanciales a su ejercicio que, aunque con unos principios básicos totalmente vigentes, han tenido que irse desarrollando, adaptando y actualizando con el paso de los años.

El ejercicio de las profesiones exige dos requisitos imprescindibles: unos conocimientos expertos y una ética específica (Sokolowski R, 1991)¹. El concepto de *profesionalidad* (Gracia D, 2006)² o *excelencia* (Royal College of Physicians, 2005)³ *médica* incluye cuatro componentes fundamentales:

1. Conocimiento especializado, o sea erudición y sabiduría en la Medicina como ciencia.
2. Autonomía en la toma de decisiones, que, en el caso específico de la Medicina, constituye la esencia del acto médico.
3. Compromiso de servicio a la sociedad, en el contexto ético, moral y deontológico de la Medicina.
4. Autorregulación, que diferencia a las profesiones de los oficios.

En el caso de la profesión médica en España, esta normativa se plasma en el Código de Ética y Deontología Médica⁴ de la Organización Médica Colegial.

La Deontología se refiere a las reglas y normas que regulan el ejercicio de la profesión. En el caso de los médicos se refiere a la relación entre un médico con sus enfermos, con la sociedad y con sus colegas. Estas normas no se discuten, deben respetarse en el ejercicio, y la falta de acatamiento se sanciona, ya que estas normas constituyen la garantía básica para ejercer la profesión (Gisbert Calabuig-Villanueva Cañadas, 2004)⁵.

La Ética va más allá de la Deontología y se ocupa de aspectos en los que ésta fracasa para dar las respuestas necesarias y es discutible ya que juega un papel fundamental la conciencia de cada uno, la experiencia, el instinto, la formación moral, el sentido de las cosas bien hechas, el sentido de lo que se puede y de lo que se debe. Son aspectos estrictamente personales, difieren de profesional a profesional ya que admite tantas visiones diferentes como personas diferentes existen. Pueden ser propuestas mediante códigos que se podrán aceptar o no (Códigos de Ética) pero no impuestas como normas o reglas.

La Ética médica y la Bioética, aunque con numerosas coincidencias, son dos cosas distintas. La Deontología médica fundamentalmente es una Ética hecha por médicos y para los médicos, cuyos principios tienen carácter impositivo para la profesión médica. La Bioética es una ética multidisciplinar, aplicada al ámbito de las Ciencias de la Salud, que pretende llegar a otras muchas profesiones, algunas relacionadas con la salud, pero también con otras que no lo están. Se trata por tanto de una ética extramédica que intenta abordar los grandes problemas mundiales, que interesa a la sociedad entera y que propone teorías sobre la conciencia moral, con decisiones que deben ser tomadas personal e individualmente en cada caso ya que no tienen carácter de preceptos impositivos. Por lo tanto, a diferencia de la Deontología Médica, la Bioética no responde de la aplicación de las ideas que recomienda, dejando que sea la conciencia del individuo la que decida en cada momento.

Algunos autores (Cruceiro-Vidal,2008)¹²¹ opinan que la bioética es la aplicación a la relación clínica de una ética civil y social resultante del consenso deliberativo de todos los ciudadanos mediante las reglas propias del sistema democrático. Pero algo no es bueno o malo por consenso, sino por naturaleza o por intención. Una mala atención clínica lo es, objetivamente, aquí y en las antípodas, independientemente del consenso y de las implicaciones culturales y religiosas. En consecuencia, lo que debe enseñarse en las facultades de medicina es, fundamentalmente, ética y deontología médicas, o sea, la aplicación al terreno de la asistencia sanitaria de los principios filosóficos relativos al comportamiento humano. La enseñanza de aspectos de la bioética pueden ser útil como complemento, pero no como fundamento, especialmente si se tiene en cuenta que cada vez son más contestados sus clásicos cuatro principios básicos, básicamente por su incapacidad para resolver los auténticos conflictos médicos.

La Ética médica se centra especialmente en la relación médico-paciente y médico-médico. La Bioética se centra en la investigación y en el progreso biomédico. La Bioética surge de la Ética médica y supone un intento de conseguir un enfoque secular, interdisciplinario, prospectivo, global y sistemático de todas las cuestiones éticas que conciernen a la investigación sobre el ser humano y en especial a la Biología y la Medicina.

Desde su origen en Hipócrates, ciencia médica y ética médica han caminado siempre juntas. Y esa sabiduría práctica fue plasmada a lo largo del tiempo en juramentos y códigos que contenían consejos, aforismos y normas de la ética clínica. El comportamiento ético podría devenir de las palabras de Confucio: “No hagas a otro lo que no quieras que te hagan a ti”. En el evangelio según San Lucas (Lc 6,31), se lee: “Haz con tu prójimo lo mismo que quieras que te hagan a ti”. El prójimo puede ser el mas próximo o, en determinado momento, el compañero de trabajo, el colega o bien el paciente que en este momento está siendo tratado. Confucio decía “no hagas”, Jesucristo dice “haz”. El primer concepto es defensivo, pasivo y hasta egoísta, el segundo toma la iniciativa de hacer para el otro lo que quisiera para mí y por mi propio bien. De esto se podría inferir que el concepto de ética medica no es otra cosa que preguntarse ¿Estoy haciendo con mi paciente lo mismo que me gustaría que hicieran conmigo?

Las primeras formulaciones modernas de la Deontología han sido el resultado de comprobar qué normas ayudaban más a resolver las complejas relaciones de los médicos con sus enfermos y entre ellos mismos, qué requisitos de conocimiento, competencia y rectitud deberían reunir los colegas. En nuestros días, la Deontología presenta tres dimensiones: individual, corporativa, y pública.

En primer lugar, al médico se le presentan en la práctica habitual, de modo reiterado, cuestiones morales, que requieren respuestas rápidas y prudentes congruentes con un comportamiento intachable. En este sentido, el Código cumple la función de un vademécum que aconseja e inspira, en las condiciones ordinariamente agitadas del trabajo del médico, la pronta toma de decisiones con la garantía de que serán congruentes con el *ethos* profesional.

Las profesiones se regulan a sí mismas por diversos mecanismos de control; en contraste, los oficios son regulados desde fuera. La ética profesional no es una teoría general ni una ética sistemática sino una normativa especial, que establece preceptos y denegaciones, consejos y reprobaciones, que reflejan el consenso deontológico que la Corporación se impone a sí misma y que ha de regular la actividad de todos. Y esto nace de la esencial autorregulación de los Colegios Profesionales, porque los códigos son obra de unos

compromisarios elegidos de entre los miembros de la profesión, para que, lleguen a un acuerdo sobre como proponer los preceptos, recomendaciones y consejos que expresan las ideas centrales de la conducta corporativa, las precisas reglas del juego a que han de atenerse sus miembros. La Medicina ha establecido en el devenir de su historia una recia estructura autorregulatoria a través de códigos de ética, estándares de práctica profesional, comités de auditoria, acreditación y certificación por pares y tribunales de ética médica. El fortalecimiento de los mecanismos de autorregulación es garantía de idoneidad para la sociedad, y éstos nunca deben ser sustituidos por regulaciones emanadas de entes estatales o privados.

En una encuesta⁶ realizada en el año 2007 en el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Córdoba, el 64.1 % de los colegiados encuestados afirmaban que el ente al cual acudirían ante un problema de praxis médica es el Colegio Profesional, con el cual se sienten más identificados que con otras instituciones; ello da una idea de la importancia de que la deontología profesional se encuentre sólidamente asentada y sea coherente con la verdad y necesidades en cada época.

El Código de Ética y Deontología Médica no trata sólo de los deberes del médico hacia los pacientes, sino también de las obligaciones que la Corporación y cada uno de sus miembros tienen contraídas con la sociedad entera. Ésta quiere que sus miembros enfermos sean tratados por médicos competentes y rectos, es decir, médicos con ciencia, para curar o aliviar enfermedad; y con respeto, para tratar a las personas. Cuanto más avanza la sociedad, más necesaria y más rica de contenido se hace la deontología profesional, pues las nuevas circunstancias crean y amplifican conflictos de gran alcance y consecuencias, sobre los que la sociedad necesita que se fijen criterios éticos. El Código de Ética y Deontología Médica incrementa la función garantista del Estado sobre la calidad mínima de los servicios profesionales, pues los códigos establecen requisitos de competencia y calidad más exigentes que los mínimos impuestos por la ley. Nunca una ley podrá imponer, ni siquiera sugerir, la práctica asidua de ciertos valores, virtudes, actitudes y deberes que son esenciales a la práctica médica y que, sin embargo, tienen su sitio natural en el código deontológico.

Los Códigos requieren ser actualizados periódicamente, utilizando terminología moderna, para incorporar los aspectos éticos que surgen en debates públicos y profesionales. Deben tenerse en cuenta los cambios en las condiciones de trabajo y en los requerimientos sociales, incluso aquellos que surjan por desarrollos políticos y sociales en las sociedades; las demandas sobre las utilidades, el mejoramiento continuo de la calidad y la transparencia; la globalización de la economía mundial y la liberalización de los mercados internacionales; el desarrollo técnico y la introducción de la tecnología de la información, como un elemento integral de la producción y los servicios. Todos estos aspectos repercuten en el contexto que rodea a la práctica de la Medicina y por tanto influyen sobre las normas profesionales de conducta y sobre la ética de quienes la practican.

¿Cuáles son las carencias del vigente Código de Ética y Deontología Médica de 1999 teniendo en cuenta los cambios que se han producido en la Medicina y en la sociedad desde entonces? El tema es importante debido al desfase que existe actualmente entre la normativa deontológica y las nuevas y desafiantes situaciones que se encuentran los médicos en su labor diaria. La ausencia de indicaciones claras ocasiona incertidumbre en la actuación médica y, lo que es más problemático, errores en el ejercicio de su función (Meneses de Marín Gomes A, 2006)⁷. El médico moderno, en todas las culturas y sociedades confronta diversos fenómenos que inciden sobre su quehacer: la expansión de la tecnología y sus costos, los cambios en las

fuerzas del mercado, los problemas en el acceso y provisión de los servicios de salud, la globalización. Pero, sobre todo, los cambios en los sistemas de salud que amenazan la naturaleza y los valores de la profesionalidad o excelencia. En efecto, existe un sentimiento universal, tanto dentro como fuera de la profesión, relativo al nocivo impacto de la transformación corporativa de la atención de la salud que puede destruir la profesionalidad o excelencia de la Medicina.

Las Comisiones Deontológicas de los Colegios Oficiales de Médicos en cada provincia se esfuerzan por encontrar soluciones individualizadas a estas situaciones. La Comisión Central de Deontología y Derecho Médico de la Organización Médica Colegial de España es el órgano asesor de la Asamblea General de la Organización Médica Colegial en cuestiones de Ética y Deontología, y de ella han emanado durante estos años Declaraciones, Informes y Dictámenes sobre algunas materias deontológicas, sin que aún hayan sido plasmados como doctrina normativa en el Código de Ética y Deontología Médica. En una encuesta realizada, en el año 2006, por la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico a los Presidentes de Comisiones Deontológicas provinciales el 84.3% afirmó que consideraba “conveniente y necesario que se realizara una lista actualizada de faltas deontológicas para que fuera llevada a la Asamblea General para poner al día este aspecto tan importante de la función colegial”⁸.

En una reciente reunión de la Asamblea General de la Organización Médica Colegial⁹ se convino que “La evaluación de las actuaciones realizadas por las comisiones deontológicas a través de la Comisión Central de Deontología es necesaria, al igual que es imprescindible consolidar sistemas de información a los colegiados sobre la existencia y funciones de las citadas comisiones. El buen gobierno de las corporaciones colegiales y el comportamiento público de los médicos que las integran requiere de mecanismos de control y regulación”.

Teniendo en cuenta los asuntos de los que suelen ocuparse, para el eficaz funcionamiento de las comisiones deontológicas provinciales es necesaria la puesta al día del Código de Ética y Deontología Médica. Según una encuesta llevada a cabo recientemente¹⁰, en el período de un año el 83 % de las comisiones deontológicas abrieron informaciones reservadas, el 66 % emitieron dictámenes sobre expedientes disciplinarios, el 50 % emitió informes de diversos tipos, el 62 % recibió consultas (colegiados, junta directiva, ciudadanos, otras instituciones) y el 35 % emitió documentos con recomendaciones para los colegiados.

Es posible y viable responder a la pregunta “¿Cuáles son las carencias del vigente Código de Ética y Deontología Médica de 1999 teniendo en cuenta los cambios que se han producido en la Medicina y en la sociedad desde entonces?”, siendo necesario identificar los cambios producidos en la Medicina desde entonces, distinguir aquellos que han recibido respuesta deontológica por parte de la Organización Médica Colegial y estudiar y proponer soluciones para aquellos que permanecen sin ella (Ribeiro T, 1997; Downes T, 2003)^{11, 12}.

La Deontología es la ciencia que estudia los deberes del profesional (Artículo 1 del Código de Ética y Deontología Médica). Entronca con las virtudes humanas desde Aristóteles, sobre todo con las cardinales. El deber es una cuestión personal, pero el que los compañeros hagan bien o mal una cosa nos afecta a los demás. La ética es la base de la lucha contra la corrupción. No es superfluo recordar que no es una autoridad moral quien prescribe los comportamientos. Las normas deontológicas son establecidas por los profesionales mismos, sobre la base de aquello que favorece la profesión y aquello que la daña. La Deontología “no es un conjunto de preceptos elaborados por deducción a partir de los

principios de una Ética general o de un determinado sistema moral, y aplicado posteriormente a una profesión específica... Se trata más bien, de un conjunto de reglas tradicionales que indican cómo comportarse en cuanto miembros de un cuerpo social determinado; y el sentido de tales reglas, y de proveer a la convivencia o utilidad de tal cuerpo social, para que pueda conseguir mejor el fin que se propone” (Spinsanti S, 1988) ¹³.

¿Por qué todo aquello que esperamos de la Deontología, no lo podemos, con mayor ventaja, obtener de la Ética y del Derecho? (Oppes M, 2007)¹⁴ Mientras la Bioética (Muñoz Garrido R, 2000)¹⁵ considera los comportamientos interiores, las vivencias, las interiorizaciones del sujeto agente, la Deontología registra las repercusiones interpersonales del actuar humano y pide el respeto de las reglas de corrección. La necesidad de Deontología y de códigos deontológicos crece paralelamente con la progresiva disminución de una ética unánimemente compartida. Como manifiesta el profesor Muñoz Garrido “La ética tiene, como instancia única, la conciencia individual. La deontología se mueve en el campo de lo que es aprobado por un colectivo”. Bentham, en su *Deontology or the Science of Morality* (1834), definía la deontología como “la parte de nuestras acciones a la cual el derecho positivo, deja el campo libre”, evidenciando el diferente plano de competencia, pero dejando a la deontología un espacio residual. La Deontología no puede ser sustituida por el Derecho, por el simple hecho que este último no sería capaz de gestionar una relación médico-paciente. Por tanto, en esta perspectiva, “defender la autonomía de la deontología médica significa no sólo defender la autonomía de la profesión médica, sino indirectamente, defender el sistema jurídico y, más en general, el sistema social. Una Medicina, apartada de su dimensión deontológica, terminaría por subordinarse a la lógica del poder. Por lo tanto, la presencia de la Deontología garantiza la Medicina en su identidad epistemológica. Así, la Deontología no puede ser considerada como una dimensión accesoria de la Medicina, sino un elemento que la caracteriza constitutivamente (D’agostino F, 1988) ¹⁶.

Nos hallamos en una situación de cambio, que tardará años en definirse, como consecuencia de la promulgación de Leyes de Colegios Profesionales en las diferentes Comunidades Autónomas. Este procedimiento puede conducir a una fragmentación y diversificación de la Deontología médica, de forma que los Consejos Autonómicos de Colegios Médicos y sus Comisiones Deontológicas ejercerán las funciones que, hasta hace poco, estaban atribuidas exclusivamente al Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos y a la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico.

Esta tendencia es contraria la de otros países de nuestro entorno con larga experiencia de codificación autonómica, como son Suiza¹⁷ y la República Federal de Alemania¹⁸. Sus códigos de deontología establecen claramente que están destinados a todos los miembros de la Federación y a cada uno de los Länder, y han de servir como código de conducta para todo el conjunto del cuerpo médico y para evitar las complejidades derivadas de la existencia de códigos divergentes.

Es evidente que un Consejo Autonómico de Colegios de Médicos puede pensar que el Código de Ética y Deontología Médica estatal es demasiado amplio en algunos aspectos y que debe concretar más en algunos puntos especialmente sensibles en el ejercicio diario de los médicos del territorio de esa Autonomía, o que es necesario incluir alguna concreciones y nuevos artículos debido a las características del ejercicio de los médicos en esa zona., o que los médicos de esa Autonomía están bajando la guardia en algún aspecto deontológico concreto y que conviene recordárselo.

Resulta sumamente importante, por tanto, que la Deontología médica, en medio de estas tensiones, fije adecuadamente las demarcaciones entre la imperiosa unidad y la ansiada pluralidad en lo que respecta a la normativa sistematizada y al modo de aplicación del régimen disciplinario.

En su punto segundo, la Disposición final del Código de Ética y Deontología Médica (1999) asigna a la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico la iniciativa para la actualización del mismo, al tiempo que invita a todos los médicos colegiados, a los Colegios y a los Consejos Autonómicos a cooperar activamente en esa tarea, mediante la aportación de las oportunas propuestas. En virtud de esta invitación se ha proyectado este trabajo.

II. OBJETIVOS

II. OBJETIVOS

El proyecto afecta por igual a lo que ha de conservarse inmodificado de la edición actual, como a los puntos del texto establecido que han de modificarse o suprimirse y a las materias nuevas que han de introducirse.

1. Identificar aquellos conflictos actuales de índole médica, más habituales, con repercusión deontológica, y los no contemplados o insuficientemente tratados en el Código de Ética y Deontología Médica (1999) que presumiblemente requieren atención normativa, entendiendo la Deontología profesional como la ciencia encargada de velar para que la ética y el humanismo avancen al unísono con el progreso científico y técnico, determinando los deberes que son mínimamente exigibles a los profesionales médicos en el desempeño de su actividad.

2. Identificar y analizar las actitudes de los colegiados ante la ética institucional. El Código de Ética y Deontología Médica, ¿es realmente conocido, y reconocido, por los médicos en ejercicio? ¿Cómo reaccionan éstos ante el Código: lo ignoran, lo archivan para ulterior consulta, lo acatan, lo estudian críticamente?

3. Seleccionar los temas que hayan sido abordados por la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico¹⁹ desde el año 2000 y determinar el modo de expresión normativa más adecuado, teniendo en cuenta la forzosa breve extensión del Código de Ética y Deontología Médica, ya que no es ni debe ser un libro de texto sobre ética.

4. En las cuestiones restantes es preciso realizar una investigación en sus diversas partes con el fin de proponer unas directrices deontológicas ajustadas a su materia, especialmente en lo que hace referencia a los campos clínico, docente, investigador y de dirección o gestión de la actividad de los médicos.

La puesta al día del Código es ineludible e inaplazable, ya que se cumplen diez años desde su última actualización. Este trabajo podrá servir de colaboración a la Comisión que sea encargada de la redacción del futuro Código de Ética y Deontología Médica.

La preparación del texto del proyecto de Código de Ética y Deontología Médica que se ha de presentar a la Asamblea General de la Organización Médica Colegial es un proceso tan complicado como el de consulta previa a los Colegios Provinciales. No es obra exclusiva de la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico. Una vez que ésta considera cuidadosa y razonadamente las propuestas de cambios remitidas por los Colegios, para tratar de conciliar las discrepantes, desechar las improcedentes e incorporar las aceptables, el texto así perfeccionado pasará entonces a la Asamblea General, que es el órgano que ostenta el poder decisorio.

III. MATERIAL Y METODO

III. MATERIAL Y METODO

En la práctica médica, hay problema y cuestiones en las que no existe una opinión unánime ni entre los médicos, ni en la sociedad ni entre quienes han de tomar las soluciones normativas. El procedimiento pasa por identificar los problemas, contrastar los argumentos y proponer soluciones que respeten la verdad y la libertad de los implicados (Hariharan S, 2006)²⁰.

Para la identificación de situaciones éticamente conflictivas carentes de marco deontológico adecuado y para identificar y analizar las actitudes de los colegiados ante la ética institucional se utiliza el método de la encuesta a los colegiados en la provincia de Córdoba.

La tipificación de los conflictos deontológicos más frecuentes se realiza a través del estudio de las actas de las reuniones de la Comisión de Ética y Deontología del Colegio Oficial de Médicos de Córdoba, y de los casos tratados por la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico, durante el período 2002-2008.

La relación de la Deontología con la Ética es evidente; la primera trata de los deberes a observar en una conducta humana; la segunda del cumplimiento o ajuste de esa conducta a un conjunto de valores inherentes a la persona humana en su conformación "*ad intra*". Cuando ambas recaen en el "*agere*" profesional, la información inspiradora de la segunda a la primera es indiscutible. No se trata en este proyecto de las cuestiones legales⁸, pero sí de las éticas en cuanto su relación con la Deontología. Las normas éticas, si no tienen relación con una norma jurídica, son solo obligatorias a la conciencia de cada cual, no obstante por eso deben de observarse.

La ética del médico, en relación directa con la ciencia/ técnica que aplica, le obliga al predicado regulador de su Código deontológico (Cruess SR, 2002)²². Este proyecto implica una substancial recolección de documentos, tanto autonómicos y nacionales como internacionales, en el campo de la Deontología médica y un trabajo intelectual de búsqueda de soluciones equilibradas y valientes a las cuestiones de origen ético que se plantean actualmente a los médicos en su trabajo diario, de forma que puedan ser plasmadas de forma breve y clara en el futuro Código de Ética y Deontología Médica. Ello comporta la comparación con otros Códigos de Ética y Deontología, y una consiguiente discusión argumental.

No se puede improvisar la conducta profesional correcta. Ajustar la conducta a las reglas afinadas de la ética profesional no es asunto de intuición, imitación o emoción, sino resultado de un estudio guiado y de la reflexión personal (Weingarten MA, 2003)²³. Prestar atención a las implicaciones profesionales y éticas de los casos y problemas clínicos es elemento esencial de una educación médica moderna y completa. Estos presupuestos encuadran las bases metodológicas del proyecto.

El tema es especialmente delicado si se tiene en cuenta la posibilidad de imponer sanciones disciplinarias a los colegiados que incumplan los dictados de los códigos deontológicos. Esta función tiene la particular singularidad de conferir a éstos relevancia jurídica estatal, lo que viene a conferir a la Deontología ciertas coincidencias con el Derecho en lo que se refiere a la utilización de un procedimiento típicamente judicial, aunque realizado por autoridades profesionales en vez de por jueces.

Se trata, en definitiva, de actualizar los preceptos del Código que hubieran podido perder vigencia, interpretar los que no son bien entendidos, y ofrecer directrices acerca de casos, situaciones o problemas nuevos de interés general.

III.1. Identificación de conflictos éticos

III.1.1. Actas de la Comisión de Ética y Deontología Médica

Se han investigado las actas de las reuniones celebradas por la Comisión de Ética y Deontología Médica del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Córdoba durante el período de tiempo comprendido entre los años 2002-2007. Igualmente, se ha realizado una revisión completa de los expedientes de diligencias previas para analizar la relación y procedencia de las denuncias.

III.1.2. Actas de la Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado

Se han investigado las actas de las reuniones celebradas por la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico durante el período de tiempo 2000-2008 y se ha realizado una revisión completa de los Informes sobre casos particulares relevantes para analizar la procedencia, relación, evolución y desenlace de la denuncia.

III.1.3. Encuesta a los médicos colegiados de la provincia de Córdoba

El cuestionario anónimo auto-administrado empleado para la encuesta se puede consultar en el Anexo 1.a.

Los análisis a realizar comprenden la estadística descriptiva y el cruce de los items con más respuestas, utilizando los estadísticos de contraste según el tipo de variables, p.ej. si los que tratan con más frecuencia casos graves son menos partidarios de la objeción de conciencia, si los ginecólogos rompen más los límites de la relación médico-enfermo,...

Se combinaron preguntas abiertas y cerradas. Se eligieron minoritariamente las abiertas, por que el tiempo requerido para la recogida es mayor, aunque la información obtenida es más rica. Para realizar el estudio estadístico se ha utilizado el programa SPSS v.14.

III.1.3.a Ficha técnica general de la encuesta

- Diseño: Estudio descriptivo y transversal
- Objetivos: Determinar a) el grado de conocimiento y acatamiento del Código de Ética y Deontología Médica, b) los problemas éticos más habituales y el grado en que preocupan a los colegiados y c) su comportamiento ante determinados conflictos ético-deontológicos.
- Ámbito de estudio: Córdoba.
- Población de estudio: 2969 médicos colegiados.
- Unidad muestral: Médicos colegiados.
- Muestra utilizada: 280 médicos colegiados.
- Técnica: Encuesta postal con apoyo de mensajería.
- Período de recogida de la información: 30 días.

A partir de las dos semanas del envío del cuestionario, y en el plazo de cinco días, se enviaron 845 mensajes a teléfonos móviles de colegiados recordando la importancia de contestar a la encuesta.

III.2. Documentos de la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico⁴

La Comisión Central de Deontología y Derecho Médico ha venido preparando, desde hace años, documentos a los que denomina Declaraciones. Se trata de escritos de diverso contenido, doctrinal y práctico, sobre cuestiones deontológicas, que la Comisión preparaba por propia iniciativa o por encargo del Consejo General. Unas veces esas Declaraciones han sido resultado de los estudios y debates internos sobre temas necesitados de clarificación; otras veces eran promovidas por problemas de actualidad sobre los que conviene dictaminar. Se incluyen las Declaraciones emitidas durante el período 2000-2008.

Por otro lado, la Comisión Central de Deontología realiza, a petición del Consejo General de la Organización Médica Colegial de España, ya sea a petición de la Asamblea General o a través de la Comisión Permanente del Consejo General, Informes sobre casos generales de aquellos temas o conflictos que afectan a sectores de la colegiación.

III.3. Deontología comparada¹⁹

Se han revisado 31 códigos de ética y deontología médica de ámbitos autonómico, nacional e internacional con el fin de extraer las diferencias con el Código de Ética y Deontología Médica de 1999 de la Organización Médica Colegial de España.

IV. RESULTADOS

IV. RESULTADOS

IV.1. Actas de la Comisión de Ética y Deontología Médica

Los resúmenes de las memorias anuales de la Comisión se pueden consultar en el Anexo 2.

IV.1.1. **En el período 2002-04 fueron presentadas a la Comisión 66 denuncias**

1.- Asuntos reiterativos: 5. Referentes a reclusos de la prisión provincial y a solicitud de facturas no recibidas.

2.- Mala praxis: 25.

-Negligencia: falta de exploración y atención, no realizar determinada prueba diagnóstica, reducir gastos, exceso de trabajo, demora en la atención, retirada o desabastecimiento de algún fármaco: 12.

-No aceptación de resultados: 6 (3 casos en Cirugía Plástica, 1 en Traumatología, 1 en Ginecología, 1 en Atención primaria). Uno de los casos pasó a la vía judicial.

- Desconsideración: 1.

- Mala praxis pericial: 1.

- Falta de actualización de conocimientos: 3.

- Atentado a la intimidad: 2.

3.- Publicidad engañosa: 5. Dos de las denuncias fueron de médicos contra logopedas y de pacientes contra médicos. Las anomalías en la publicidad se corrigieron pacíficamente tras la correspondiente intervención.

4.- Cobro de emolumentos abusivos: 3.

5.- No facilitar la historia clínica al paciente: 2.

6.- Falso facultativo o no estar colegiado: 8.

7.- Intrusismo entre especialidades: 3.

8.- Mala relación entre médicos compañeros: 10. Uno de ellos por no reconocer la autoridad médica elegida por la Administración. En uno de los casos se procedió a la expulsión del colegiado.

9.- Solicitud de información por parte de ciudadanos o instituciones: 5.

De las 66 denuncias, la Comisión de Ética y Deontología Médica propuso a la Junta Directiva la instrucción de 9 expedientes por vulneración de los siguientes artículos del Código: 8.2; 19.1; 19.2; 22.1; 31 (en tres casos); 33.3 (en dos casos).

IV.1.2. En el período 2005-07 fueron presentadas a la Comisión 54 denuncias

1.- Asuntos reiterativos: 11.

- Internos de prisiones (denegación o no facilitación de cierta medicación): 8. Archivados todos por entender que no se había infringido ningún precepto ético ni deontológico. Se celebró una reunión de la Comisión con la Dirección médica del establecimiento penitenciario.

- Revisión de casos anteriores: 3.

2.- Mala Praxis: 17.

- Negligencia-Falta de exploración y atención: 4.

- Desconsideración: 7.

- Mala praxis pericial: 1.

- No adecuación por obsoleto el tratamiento: 4.

- Atentado a la intimidad: 1.

3.- Publicidad engañosa: 4. Señalamos como interesante que una de las veces la publicidad estaba inducida por la empresa suministradora del material o instrumento; en otra ocasión por anunciar resultados y tratamientos milagrosos, de lo cual se paso la debida notificación a la Delegación Provincial de Salud.

4.- Cobro de emolumentos abusivos: 3. Recogemos como de interés que, en uno de los casos, no había identificación del profesional que atendía, se hacía responsable del tratamiento y cobraba.

5.- No facilitar la historia clínica al paciente: 2. Uno de los casos pasó también al Juzgado.

6.- Falso facultativo o no estar colegiado: 4.

7.- Intrusismo entre especialidades: 3. En todos los casos se consiguió mantener en una entente cordial a todas las especialidades que acoge el Colegio.

8.- Mala relación entre médicos compañeros: 7.

9.- Solicitud de información por parte de ciudadanos o instituciones: 3. Se produjo una más, pero se contabiliza en el punto 6.

De las 54 denuncias, la Comisión de Ética y Deontología Médica propuso a la Junta Directiva la instrucción de 6 expedientes por vulneración de los siguientes artículos del Código: 8.2; 19.1; 20; 31 (en dos casos); 32.2; 33.3; 34.2; 35.1 (en tres casos).

Como ejemplo de la relación entre número de actos médicos y denuncias sobre los mismos, según datos de la memoria de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía²⁴, en el año 2005, contando exclusivamente el sector público sanitario en Córdoba, se produjeron un mínimo de 8.260.649 de actos médicos. De las 8 denuncias por mal praxis recibidas en la Comisión en 2005 sólo hubo una propuesta de

expediente por ese motivo, lo que significa que sólo un 12.5 % de las denuncias presentadas tenían algún fundamento deontológico.

IV.1.3. Publicaciones sobre temas deontológicos

En los últimos años, la Comisión decidió realizar publicaciones periódicas sobre temas con implicaciones deontológicas que estuvieran de actualidad en cada momento. Para que llegaran a todos los colegiados utilizó la revista COMCORDOBA del Ilustre Colegio oficial de Médicos de la provincia de Córdoba. A continuación se muestran los títulos de los últimos artículos:

Condicionamientos éticos-legales de la Prescripción.
 El diagnóstico prenatal y los inocentes.
 Función pericial del médico y función asistencial.
 La situación del médico hoy.
 Malos tratos I: diagnóstico etiológico.
 Malos tratos II.
 Malos tratos III: tratamiento.
 ¿Castración?
 Derecho médico y visado de la OMC.
 Aspectos éticos en los certificados médicos
 Investigación en seres humanos.
 Un sufrimiento llamado aborto.
 Prevenir las agresiones I.
 Prevenir agresiones II.
 La sub-comisión de ética sanitaria.
 Las vicisitudes de la actual vacuna del virus del papiloma humano.

Estos artículos reflejan los temas deontológicos que más preocupan a los miembros de la Comisión de Ética y Deontología Médica.

IV.2. Encuesta

IV.2.1. Aspectos generales

Los cuestionarios recogidos han sido doscientos ochenta (un 9.43 por ciento de los médicos colegiados en la provincia de Córdoba).

La media de edad de la muestra recogida es de 47.6 años, la del tiempo que hace que terminó sus estudios de Medicina es de 22.9 años y la del tiempo que lleva ejerciendo la medicina es de 21.7, siendo mayoritariamente hombres (66.9%).

Un 23.2 % ha realizado los estudios de doctorado, un 8.9 % posee algún otro título de Licenciado Universitario y un 44.1 % se dedica a la Atención Primaria aunque un 78 % posee algún título de médico especialista. Un 22 % ejerce la medicina privada exclusivamente y un 24 % realiza trabajos de investigación.

Un 30.2 % manifiesta haber tenido alguna reclamación legal por parte de algún paciente.

El estudio completo de los resultados puede consultarse en el Anexo 1.b.

IV.2.2. Conflictos éticos reportados

Las contestaciones a las preguntas n. 24, 31, 38 y 53 contienen los datos necesarios para valorar los actuales conflictos que encuentran los colegiados en su práctica profesional.

En la pregunta n.24 “Por favor, puntúe, de 1 a 10, las causas que influyen más en la deshumanización del acto médico (1 menos influencia, 10 más influencia)” las medias más altas correspondieron a los siguientes factores:

- Excesiva presión asistencial
Nº respuestas 259 Media 8 (s=1.83) Moda 8
- Ausencia de protección del médico
Nº respuestas 244 Media 7.8 (s=2.50) Moda 8
- Burn out del medico
Nº respuestas 248 Media 7.7 (s=2.33) Moda 10
- Promesas excesivas del sistema sanitario, con mínimas posibilidades de cumplirse
Nº respuestas 252 Media 7.7 (s=2.12) Moda 10
- Errores en la gestión del sistema sanitario
Nº respuestas 252 Media 7.2 (s=2.18) Moda 8
- Aumento de las exigencias del paciente
Nº respuestas 260 Media 7.2 (s=2.19) Moda 8
- Exceso de burocracia del sistema sanitario
Nº respuestas 255 Media 7.2 (s=1.99) Moda 8

En la pregunta n. 31 “¿Cuáles son los problemas éticos en su práctica diaria que han aparecido desde que usted terminó la carrera de Medicina?” las respuestas más frecuentes (Nº respuestas 121, acumuladas 256) fueron:

- Aborto 39 (15.23)
- Atención a pacientes terminales 23 (8.98)
- Píldora postcoital 21 (8.20)
- Certificados y bajas ficticios 21 (8.20)
- Mal trato entre médicos 17 (6.64)
- Eutanasia 16 (6.25)
- Problemas entre la Administración y el médico 14 (5.46)
- Prescripción con ánimo de lucro 14 (5.46)
- Confidencialidad 13 (5.07)
- Relación con la industria farmacéutica 9 (3.51)
- Negligencias 8 (3.12)
- Atención a menores 7 (2.73)

A la pregunta n. 38 “Cite varios aspectos del vigente Código de Ética y Deontología Médica que considera insuficiente o deficientemente tratados” sólo contestaron 19 colegiados, quizá porque es una pregunta abierta que requiere pararse a reflexionar. Las de mayor frecuencia fueron:

- Eutanasia	3 (7.31)
- Mercantilismo o incentivación en la prescripción	3 (7.31)
- Intrusismo intraprofesional	3 (7.31)
- Relaciones con las compañías de seguro sanitario	3 (7.31)
- Aborto	2 (4.87)
- Trato entre médicos	2 (4.87)
- Relación médico-jefe médico o Administración	2 (4.87)
- Relaciones con la industria farmacéutica	2 (4.87)
- Prevención	2 (4.87)

En la pregunta n. 53 “¿En qué asuntos ejercería el derecho a la objeción de conciencia?” las respuestas más frecuentes (Nº respuestas 159, acumuladas 262) fueron:

- Aborto	106 (40.45)
- Eutanasia	79 (30.15)
- Píldora postcoital	30 (11.45)
- Cualquier atentado a la vida o la dignidad del ser humano	16 (6.10)
- Nunca la ejercería	11 (4.19)
- Esterilización	6 (2.29)
- Anticoncepción	5 (1.90)
- Atención a menores no indicada	3 (1.14)
- Testigos de Jehová	2 (0.76)
- Suicidio asistido	2 (0.76)
- Bebe medicamento	1 (0.38)
- Diagnóstico prenatal	1 (0.38)

IV.2.3. Actitudes de los médicos colegiados ante el Código de Ética y Deontología Médica

Este aspecto queda claramente reflejado en las contestaciones obtenidas en las preguntas n. 35, 36 y 37.

A la pregunta n. 35 “¿Conoce el vigente Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial de España? respondieron 277 colegiados:

- Mucho 20 (7.2)	- Poco 131 (47.3)	- Nada 126 (45.5)
------------------	-------------------	-------------------

A la pregunta n. 36 “¿Cuál es su postura ante el vigente Código de Ética y Deontología Médica?” respondieron sólo 247 colegiados:

- Lo ignora 125 (50.6)	- Lo consulta 52 (21.1)	- Lo acata 63 (25.5)
- Lo estudia críticamente 7 (2.8)		

A la pregunta n. 37 “¿Justifique, por favor, por qué actúa de esa manera?” responden aún menos colegiados (Nº respuestas 124, acumuladas 143), probablemente, una vez más, porque es una pregunta abierta que requiere pararse a reflexionar:

- No conoce el Código	40 (27.97)
- Le falta de tiempo	24 (16.78)
- Esta consensado por los médicos	21 (14.68)
- Tiene necesidad de consultarlo	19 (13.28)
- Ética personal y sentido común	12 (8.39)
- Tiene desidia	8 (5.59)
- Tiene dificultad para consultarlo	8 (5.59)
- Es inoperante	5 (3.49)
- Resuelven los problemas en reuniones y consultas	3 (2.09)
- Está “quemado”	3 (2.09)

Respecto a la existencia de códigos específicos de Comunidades Autónomas, 270 colegiados respondieron a la cuestión planteada en el ítem n. 39 “Es preferible la existencia de códigos autonómicos a la de un único código de conducta para el conjunto nacional de la profesión médica” opinando que sí en un 11.5% y que no en un 88.5%.

De las respuestas obtenidas de la pregunta n. 27 “A su parecer, ¿qué es la deontología médica?, se deduce que sólo hay un 60.9 % de encuestados que la definen más o menos adecuadamente.

El elenco de respuestas a la pregunta n. 38 es un claro exponente de los vacíos que los colegiados han encontrado en el actual Código de 1999 (Relaciones con las compañías de seguro sanitario, Intrusismo intraprofesional, Mercantilismo o incentivación en la prescripción, Relaciones con la industria farmacéutica, Prevención, Cómo tratar los pacientes problemáticos, Cuidados paliativos, Testamento vital, Limitaciones y deberes del paciente, Distribución de recursos asistenciales, Confidencialidad informática,...).

IV.3. Actas de la Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado

Tanto las Declaraciones como los Informes son comentados y aplicados en el apartado IV.5.

IV.3.1. Declaraciones (Anexo 3)

- Declaración sobre los límites de las funciones profesionales de médicos y farmacéuticos. Aprobada por la Asamblea General. 25 de marzo de 2000.
- Declaración sobre la Ética de la práctica de la acupuntura. Aprobada por la Asamblea General. 4 de octubre de 2004.
- Declaración sobre intervención de los médicos ante los medios de comunicación en casos de notorio interés público. Aprobada por la Asamblea General. Septiembre de 2005.
- Declaración de la actitud de la Organización Médica Colegial ante los colegiados con adicciones o enfermedad mental. Modos de ayuda y rehabilitación. Aprobada por la Asamblea General. 3 de Diciembre de 2005.

- Declaración sobre Ética y Deontología de la segunda opinión médica. Aprobada por la Asamblea General. 3 de Diciembre 2005.
- Declaración sobre centralización informática de datos e historias clínicas. Principios éticos de protección de la intimidad del paciente. Aprobada por la Asamblea General. 3 de diciembre de 2005.
- Declaración sobre Ética de la relación profesional del médico con la industria farmacéutica y las empresas sanitarias. Aprobada por la Asamblea General. 12 de mayo de 2006.
- Declaración sobre la Ética de la sedación en la agonía. Abril de 2006.
- Declaración sobre las cualidades del certificado médico y sobre sus diferencias con los partes y los informes médicos. Peculiaridades del certificado médico de defunción. Aprobada por la Asamblea General. 26 de enero de 2007.
- Declaración sobre la pericia médica. Enero de 2007.
- Declaración sobre las fronteras internas del ejercicio profesional. Aprobada por la Asamblea General. 25 de mayo de 2007.
- Declaración sobre la historia clínica: aspectos éticos y deontológicos. Noviembre 2007.
- Declaración sobre la Ética médica en la atención del menor maduro. Aprobada por la Asamblea General. Noviembre de 2007.
- Declaración sobre tiempos mínimos en las consultas médicas. Aprobada por la Asamblea General. Enero de 2008.
- Declaración sobre aspectos éticos, deontológicos y legales de los análisis de ADN. Abril de 2008.

IV.3.2. Informes sobre casos generales (Anexo 3)

- Incidencia que los cambios filosóficos, morales, jurídicos y profesionales que la sociedad actual tienen sobre algunas normas deontológicas por las que se ha regido la profesión médica. Enviado a todos los miembros de la Asamblea. Febrero de 2000.
- Informe sobre la conducta a seguir con los colegiados que padecen una enfermedad mental o una adicción patológica. Enviado a todos los COM. 3 de marzo de 2001.
- Normativa para la elección y renovación de los miembros de la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico. Aprobada por la Asamblea General. 29 de mayo de 2004.
- Informe sobre directrices deontológicas sobre información y publicidad médica. Revisión de noviembre de 2005.
- Comunicado de la Comisión Central de Deontología sobre la ética del dopaje deportivo. Mayo de 2006.
- Declaración sobre el programa de televisión “Cambio radical”. Marzo 2007.
- Nota sobre ética de las auditorías de historias clínicas. Aprobada por la Asamblea General. Junio de 2006.
- Informe sobre los problemas de los médicos con conocimiento insuficiente del español. Aprobado por la Asamblea General. 25 de mayo de 2007.
- Informe sobre disminución de las retribuciones económicas correspondientes a la productividad por cumplimiento de objetivos. Aprobado por la Asamblea General. 25 mayo 2007.
- Informe sobre la “Imagen que los seriales médicos de televisión ofrecen sobre los médicos y la profesión médica en general”. Aprobado por la Asamblea General. Diciembre de 2007.
- Informe sobre la homeopatía como acto médico. Aprobado por la Comisión Permanente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. 4 de septiembre de 2008.

IV.3.3. Informes sobre casos particulares

Las conclusiones de este tipo de Informes se muestran en el Anexo 4. Los datos personales y algunos otros han sido anonimizados con el fin de respetar la confidencialidad de las personas e instituciones implicadas.

IV.4. Deontología comparada

En el apartado IV.5. se exponen las particularidades y diferencias de los códigos revisados en comparación con el actualmente vigente en nuestro país. Aquí se comunican las características de los principales modelos a nivel internacional.

IV.4.1. Patrones europeos

En Europa continental, la jurisdicción disciplinaria corporativa está asignada a Órdenes, Cámaras o Colegios médicos, instituciones de derecho público, dotadas legalmente de la capacidad de promulgar y mantener al día los Códigos de Deontología médica²⁵. La función disciplinaria, ejercida por los directivos elegidos por los médicos en ejercicio, auxiliados por entidades expertos (asesores jurídicos, Comisiones de Deontología), ha de atenerse a las normas contenidas en leyes, estatutos y procedimientos judiciales sancionados por el Estado, lo mismo que a los preceptos contenidos en los Códigos de Ética y Deontología profesional. La acción disciplinaria, ajustada a un expediente procesal muy articulado, suele ejercerse en instancias corporativas de nivel local, intermedio o central, y permanece siempre abierta al recurso final ante órganos de la administración ordinaria de justicia.

En Francia y Luxemburgo se cumple una amplia identificación entre ética profesional, régimen disciplinario y administración de justicia, pues allí el Código de Deontología forma parte del ordenamiento jurídico. La justicia deontológica es administrada, en las instancias regional y central por tribunales que cuentan siempre con el apoyo técnico de miembros de la magistratura. El tribunal central (Consejo General de la Orden) está presidido por un magistrado procedente del escalón más elevado de la carrera judicial, a cuyos lados se sientan miembros del Consejo Nacional de Deontología. Toda violación de las reglas deontológicas, esté prevista o no en un texto legal o reglamentario, es motivo de sanción disciplinaria. Un rasgo de madurez del procedimiento francés consiste en que a quien presentó la demanda deontológica no se le hace llegar una simple comunicación de la decisión final, sino que se le hace entrega de una copia del expediente final completo. El Código de Deontología Médica del Consejo de la Orden Nacional Médica de Francia²⁶ es de 1995.

El Código de Deontología de la Federación de Médicos Suizos²⁷ fue actualizado en diciembre de 2006. Lleva anexos varios documentos de la Academia Nacional de Ciencias Médicas, que es la instancia nacional que dicta los criterios éticos, incluido un Reglamento de la Comisión de Deontología, que fue actualizado en marzo de 2007.

El actual código holandés se titula Reglas de Conducta para los Médicos²⁸ y es bastante breve en sí mismo; a continuación, consta de un larga explicación en la que la comisión que trabajó el documento declara que el modelo de juramento holandés es mejor

que el de Hipócrates, que es ampliamente criticado desde los puntos de vista textual e histórico, y que la Declaración de Ginebra.

El breve Código de Ética Médica de la Asociación Médica de Finlandia²⁹ fue aprobado en 1988 y actualizado en 2007. Incluye un Código de Colegialidad Médica, que fue actualizado en 2002, al igual que un Juramento del Médico.

IV.4.2. Prototipo anglosajón

En el área de influencia británica, la disciplina profesional está confiada a un Consejo General Médico (General Medical Council), nacido no del Estado, sino de la sociedad, reconocido por una ley parlamentaria o por un estatuto federal. Se trata de un organismo autónomo, independiente tanto del Gobierno como de la asociación médica nacional, compuesto por médicos y no médicos, que ejerce la autoridad última en materia de conducta profesional de los médicos.

Dicta las correspondientes Guías de Ética o de Buena Práctica Clínica³⁰ (ampliada con *The Meaning of Fitness to Practise*³¹), establece los requisitos para entrar y radicarse en el registro de médicos autorizados para ejercer, y administra la jurisdicción disciplinaria. En algunos países establece también las normas sobre enseñanza de la Medicina. Limita sus actuaciones a los casos de mala conducta profesional grave, y, aunque sus pronunciamientos pueden ser recurridos ante instancias judiciales superiores, eso ocurre sólo de modo excepcional (Collazo E, 2002)³².

El régimen disciplinario del Consejo General Médico es compatible con otros sistemas de control profesional autónomos, como son el de las asociaciones médicas nacionales (p. ej. el *Medical Ethics Today* de la *British Medical Association*), que son en realidad sindicatos médicos y no pueden ejercer la facultad disciplinaria, o el de los servicios nacionales de salud, los cuales son ejercidos casi exclusivamente por médicos. Aunque estos diferentes sistemas disciplinarios son muy activos y gozan de aprecio ante el público, no es infrecuente que sean acusados de corporativismo y de falta de colaboración en el esclarecimiento o interpretación de la mala conducta profesional de los médicos. También existen algunas guías de especialidades concretas como la *Good Practice-A Guide for Departments of Anaesthesia, Critical Care and Pain Management* (2002)³³.

En Irlanda existe la Guía de Conducta Ética y Comportamiento³⁴, aprobada en 2004 por The Medical Council of Ireland.

En los Estados Unidos la situación es mucho más problemática. La concesión de la licencia para ejercer corresponde a los Consejos de Licencia (Licensing Boards) de los Estados; y a ellos y a las sociedades médicas locales de los Condados y de los Estados corresponde la acción disciplinaria. Todos los Estados tienen leyes sobre el ejercicio de la profesión. Las asociaciones científicas, en especial, la Asociación Médica Americana, imponen a sus asociados normas de conducta en forma de códigos y disponen de sus propios consejos judiciales para administrar la oportuna disciplina, que puede conducir a la expulsión de la asociación y a la pérdida de los privilegios anejos. Es especialmente interesante el sistema de evaluación de las denuncias que se sigue contra los miembros del American

College of Physicians para juzgar su conducta frente a los estándares establecidos por el College en su Manual de Ética³⁵.

En Australia, los Estados son autónomos para aplicar ya sea la Guía de Buena Práctica Médica (2002) del Consejo General Médico del Reino Unido, con apenas modificaciones, o el Código de Ética de la Asociación Médica de Australia. Existen algunas guías de especialidades concretas como la Ethical Guidelines on the Use of Assisted Reproductive Technology in Clinical Practice and Research⁷⁸, revisada en junio de 2007.

IV.4.3. Prototipo español

Siguiendo el modelo continental, en España se constituye en el año 1930 el Consejo General de Colegios de Médicos, un órgano que, tal y como define la propia Organización "agrupa, coordina y representa a los 52 Colegios de Médicos en el ámbito nacional e internacional, y tiene como función la representación exclusiva, la ordenación y la defensa de la profesión médica y sus valores". Tras la aprobación, por medio de Real Decreto, de los Estatutos de los Colegios provinciales de Médicos, se decidió crear un "organismo representativo de carácter nacional con personalidad propia".

Posteriormente, se crea también la Organización Médica Colegial, entidad que representa al Consejo General y a los Colegios Médicos españoles y cuya principal función es la de "salvaguardar los valores fundamentales de la profesión médica: la Deontología y el código ético", según la propia Organización Médica Colegial. Los Estatutos³⁷ de ambos órganos de representación se aprueban mediante Real Decreto y, por tanto, gozan del amparo de la ley y del reconocimiento del Estado, quien les otorga la responsabilidad de establecer y velar por el cumplimiento de un código deontológico, así como les confiere la potestad de llevar a cabo la acción disciplinaria pertinente en casos de incumplimiento.

Asimismo, y por el característico hecho de erigirse España como un Estado de las Autonomías, el Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial no es el único que rige la conducta de los profesionales médicos españoles. En Cataluña, su Consejo de Colegios de Médicos posee su propio código³⁸ de conducta, que ha sido actualizado en noviembre de 2004, aunque algunos de sus artículos han sido anulados judicialmente; es bastante similar al Código Deontológico del Col·legi de Metges d'Andorra³⁹ (2001). También posee código deontológico autonómico el Consejo de Colegios Médicos Valencianos⁴⁰ (2002).

IV.4.4. Otros

En algunos países, no existe código deontológico ni la profesión tiene potestad alguna sobre el control de su normativa ética. Es el caso de Austria y México, donde son los jueces los encargados de velar por el cumplimiento de la legislación emitida por el Estado en relación a los derechos, deberes y obligaciones de los profesionales. En México, algunos Colegios como el de Urología tienen códigos propios.

En Canadá, cada provincia tiene autonomía sobre su código de ética, aunque no todas lo han elaborado, en cuyo caso se atienen al Código de Ética Médica de la Asociación Médica del Canadá.

En los países iberoamericanos (Vianna JAR, 2006)⁴¹, el código de Deontología sigue la estructura del español. Tienen Código de Ética Médica Brasil (Conselho Federal de Medicina, 1988), Argentina (Confederación Médica de la República Argentina, 1955), Chile⁴² (Colegio Médico de Chile, 2004), Perú⁴³ (Colegio Médico del Perú, 2004), El Salvador⁴⁴ (Colegio Médico de El Salvador, 2001), Venezuela⁴⁵ (Federación Médica Venezolana, 1985), entre otros.

En África del Sur existen las “Directrices Éticas Generales para médicos, dentistas y médicos científicos” promulgadas en 2002 por la Junta de las Profesiones Médica y odontológica y la agencia reguladora de la medicina en el país. El Sindicato Médico Egipcio es el órgano que regula la medicina en ese país y emitió los Reglamentos de Ética Profesional en 2003.

En el ámbito internacional, más dentro del campo de la ética que del de la deontología, existen el Código Internacional de Ética Médica⁴⁶, el Código Internacional de Ética para los profesionales de la Salud Ocupacional⁴⁷, el Código de Ética de la Federación Ibero Latinoamericana de Cirugía Plástica⁴⁸ (1982), y el Código de Ética y Deontología Médica del Colegio Interamericano de Radiología⁴⁹, entre otros.

IV.5. Estudio de los Capítulos y Artículos del Código de Ética y Deontología Médica

En esta sección se estudia cada Artículo del Código de Ética y Deontología Médica (1999) a la luz de los documentos emanados de la Comisión Central de Deontología (Declaraciones, Informes sobre asuntos generales, Informes sobre asuntos particulares de relevancia), de los expedientes disciplinarios propuestos por la Comisión de Ética y Deontología del Ilustre Colegio oficial de Médicos de Córdoba, de los 31 códigos de deontología médica comparados y de los resultados de la encuesta realizada.

CAPÍTULO I. DEFINICIÓN Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

Artículo 1

La deontología médica es el conjunto de principios y reglas éticas que han de inspirar y guiar la conducta profesional del médico.

Artículo 2. 1

Los deberes que impone este Código, en tanto que sancionados por una Entidad de Derecho Público, obligan a todos los médicos en el ejercicio de su profesión, cualquiera que sea la modalidad en que la practiquen.

Artículo 2. 2

El incumplimiento de alguna de las normas de este Código supone incurrir en falta disciplinaria tipificada en los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial, cuya corrección se hará a través del procedimiento normativo en ellos establecido.

El artículo 9 del Código del Perú⁴³ dice así: “*En todo caso, las faltas y violaciones de la moral profesional, sancionadas de acuerdo a este Código, se refieren al comportamiento ético y son independientes de las que son juzgadas y sancionadas de acuerdo a las leyes civiles, penales y disposiciones administrativas, por las autoridades competentes*”.

Artículo 3

La Organización Médica Colegial asume como uno de sus objetivos primordiales la promoción y desarrollo de la Deontología profesional. Dedicará atención preferente a difundir los preceptos de este Código y se obliga a velar por su cumplimiento.

El artículo 38 del Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú⁴³ afirma en su segunda parte: “*los médicos no están obligados a cumplir las normas de salud que no respeten los preceptos del Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú y si se le obligara deberá denunciarlo por escrito al Consejo Regional respectivo*”.

CAPÍTULO II. PRINCIPIOS GENERALES

Artículo 4. 1

La profesión médica está al servicio del hombre y de la sociedad. En consecuencia, respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad, son los deberes primordiales del médico.

Artículo 4. 2

El médico debe atender con la misma diligencia y solicitud a todos los pacientes, sin discriminación alguna.

Artículo 4. 3

La principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de éste debe anteponerse a cualquier otra conveniencia.

La Good Medical Practice³⁰ en su artículo 10 especifica que “*You must not refuse to treat a patient because their medical condition may put you at risk. If a patient poses a risk to your health or safety, you should take all available steps to minimise the risk before providing treatment or making suitable alternative arrangements for treatment*”. Y la Guía de Conducta Ética de Irlanda³⁴ afirma: “*Acceptance of the risk of treating patients with communicable diseases is a time-honoured tradition of the medical profession. Failure to do this may be unethical*” (No debe rehusar tratar a un paciente porque su enfermedad lo ponga a usted en peligro. Si el paciente significa un peligro para su salud o su seguridad, debería tomar todas las medidas para minimizar el peligro antes de iniciar el tratamiento o poner en práctica medidas alternativas).

Artículo 4. 4

El médico nunca perjudicará intencionadamente al paciente ni le atenderá con negligencia. Evitará también cualquier demora injustificada en su asistencia.

Artículo 5. 1

Todo médico, cualquiera que sea su especialidad o la modalidad de su ejercicio, debe prestar ayuda de urgencia al enfermo o al accidentado.

Artículo 5. 2

En situaciones de catástrofe, epidemia o grave riesgo para el médico, éste no puede abandonar a sus enfermos, salvo que fuere obligado a hacerlo por la autoridad competente. Se presentará voluntariamente a colaborar en las tareas de auxilio sanitario.

Artículo 5. 3

En caso de huelga, el médico no queda exento de sus obligaciones éticas hacia sus pacientes a quienes debe asegurar los cuidados urgentes e inaplazables.

El artículo 5.3 del Código Deontológico del Consejo de Colegios Médicos Valencianos, de 2002⁴⁰, indica con respecto a la huelga: “... *sin menoscabo de la obligación y responsabilidad de la Administración o de la empresa sanitaria de planificar y asegurar la debida asistencia sanitaria en estos casos*”.

Artículo 6. 1

El médico ha de ser consciente de sus deberes profesionales para con la comunidad. Está obligado a procurar la mayor eficacia de su trabajo y el rendimiento óptimo de los medios que la sociedad pone a su disposición.

Es interesante conocer el contenido del artículo 3 del Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú⁴³, ya que incluye una definición de “acto médico”: “*Acto médico es toda acción o disposición que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica, sea en su condición de directivo, autoridad, funcionario, docente, asistencial y terapeuta, investigador, consultor, auditor u otra. El acto médico es el resultado del conocimiento científico, la experiencia y la pericia del médico. Adicionalmente, como atributo de calidad, el acto médico expresa la capacidad del médico para decidir correctamente y en el momento adecuado en el interés superior del paciente*”.

Artículo 6. 2

Siendo el sistema sanitario el instrumento principal de la sociedad para la atención y promoción de la salud, los médicos han de velar para que en él se den los requisitos de calidad, suficiencia asistencial y mantenimiento de los principios éticos. Están obligados a denunciar las deficiencias, en tanto puedan afectar a la correcta atención de los pacientes.

CAPÍTULO III. RELACIONES DEL MEDICO CON SUS PACIENTES**Artículo 7**

La eficacia de la asistencia médica exige una plena relación de confianza entre médico y paciente. Ello presupone el respeto del derecho de éste a elegir o cambiar de médico o de

centro sanitario. Individualmente los médicos han de facilitar el ejercicio de este derecho e institucionalmente procurarán armonizarlo con las previsiones y necesidades derivadas de la ordenación sanitaria.

El Informe de la Comisión Central de Deontología sobre los problemas de los médicos con conocimiento insuficiente del español, probado por la Asamblea General en mayo de 2007 establece en sus conclusiones:

“Es un deber deontológico para ejercer la Medicina en España, tanto en el ámbito de la Sanidad pública, como de la privada, poseer un conocimiento suficiente de la lengua española, que le permita ejercer con seguridad y garantías; y que permita al enfermo comunicar sus padecimientos y problemas con la certeza de que son bien comprendidos e interpretados y poder así recibir del médico los consejos y la información que el acto médico exige.”

Artículo 8. 1

En el ejercicio de su profesión el médico respetará las convicciones de sus pacientes y se abstendrá de imponerles las propias.

Artículo 8. 2

El médico actuará siempre con corrección y respetará con delicadeza la intimidad de su paciente.

- La vulneración de este artículo en dos casos fue motivo de propuesta de apertura de expediente por la Comisión de Ética y Deontología del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Córdoba durante el período 2002-07. Uno de los casos se produjo en 2002 y el otro en 2007; en ambos los colegiados expedientados eran psiquiatras.

- Lo relacionado con este artículo fue tratado, en una ocasión, por la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico, durante el período 2001-2008, con motivo de un médico condenado por siete delitos de abusos sexuales que volvió a trabajar en el mismo centro de salud, tras estar suspendido de empleo y sueldo durante seis meses (Anexo 4.26).

Fue emitida una *Nota sobre el tema de las consecuencias deontológicas que tienen las conductas de los médicos que son condenados por los Tribunales de Justicia por delitos o faltas por abusos sexuales en el ejercicio de la profesión de Médico*, en la que, entre otras cosas, se afirmaba que *“Nada denigra más a la profesión médica y crea mayor repulsa social que los abusos sexuales en el curso de una relación médico paciente. Esta conducta siempre ha sido considerada como despreciable y merecedora de una sanción ejemplar”*.

- En el ítem n. 19 de la encuesta realizada en este trabajo se preguntaba “En los últimos doce meses, ¿ha sobrepasado usted los llamados límites de la relación médico-paciente con alguno de sus pacientes?”, contestaron afirmativamente un 12.85 % (36 colegiados, respuestas acumuladas 41) de los 280 encuestados:

- Le preguntó por cuestiones personales suyas	16 (39.02)
- Mostró un exceso de afectividad	11 (26.82)
- Le hizo regalos	9 (21.95)

- Le agredió verbalmente	2 (4.87)
- Intentó exploración física no procedente	2 (4.87)
- Intentó conseguir una cita	1 (2.43)

En el sentido contrario se encuentra la pregunta n. 16 “En los últimos doce meses, ¿alguno de sus pacientes ha sobrepasado los llamados límites de la relación médico-paciente?, que obtuvo 196 respuestas (acumuladas 363):

- Le hizo regalos	110 (30.3)
- Le agredió verbalmente	66 (18.18)
- Mostró un exceso de afectividad	58 (15.97)
- Le preguntó por cuestiones personales suyas	55 (15.15)
- Solicitó exploración física no procedente	45 (12.39)
- Usó lenguaje sexual explícito	12 (3.3)
- Intentó conseguir una cita	12 (3.3)
- Le agredió físicamente	5 (1.37)

En el ítem n. 17 se refleja el grado de afectación que produjeron en el médico esas acciones del paciente:

- Muy positivamente	4 (2.1 %)
- Positivamente	26 (13.4)
- No le afectaron	113 (58.2)
- Negativamente	33 (17)
- Muy negativamente	17 (8.8)

En el ítem 18 “Por favor, califique los hechos anteriormente descritos de más grave a menos grave según su criterio (1 menos grave, 8 más grave)” se manifiesta la valoración que merecen esos actos del paciente:

- Le agredió físicamente	Media 7.71 (s=1.09) Moda 8
- Intentó tener relaciones sexuales	Media 7.24 (s=1.05) Moda 8
- Le agredió verbalmente	Media 6.85 (s=1.55) Moda 8
- Usó lenguaje sexual explícito	Media 5.91 (s=1.92) Moda 8
- Intentó conseguir una cita	Media 5.32 (s=2.08) Moda 4
- Le preguntó por cuestiones personales	Media 4.35 (s=2.19) Moda 3
- Mostró un exceso de afectividad	Media 2.73 (s=1.66) Moda 2
- Le hizo regalos	Media 1.51 (s=1.15) Moda 1

Para el 94.2 % de los encuestados es importante respetar la intimidad del paciente (ítem n. 47).

El artículo 8 del Código de Ética y Deontología Médica del Colegio Médico de El Salvador⁴⁴ indica: “*El médico actuará siempre con corrección, deberá abstenerse de acoso sexual respetando con delicadeza la intimidad del paciente*” o las indicaciones al respecto del Código de Ética y Deontología Médica del Colegio Interamericano de Radiología: “*Derecho a que el profesional facilite en todo acto médico la utilización de medios apropiados que conduzcan al respeto del pudor, de las emociones y de la intimidad del cuerpo del paciente*”.

El artículo 29 del Código Deontológico de la Asociación de Especialistas en Sexología⁵⁰ manifiesta: *“Los terapeutas no deben hacer uso de su posición de privilegio para seducir al cliente, entablar relaciones amorosas o realizar actividades sexuales. La actividad sexual con el paciente en ningún caso constituye un procedimiento terapéutico admisible. Si la relación entre el paciente y terapeuta trasciende al ámbito personal, el terapeuta debe optar entre mantener la relación dentro del contrato clínico o derivar a otro profesional. Es incompatible mantener una relación afectivo-sexual con el paciente mientras está en tratamiento”*. Y en el 30 concreta: *“Los procedimientos de diagnóstico y terapia que implican la desnudez del cliente sólo pueden utilizarse cuando exista la certeza de que sirven para el mejor provecho del cliente. La observación de la actividad sexual del cliente tampoco está justificada en la práctica habitual de la terapia sexual. Asimismo no es adecuada la profusión de exploraciones físicas, biológicas, psicológicas,... innecesarias o excesivamente costosas sobre todo en aquellos casos en los que los resultados son razonablemente previsibles”*.

La Good Medical Practice³⁰ ordena en su artículo 32: *“You must not use your professional position to establish or pursue a sexual or improper emotional relationship with a patient or someone close to them”*.

La Guía de Conducta Ética de Irlanda³⁴ manifiesta en el artículo 3.2: *“Patients must always be treated with dignity and respect. Rude and insensitive behaviour towards patients or their relatives is unacceptable”* y en el artículo 3.9 afirma *“Any intimate examination should be accompanied by an explanation. The patient, irrespective of age or gender, should be offered a chaperone”*. Finalmente, en su artículo 3.11 indica que *“A doctor’s professional position must never be used to pursue a relationship of an emotional, sexual or exploitative nature with a patient, the patient’s spouse, or a near relative of a patient. The practice of medicine involves a complex affinity between doctors and their patients with the latter sometimes becoming emotionally dependent. Doctors should be aware of this and are urged to take special care and prudence in circumstances that could leave them open to an allegation of abuse of their position”*.

Artículo 9. 1

Cuando el médico acepta atender a un paciente se compromete a asegurarle la continuidad de sus servicios, que podrá suspender si llegará al convencimiento de no existir hacia él la necesaria confianza. Advertirá entonces de ello con la debida antelación al paciente o a sus familiares y facilitará que otro médico, el cual transmitirá toda la información necesaria, se haga cargo del paciente.

Artículo 9. 2

El médico ha de respetar el derecho del paciente a rechazar total o parcialmente una prueba diagnóstica o el tratamiento. Deberá informarle de manera comprensible de las consecuencias que puedan derivarse de su negativa.

- Lo relacionado con el artículo 9.2 fue tratado, en una ocasión, por la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico, durante el período 2001-2008, con motivo de una consulta realizada por un Servicio de Anestesia y Reanimación de un Hospital Infantil, sobre la transfusión sanguínea en Testigos Jehová (Anexo 4.16) y, finalmente, dio lugar a la *Declaración sobre la Ética médica en la atención del menor maduro*, que será tratada en el artículo 10.6 del actual Código.

Al ítem n. 46 “Siempre se debe informar al paciente de lo que hace incorrectamente”, los encuestaron manifestaron:

- Si	144 (52.2)
- No	32 (11.6)
- Sólo si es bueno para él	100 (36.2)

Artículo 9. 3

Si el paciente exigiera del médico un procedimiento que éste, por razones científicas o éticas, juzga inadecuado o inaceptable, el médico, tras informarle debidamente, queda dispensado de actuar.

Un 71.6 % de los colegiados que respondieron a la encuesta realizada opina que no siempre se deben respetar los deseos del paciente.

Artículo 9. 4

El médico en ningún caso abandonará al paciente que necesitara su atención por intento de suicidio, huelga de hambre o rechazo de algún tratamiento. Respetará la libertad de los pacientes competentes. Tratará y protegerá la vida de todos aquellos que sean incapaces, pudiendo solicitar la intervención judicial, cuando sea necesario.

El Código Deontológico de la Ordem dos Médicos de Portugal⁵¹, respecto a la huelga de hambre, manifiesta en su artículo 57: “*Quando o preso ou detido recusar alimentar-se, o Médico, tendo verificado que o mesmo está em condições de compreender as consequências da sua atitude e delas tomou conhecimento, deve abster-se de tomar a iniciativa ou de participar em actos de alimentação coerciva, ainda que perante perigo iminente da vida. A verificação prevista deve ser confirmada por outro Médico estranho à instituição prisional*” (Cuando un preso o detenido rehúsa alimentarse, el Médico, habiendo comprobado que el sujeto está en condiciones de comprender las consecuencias de su actitud y es consciente de ellas, debe abstenerse de tomar la iniciativa o de participar en actos de alimentación coercitiva, aunque exista peligro inminente vital. La comprobación prevista debe ser confirmada por otro Médico ajeno a la institución penitenciaria).

En el mismo sentido se manifiesta el artículo 53 del Codice di Deontologia Medica⁵² de Italia: “*Quando una persona rifiuta volontariamente di nutrirsi, il medico ha il dovere di informarla sulle gravi conseguenze che un digiuno protratto può comportare sulle sue condizioni di salute. Se la persona è consapevole delle possibili conseguenze della propria decisione, il medico non deve assumere iniziative costrittive né collaborare a manovre coattive di nutrizione artificiale nei confronti della medesima, pur continuando ad assisterla*”.

Artículo 10. 1

Los pacientes tienen derecho a recibir información sobre su enfermedad y el médico debe esforzarse en dársela con delicadeza y de manera que pueda comprenderla. Respetará la decisión del paciente de no ser informado y comunicará entonces los extremos oportunos al familiar o allegado que haya designado para tal fin.

En el ítem n. 48 “Los familiares cercanos del paciente deben ser siempre informados de sus enfermedades” de la encuesta realizada, se obtuvieron las siguientes respuestas:

- Si	40 (14.3)
- No	11 (3.9)
- Sólo si es bueno para ayudarle	58 (20.8)
- Sólo si lo permite el paciente	170 (60.9)

El artículo 25 del Código de Deontología de los Médicos de Cataluña especifica: “*El médico informará a las personas vinculadas al paciente, cuando éste así lo autorice o cuando el médico intuya que no existe la posibilidad de una comprensión lúcida por parte del paciente*”.

Artículo 10. 2

Un elemento esencial de la información debida al paciente es darle a conocer la identidad del médico que en cada momento le está atendiendo.

Artículo 10. 3

El trabajo en equipo no impedirá que el paciente conozca cual es el médico responsable de la atención que se le presta y que será su interlocutor principal ante el equipo asistencial.

Artículo 10. 4

Cuando las medidas propuestas supongan para el paciente un riesgo significativo el médico le proporcionará información suficiente y ponderada a fin de obtener, preferentemente por escrito, el consentimiento específico imprescindible para practicarlas.

El Informe de la Comisión Central de Deontología “Incidencia que los cambios filosóficos, morales, jurídicos y profesionales que la sociedad actual tienen sobre algunas normas deontológicas por las que se ha regido la profesión médica”, enviado a todos los miembros de la Asamblea General en febrero de 2000, indica en su Conclusión Primera que “*El consentimiento informado, tal y como está planteado en la actualidad, no es deontológico, y la Ley General de Sanidad que lo contempla como tal debería cambiarse*”. Previamente, expone en su Consideración Segunda que “*Esta actitud judicial ha llevado a los médicos a utilizar el Consentimiento informado como un arma defensiva frente a hipotéticas reclamaciones por parte de pacientes.... Queda claro que el propio Código de Ética y Deontología Médica, aún defendiendo el derecho de autonomía del paciente, aboga porque el médico le informe en positivo solamente de lo necesario en cada momento y no de todas y cada una de las complicaciones que pudieran acaecer aunque la posibilidad de que ocurran sea mínima. Defiende por tanto la información dosificada de acuerdo con el estado y la personalidad del paciente.*”. Todo ello basado en los Artículos 8.1, 9.2, 10.1 y 10.4.

En referencia a esta materia, el Codice di Deontologia Medica⁵² de Italia afirma en su artículo 18 que “*I trattamenti che comportino una diminuzione della resistenza psico-fisica del malato possono essere attuati, previo accertamento delle necessità terapeutiche, e solo al fine di procurare un concreto beneficio clinico al malato o di alleviarne le sofferenze*”.(Los

tratamientos que comportan una disminución de la resistencia psico-física del enfermo pueden ser usados previa confirmación de la necesidad terapéutica y sólo con el fin de procurar un concreto beneficio clínico al enfermo o de aliviarle el sufrimiento).

Artículo 10. 5

Si el enfermo no estuviese en condiciones de dar su consentimiento por ser menor de edad, estar incapacitado o por la urgencia de la situación, y resultase imposible obtenerlo de su familia o representante legal, e médico deberá prestar los cuidados que le dicte su conciencia profesional.

El del artículo 15 del Código de Deontología de los Médicos de Cataluña³⁸ especifica: “*Cuando los responsables de un paciente incapacitado o menor rechacen, aunque sea por razones de conciencia, un tratamiento que los conocimientos médicos reconozcan como válido y necesario para su vida, el médico, en caso de urgencia, debe prescindir del consentimiento*”.

Artículo 10. 6

La opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y su grado de madurez.

Lo relacionado con el artículo 10.6 fue tratado, en dos ocasiones, por la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico, durante el período 2001-2008.

Uno de los casos fue con motivo de una consulta realizada por un Servicio de Anestesia y Reanimación de un Hospital Infantil sobre la trasfusión sanguínea en Testigos Jehová (Anexo 4.16). El otro caso se refirió a un Informe sobre el estado actual de los artículos 33 y 59 del Código de Deontología de Cataluña, suspendidos judicialmente⁵³.

Respecto al menor, la Guía de Conducta Ética de Irlanda³⁴ indica en su artículo 18.3 que “*Where the consent of parents or guardians is normally required in respect of a child for whom they are responsible, due regard must be had to the wishes of the child. The doctor must never assume that it is safe to ignore the parental/guardian interest*”.

El 54.1 % de los encuestados opinan que los menores de 16 años nunca deben ser tratados médicamente sin el consentimiento de sus padres.

La Declaración sobre la Ética médica en la atención del menor maduro, aprobada por la Asamblea General en noviembre de 2007 establece:

“1.5....Asimismo el menor debe ser capaz de dar motivos razonables que fundamenten su parecer, siendo capaz de ponderar los riesgos y beneficios de su decisión.

1.8. Todo paciente menor, que el médico considere maduro, debe recibir la información sobre diagnóstico, pronóstico y posibilidades de tratamiento de su enfermedad.

1.9. En ningún momento se debe olvidar que son los padres del menor los que en principio están más capacitados para valorar su grado de madurez por lo que, siempre que sea posible, se les deberá incluir en la valoración del menor.

4.1. El concepto de menor maduro no implica la eliminación de la intervención de los padres como garantes de su salud. Aún en las situaciones en las que el menor sea considerado maduro por el médico y por tanto con capacidad de decidir, los padres o tutores

legales deben ser informados sobre el acto médico que se pretende llevar a cabo y recabar su consentimiento.

4.8. *En las situaciones de urgencia prevalecerá la opinión del médico, el cual tomará las decisiones oportunas para respetar la vida humana y la dignidad de la persona.*

4.9. *El médico tiene la obligación legal de informar siempre a los padres en caso de actuaciones de grave riesgo para la salud, en casos de aborto y esterilización, en la práctica de ensayos clínicos la práctica de reproducción humana asistida, así como de obtener su consentimiento previo.”*

Artículo 11. 1

Es derecho del paciente obtener un certificado médico o informe realizado por el médico que le ha atendido, relativo a su estado de salud o enfermedad o sobre la asistencia prestada. Su contenido será auténtico y veraz y será entregado únicamente al paciente o a la persona por él autorizada.

La “Declaración sobre las cualidades del certificado médico y sobre sus diferencias con los partes y los informes médicos. Peculiaridades del certificado médico de defunción”, aprobada por la Asamblea General en enero de 2007, establece:

“2.3. Ante la solicitud de certificado o informe médico por parte de las compañías de seguro, se deberá atender a las siguientes reglas:

a.- La emisión por parte del médico que atiende habitualmente a un paciente, de certificados o informes médicos a una compañía de seguros, requiere consentimiento informado y expreso de éste. Sin tal consentimiento no debe proporcionar la información. El traslado de esa información deberá hacerse en condiciones que garanticen su confidencialidad, lo que hace aconsejable que los informes se remitan a los servicios médicos de las aseguradoras.

b.- Si el médico realiza el reconocimiento del paciente por encargo de la compañía seguros, deberá informar al paciente, antes de actuar, del título en virtud del cual actúa, y de que su informe y conclusiones se entregarán a la aseguradora. El paciente tiene derecho, antes de que se remita el informe a la compañía, a ser informado de los resultados del reconocimiento y a ser advertido de las consecuencias que de esa remisión pudieran derivarse.

2.4. Como principio general, la autocertificación se ha de tener como contraria a la ética profesional.

2.6. El certificado es un documento que no va dirigido a nadie en particular. Ello obliga a tener presente que, independientemente de la explicación dada por el solicitante legítimo, puede ser utilizado para cualquier fin, lo que obliga a extremar la precaución tanto en la forma como en el contenido de esos documentos. Por ello, es necesario seguir criterios estrictos de exactitud, precisión terminológica y prudencia, evitando cualquier tipo de deformación complaciente o acomodaticia del hecho médico observado.

2.9. El médico no está obligado a expedir un certificado si la falta de pruebas o de datos, o la carencia de una competencia específica, no le permiten afirmar los hechos que habrían de ser acreditados. Los problemas de este tipo, que puede presentarse en situaciones dispares, podrán orientarse hacia soluciones diversas (certificado médico de aptitud deportiva, solicitudes de inmigrantes para obtener el permiso de residencia, certificación de capacidad para determinadas funciones, iniciación de un expediente de incapacitación).

2.10. Cuando así lo establezca una disposición legal o reglamentaria, la expedición de certificados es gratuita por parte del médico. En la práctica privada, los médicos podrán cargar honorarios en razón de los reconocimientos y exámenes que hayan tenido que practicar. Los médicos que prestan asistencia en centros públicos o por cuenta de terceros nunca podrán cobrar honorarios, pues la emisión del certificado cae dentro del concepto de prestación sanitaria. Los médicos que presten Servicio en Mutuas de Seguro Libre deberán atenderse al contenido de la póliza contratada por el solicitante.

2.13- Teniendo en cuenta que su contenido es garantía de un hecho, están ética y legalmente prohibidos los certificados médicos de complacencia.

4.1. El informe médico es un documento mediante el cual el médico responsable de un paciente, o el que lo ha atendido en un determinado episodio asistencial, da a conocer aspectos médicos relacionados con los trastornos que sufre, los métodos diagnósticos y terapéuticos aplicados, y, si procede, las limitaciones funcionales que se puedan derivar.

4.2.- El informe médico sirve para dejar constancia de un estado de salud, incluso al anterior al de la fecha de petición, y su vigencia, por tanto, no está limitada a un periodo de tiempo.

4.3. La petición de informe médico puede estar vinculada a motivos de interés particular o de orden legal y a los efectos correspondientes.

4.4.- El valor de prueba y de garantía que el ordenamiento jurídico y la sociedad confieren a los informes médicos obligan a extremar el rigor de su contenido, y a evitar incluir en ellos términos ambiguos o informaciones insuficientes o excesivas que puedan confundir al destinatario.

4.5. Entre los informes médicos se ha de incluir el informe de alta médica, que es el documento emitido por el médico responsable al finalizar cada proceso asistencial de un paciente en un centro sanitario, y en el que especifican, además de un breve resumen de la historia clínica, los datos más relevantes la actividad asistencial prestada durante el ingreso y las recomendaciones terapéuticas.

5.5. No se deben incluir en los certificados o informes médicos valoraciones de los hechos constatado, ni valoraciones críticas sobre la actuación de los profesionales que han intervenido. En un certificado médico están fuera de lugar las expresiones que pudieran desacreditar o desprestigiar a otros médicos.

5.6. Es obligado hacer constar la fecha en que se expide el certificado, seguida de la firma del médico que certifica.”

El artículo 130 del Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú⁴³ ordena: “Ningún médico debe expedir certificado de salud, enfermedad o muerte, referente a familiares o personas que están bajo su dependencia civil o de aquellas cuyo fallecimiento pueda proporcionar beneficio al médico o sus familiares directos”.

Artículo 11. 2

El médico certificará sólo a petición del paciente, de su representante legalmente autorizado o por imperativo legal. Especificará qué datos y observaciones ha hecho por sí mismo y cuáles ha conocido por referencia. Si del contenido del dictamen pudiera derivarse algún perjuicio para el paciente, el médico deberá advertírselo.

Lo relacionado con el artículo 11.2 fue tratado, en una ocasión, por la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico, durante el período 2001-2008, con motivo de un

Informe sobre la demanda de remisión de informes clínicos y analíticos por parte de una aseguradora médica para avalar y documentar la facturación presentada por un profesional.

El informe afirmaba en sus Conclusiones que *“Los informes médicos, en independencia de la naturaleza de los mismos, se entregarán al propio paciente, a la persona por él designada o al médico peticionario con conocimiento previo del propio paciente. Si el paciente demandase la entrega personal del informe se le deberá entregar en mano y en sobre cerrado o, en su defecto, se le hará llegar por cualquier procedimiento (correo certificado) que asegure la recepción y la confidencialidad de los datos en él contenidos”* y que *“El deber deontológico de colaborar en los estudios de auditorías económica y de gestión, no obliga al médico a remitir a las aseguradoras médicas el informe clínico y los datos de identificación del paciente como medio de prueba del acto médico realizado, para avalar y documentar la facturación presentada por su ejercicio profesional”*.

Artículo 12

El consultorio médico deberá ser acorde con el respeto debido al enfermo y contará con los medios adecuados para los fines que ha de cumplir.

Respecto al consultorio, el artículo 15 del Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú⁴³ indica que *“No es ético establecer consultorios en lugares inadecuados tales como el interior de las farmacias, boticas y otros lugares de expendio de productos relacionados con la medicina”*. Y el artículo 16 especifica que *“Es falta de ética del médico hacer comercio de medicamentos y/o materiales médicos dentro de la institución donde labora, en su consultorio o fuera de él, por venta directa o por relación con fabricante o vendedor de productos farmacéuticos”*.

Algo similar contempla el artículo 121 del Código de Deontología de los Médicos de Cataluña³⁸: *“Ningún médico podrá vender a los pacientes, sirviéndose de su condición de médico, fármacos, hierbas medicinales, productos farmacéuticos o especialidades propias o fórmulas magistrales, salvo casos especiales que el Colegio de Médicos deberá autorizar expresamente”*.

El artículo 32 del Código de Deontología Médica de la Federación Médica Venezolana⁴⁵ añade alguna especificación: *“Ninguna persona legalmente autorizada para ejercer la medicina podrá ofrecer en venta medicamentos u otros productos de uso terapéutico o sugerir a sus pacientes que los adquieran en determinadas farmacias o establecimientos”*.

Artículo 13. 1

Los actos médicos quedarán registrados en la correspondiente historia clínica. El médico tiene el deber y el derecho de redactarla.

La Comisión Central de Deontología emanó en noviembre de 2007 la “Declaración sobre la historia clínica: aspectos éticos y deontológicos”, proponiendo:

“9.... El médico debe velar para que las voluntades y decisiones anticipadas que el paciente haya manifestado queden reflejadas en la historia en sitio bien visible y para una consulta inmediata y/o urgente.

10. *El idioma no debe ser una barrera que se interponga entre el paciente y su médico, ni un obstáculo para que la Historia Clínica se pueda consultar por otros colegas. Quien la redacta debe ser consciente de que los datos que él consigna hoy y que son fundamentales para tratar al paciente, serán consultados mañana por otro médico y también entonces serán vitales. Por ello, es una exigencia ética cuidar el léxico, no usar términos particulares o localistas, no utilizar abreviaturas aunque sean de uso común y escribir con letra legible.*

22. *Cualquiera que sea su edad, toda persona tiene derecho a que su intimidad sea preservada frente a terceros, incluidos los padres (Ley Orgánica 1/96, de 15 de Enero, de Protección Jurídica del Menor). El menor puede facilitar a su médico datos que deban ser preservados. Sin embargo, los padres, legal y moralmente, son los responsables de los hijos, las leyes civiles y penales les exigen velar por ellos, educarlos y darles alimentos (lo que incluye los tratamientos médicos). Por tanto, tienen el deber de informarse de todo aquello que les concierne como obligación, lo cual implica que tienen derecho al acceso a la historia de sus hijos, pero no como si fuese su propia historia. El Art. 9.3 (c de la LRAP) establece la mayoría de edad plena a los efectos de tomar decisiones en torno a su salud en los 16 años. Entre los 12 y los 16 años el menor puede tener cierta autonomía, dependiendo de su madurez intelectual y emocional, pero entendemos que los padres, como legítimos representantes y responsables legales y morales de los actos del menor, tienen derecho al acceso a la historia. El médico tiene el deber de consignar en la historia todos los actos médicos realizados sobre menores y no plegarse a presiones y complicidades (casos de abortos, enfermedades de transmisión sexual, píldora postcoital, drogadicción, etc.).”*

Artículo 13. 2

El médico y, en su caso, la institución para la que trabaja, están obligados a conservar, las historias clínicas y los elementos materiales de diagnóstico. En caso de no continuar con su conservación por transcurso del tiempo podrá destruir el material citado que no se considere relevante, sin perjuicio de lo que disponga la legislación especial. En caso de duda deberá consultar a la Comisión de Deontología del Colegio.

Artículo 13. 3

Cuando un médico cesa en su trabajo privado su archivo podrá ser transferido al colega que le suceda, salvo que los pacientes manifiesten su voluntad en contra. Cuando no tenga lugar tal sucesión, el archivo deberá ser destruido, de acuerdo con lo dispuesto en el apartado anterior.

Artículo 13. 4

Las historias clínicas se redactan y conservan para la asistencia del paciente u otra finalidad que cumpla las reglas del secreto médico y cuente con la autorización del médico y del paciente.

Lo relacionado con el artículo 13 fue tratado, en una ocasión, por la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico, durante el período 2001-2008, con motivo de un Informe sobre el escrito presentado por una colegiada referente a la resolución de la Junta Directiva de su Colegio de Médicos, acerca, del secreto médico y los archivos de historias clínicas, que

había dado lugar a un expediente disciplinario incoado por la Administración a la colegiada (Anexo 4.13).

Artículo 13. 5

El análisis científico y estadístico de los datos contenidos en las historias y la presentación con fines docentes de algunos casos concretos pueden proporcionar informaciones muy valiosas, por lo que su publicación y uso son conformes a la deontología, siempre que se respete rigurosamente la confidencialidad y el derecho a la intimidad de los pacientes.

Artículo 13. 6

El médico está obligado, a solicitud y en beneficio del paciente, a proporcionar a otro colega los datos necesarios para completar el diagnóstico, así como a facilitarle el examen de las pruebas realizadas.

El artículo 176 del Código de Deontología Médica de la Federación Médica Venezolana⁴⁵ indica que “*En ningún caso debe permitir el médico el examen directo de la historia clínica por el paciente o sus allegados. Solo puede hacerlo el médico especialmente autorizado por éstos*”.

CAPÍTULO IV. SECRETO PROFESIONAL DEL MÉDICO

Artículo 14. 1

El secreto médico es inherente al ejercicio de la profesión y se establece como un derecho del paciente a salvaguardar su intimidad ante terceros.

Artículo 14. 2

El secreto profesional obliga a todos los médicos cualesquiera que sea la modalidad de su ejercicio.

La nota de la Comisión Central de Deontología sobre ética de las auditorias de historias clínicas, aprobada por la Asamblea General en junio de 2006, establece:

“4...., el hecho de ser médico o de trabajar en una institución sanitaria no confiere por sí mismo el derecho a conocer información confidencial de un paciente.

5. La deontología médica establece tan solo dos posibles excepciones al deber de secreto médico: la evitación de graves daños al propio paciente o a terceras personas, a lo cual se añadiría el imperativo legal. Por tanto, para acceder a información de las historias clínicas para la realización de investigación médica en sentido clásico, actualmente no hay duda de que se requiere el adecuado consentimiento del paciente.

6. No siempre es sencillo determinar si un estudio realizado a partir de la información obtenida de historias clínicas constituye una investigación en sentido clásico o se puede definir como un estudio de calidad incluido dentro de los modernos procesos asistenciales,

cuyos beneficios para la salud de los pacientes individuales son actualmente incuestionables y para los cuales se presume un consentimiento implícito”.

El Code de Déontologie Medicale²⁶ de Francia indica en su artículo 95 que « *Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions* » (El hecho para un médico de estar ligado para su ejercicio profesional por un contrato o por un Estatuto a una Administración, un colectivo o cualquier otro organismo público o privado, no le exime nunca de sus deberes profesionales y en particular de sus obligaciones concomitantes al secreto profesional y a la independencia de sus decisiones).

Artículo 14. 3

El médico guardará secreto de todo lo que el paciente le haya confiado y de lo que de él haya conocido en el ejercicio de la profesión.

Artículo 14. 4

La muerte del paciente no exime al médico del deber del secreto.

Artículo 15. 1

El médico tiene el deber de exigir a sus colaboradores discreción y observancia escrupulosa del secreto profesional. Ha de hacerles saber que ellos también están obligados a guardarlo.

Lo relacionado con este artículo fue tratado, en una ocasión, por la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico, durante el período 2001-2008, con motivo de un Informe sobre un escrito presentado por una colegiada referente a la resolución de la Junta Directiva de su Colegio de Médicos, acerca, del secreto médico y los archivos de historias clínicas, que había dado lugar a un expediente disciplinario incoado por la Administración a la colegiada (Anexo 4.13).

Artículo 15. 2

En el ejercicio de la Medicina en equipo, cada médico es responsable de la totalidad del secreto. Los directivos de la institución tienen el deber de facilitar los medios necesarios para que esto sea posible.

El artículo 39 del Código de Deontología de los Médicos de Cataluña (2004)³⁸ establece: “*El director médico de un centro o servicio sanitario velará por el establecimiento de los controles necesarios para que no se vulnere la intimidad y confidencialidad de los pacientes que en él están acogidos así como la documentación que haga referencia a ellos”.*

Artículo 16

Con discreción, exclusivamente ante quien tenga que hacerlo, en sus justos y restringidos límites y, si lo estimara necesario, solicitando el asesoramiento del Colegio, el médico podrá revelar el secreto en los siguientes casos:

- a. Por imperativo legal.*
- b. En las enfermedades de declaración obligatoria.*
- c. En las certificaciones de nacimiento y defunción.*
- d. Si con su silencio diera lugar a un perjuicio al propio paciente o a otras personas; o a un peligro colectivo.*
- e. Cuando se vea injustamente perjudicado por causa del mantenimiento del secreto de un paciente y éste permite tal situación.*
- f. Cuando comparezca como denunciado ante el Colegio o sea llamado a testimoniar en materia disciplinaria.*
- g. Cuando el paciente lo autorice. Sin embargo, esta autorización no debe perjudicar la discreción del médico, que procurará siempre mantener la confianza social hacia su confidencialidad.*

Lo relacionado con este artículo fue tratado, en dos ocasiones, por la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico, durante el período 2001-2008.

Uno de los casos fue un Informe en relación con un conflicto generado acerca de la auditoria realizada en un consultorio médico de la provincia de (Y) por el Insalud (Anexo 4.2). El informe indicaba que *“La realización de auditorias y estudios de calidad de la atención que se presta a la población, por parte de la autoridad sanitaria está fuera de discusión por razones de interés público”* y que *“Es muy importante tener presente que en la realización de auditorias clínicas todos los médicos que participan están sujetos a secreto profesional. De igual modo están sujetos a secreto todos aquellos otros profesionales que, debidamente autorizados, colaboran o auxilian en este proceso. Los médicos que dirigen estas tareas tienen el deber de exigir y recordar a sus colaboradores esta grave obligación”*.

El segundo caso correspondió a un Informe sobre la demanda de remisión de informes clínicos y analíticos por parte de una aseguradora médica para avalar y documentar la facturación presentada por un profesional (Anexo 4.3).

La Declaración de la Comisión Central de Deontología sobre intervención de los médicos ante los medios de comunicación en casos de notorio interés público, probada por la Asamblea General en septiembre de 2005 establece:

“5. Se ha hecho habitual que la información sobre los pacientes que ingresan en un hospital con ocasión de accidentes o catástrofes sea ofrecida por el director de la institución que, a título de tal, la presenta ante los representantes de los medios. Esta información debe ajustarse a las normas de la buena práctica profesional. Ello no es difícil cuando consiste simplemente en leer un parte o responder verbalmente a las preguntas de los periodistas acerca de la situación de un colectivo de personas. En el caso de informar sobre pacientes individuales no sólo deberá contarse con la autorización del paciente, sino que no deberán ofrecerse evaluaciones diagnósticas o pronósticas sin el conocimiento y autorización del médico responsable del paciente.

6. *Las cautelas deben extremarse cuando las cámaras de televisión acuden al escenario de un accidente o entran en las áreas de urgencia o en las salas de un hospital. Los médicos responsables o los directores de las instituciones sanitarias deberán oponerse con la energía necesaria a que, en esas circunstancias tan sensibles y especiales, pueda sufrir menoscabo la intimidad de los pacientes y sus allegados o se falte al respeto que se debe a los profesionales que les atienden.*

7. *Se ha de señalar que la información sobre acciones violentas o presuntamente criminales (agresiones, envenenamientos, asesinatos) es asunto propio de la policía, no de los médicos. Estos están obligados a tratar a todos los pacientes con respeto y discreción que son debidos a todo ser humano. No corresponde a los médicos determinar la significación jurídica de las lesiones que observan y tratan, ni de los motivos que hayan podido tener quienes las hayan causado, pues ello corresponde a quienes son profesionales en los saberes y quehaceres jurídicos.”*

El 54 % de los colegiados que respondieron a la pregunta n. 44 “Teniendo en cuenta sus obligaciones de confidencialidad, ¿cree que puede hacer algo para guardar el secreto profesional de sus pacientes incluso ante la demanda de información que le puedan realizar desde un Juzgado?, cree que no puede hacer nada para guardar el secreto.

El Código Deontológico de la Ordem dos Médicos de Portugal⁵¹ indica en su artículo 44: *“Sempre que o Médico chamado a tratar uma criança, um idoso, um deficiente ou um incapaz, verifique que estes são vítimas de sevícias, maus tratos ou malévolas provações, deve tomar providências adequadas para os proteger, nomeadamente alertando as autoridades policiais ou as instâncias sociais competentes”*

El artículo 42 del código catalán³⁸ recoge: *“Cuando el médico sea requerido por la justicia para testificar en relación a un paciente en materias que conoce gracias a su profesión, tiene que dar a conocer al juez que éticamente está obligado a guardar el secreto profesional y pedirle que le exima de testificar”.*

Artículo 17. 1

Los sistemas de informatización médica no comprometerán el derecho del paciente a la intimidad.

Lo relacionado con este artículo fue tratado, en una ocasión, por la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico, durante el período 2001-2008, con motivo de Informe sobre casos particulares relevantes y, posteriormente, dio lugar a la “Declaración sobre centralización informática de datos e historias clínicas. Principios éticos de protección de la intimidad del paciente”.

El Informe se realizó sobre el conflicto surgido entre un colegiado y el Servicio Vasco de Salud en relación con el cambio al nuevo programa informático (O) para historias clínicas (Anexo 4.7). En las Conclusiones se afirmaba *“La obligatoriedad de solicitar el consentimiento expreso e individual a cada usuario, cuando en su historia clínica se realiza un cambio de soporte o de archivo no tiene actualmente soporte deontológico”.*

La “Declaración sobre centralización informática de datos e historias clínicas. Principios éticos de protección de la intimidad del paciente” establece:

“6. Los sistemas de informatización aseguran un mayor control del acceso a los datos clínicos registrados y una mayor transparencia, pero también pueden generar un mayor riesgo de acceso y divulgación no autorizada de dichos datos para fines distintos de los que llevaron a su recogida y conservación. En la medicina institucionalizada, el elevado número de personas que por cuestiones operativas tiene acceso a este tipo de información hace imposible, en la práctica, la observancia de una reserva absoluta. Los esfuerzos en medidas de seguridad no deben escatimarse, tanto más cuanto mayor sea el daño –siempre irreparable por mucho que se detecte y persiga– que podría causar un acceso no autorizado.

9. La proporción de los datos y circunstancias registrados por el médico en un documento clínico que pueda ser provechosa para otros sectores asistenciales o gestores es muy pequeña. Dicho de otro modo, una pequeña parte y solo de la información clínica del paciente está justificado que salga del centro en el que se produjo, y sólo cuando se requiera, nunca sistemáticamente.

11. Los profesionales sanitarios y no sanitarios que, por el desempeño de sus funciones, tienen contacto con la documentación clínica informatizada, están obligados a guardar el secreto profesional sobre esa información y sus claves de acceso; esta exigencia se mantendrá aunque se extinga el vínculo profesional. Igualmente, son responsables de la custodia y protección de la confidencialidad de dicha información. Las claves de acceso deben poder ser cambiadas cada cierto tiempo y para cada persona autorizada con el fin de proteger el acceso a los datos.

12. Es básico un acceso selectivo a los datos separando debidamente los datos relativos a identificación de las personas, datos médicos, datos administrativos, datos sociales y datos genéticos. Nadie, excepto el personal sanitario encargado de la atención asistencial de un paciente, podrá tener acceso a los datos completos de su historia clínica, ya que exclusivamente a ellos ha dado permiso el paciente. Esta es la gran ventaja de la tarjeta sanitaria informatizada.

15. El médico con ejercicio privado es responsable de la información sobre pacientes registrada en las aplicaciones informáticas que utilice. En el ejercicio público, también será responsable de aquellos ficheros informatizados de pacientes de los que no tenga conocimiento el responsable del centro sanitario.

18. En la búsqueda del ansiado equilibrio que permita aprovechar las ventajas de la introducción responsable de la informática en medicina, minimizando los riesgos para la seguridad de los datos personales, algunos principios deontológicos recogen los requisitos más convenientes para la protección de datos sanitarios informatizados:

- *El principio de sobriedad (pertinencia)*

De acuerdo con este principio, los profesionales sanitarios deben limitarse a recabar y registrar lo estrictamente necesario para asegurar una atención médica de calidad. Independientemente de lo difícil que puede resultar eliminar definitivamente datos introducidos en algunos tipos de sistemas informáticos que permiten rescatar archivos aparentemente borrados, es conveniente no registrar, salvo que sea imprescindible, aquellos detalles que, de revelarse, podrían poner en peligro datos muy sensibles de la intimidad de nuestros pacientes.

- *El principio de transparencia*

Es conveniente actuar correctamente, pero también dejar ver que se está actuando así, de forma que la aplicación de las nuevas tecnologías no se considere como un instrumento más, exclusivamente dirigido a mejorar la eficiencia, sino que sirve, realmente, para promocionar valores humanos como la confidencialidad. Para ello lo mejor es que el paciente conozca qué tipo de información sobre su persona está recogido, así como quién y bajo qué condiciones puede acceder y/o acceder a ella.

- *El principio de responsabilidad*

Este principio está estrechamente relacionado con la máxima hipocrática Primum non nocere. Por una parte implica que los profesionales deben ser cuidadosos y responsables en el manejo de los datos, habida cuenta de las consecuencias que para los pacientes pueden tener pequeños errores u olvidos. Por otra, recuerda que el trabajo en equipo no debe utilizarse como excusa para difuminar responsabilidades.

- *El principio de protección universal*

Hace referencia a que las medidas de seguridad para proteger los datos sanitarios deben ser aplicadas siempre, en todos los centros y para todos los usuarios (también los profesionales cuando son pacientes, por ejemplo)."

Artículo 17. 2

Los sistemas de informatización utilizados en las instituciones sanitarias mantendrán una estricta separación entre la documentación clínica y la documentación administrativa.

Artículo 17. 3

Los bancos de datos sanitarios extraídos de historias clínicas estarán bajo la responsabilidad de un médico

Artículo 17. 4

Los bancos de datos médicos no pueden ser conectados a una red informática no médica.

Artículo 17. 5

El médico podrá cooperar en estudios de auditoria (epidemiológica, económica, de gestión...), con la condición expresa de que la información en ellos utilizada no permita identificar ni directa ni indirectamente, a ningún paciente en particular.

CAPÍTULO V. CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Artículo 18. 1

Todos los pacientes tienen derecho a una atención médica de calidad humana científica. El médico tiene la responsabilidad de prestarla, cualquiera que sea la modalidad de su práctica profesional y se compromete a emplear los recursos de la ciencia médica de

manera adecuada a su paciente, según el arte médico, los conocimientos científicos vigentes y las posibilidades a su alcance.

Lo relacionado con el artículo 18.1 fue tratado, en una ocasión, por la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico, durante el período 2001-2008, con motivo de un Informe sobre la consulta realizada por el Director Gerente de Emergencias de la Concejalía de Gobierno de Seguridad y Servicios de la Comunidad de (Y), solicitando opinión respecto a los aspectos profesionales y deontológico del documento elaborado para la valoración de procedimiento de validez para la calidad asistencial en los servicios de emergencia (Anexo 4.10).

El 49.3 % de los médicos colegiados encuestados manifestó haber realizado algún curso para mejorar sus habilidades de comunicación con el paciente (pregunta n. 25).

En la pregunta n. 24, los colegiados encuestados manifiestan “las causas que influyen más en la deshumanización del acto médico”:

- Excesiva presión asistencial

Nº respuestas 259 Media 8 (s=1.83) Moda 8

- Ausencia de protección del médico

Nº respuestas 244 Media 7.8 (s=2.50) Moda 8

- Burn out del medico

Nº respuestas 248 Media 7.7 (s=2.33) Moda 10

- Promesas excesivas del sistema sanitario, con mínimas posibilidades de cumplirse

Nº respuestas 252 Media 7.7 (s=2.12) Moda 10

- Errores en la gestión del sistema sanitario

Nº respuestas 252 Media 7.2 (s=2.18) Moda 8

- Aumento de las exigencias del paciente

Nº respuestas 260 Media 7.2 (s=2.19) Moda 8

- Exceso de burocracia del sistema sanitario

Nº respuestas 255 Media 7.2 (s=1.99) Moda 8

La falta de habilidades de comunicación del médico sólo alcanza una media de 5.4 (s=2.43).

La Declaración sobre tiempos mínimos en las consultas médicas, probada por la Asamblea General en enero de 2008 establece:

“3. Sin disponer de tiempo suficiente no se puede prestar una atención sanitaria cuidadosa y atenta, tal como exige la ética profesional y la legislación, de ahí que reclamar el tiempo necesario para prestar una atención médica de calidad sea un deber deontológico y un derecho profesional irrenunciable.

5.....hay que tener en cuenta que el actual marco deontológico y legal reconoce al ciudadano unos derechos relativos a la información y el consentimiento que exigen dedicar a

la consulta médica un tiempo que hace unas décadas no se contemplaba y que actualmente puede condicionar la responsabilidad médico-legal.

7...conviene tener presente que, para mantener la competencia profesional, la asistencia clínica debe complementarse con la formación continuada. La función del médico no es sólo realizar tareas asistenciales, necesitando también disponer de tiempo en su jornada laboral para la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades, así como para la docencia y la investigación.

9. La disponibilidad del tiempo adecuado para las consultas médicas es un elemento necesario para garantizar la confianza, pilar en el que se fundamenta la dimensión humana de la relación médico-paciente, que se traduce en una Medicina más satisfactoria para el paciente y también para el profesional. Pero puede ser además un factor decisivo para la eficiencia, en la medida que ayuda a racionalizar el uso de pruebas diagnósticas y prescripciones de fármacos, lo cual también permite incrementar la seguridad del paciente y disminuir gastos.

Conclusiones

Primera. El tiempo necesario para cada acto médico debe ser fijado por el criterio profesional del médico que hará, ad casum, un juicio práctico sobre el tiempo de consulta teniendo en cuenta las necesidades individuales de cada paciente y la obligación de procurar la mayor eficacia en su trabajo, así como el rendimiento óptimo de los medios que la sociedad pone a su disposición. Sin embargo, en condiciones ordinarias, se debe establecer un tiempo mínimo decente como límite infranqueable.

Tercera. Los Colegios de Médicos deben recoger y amparar las denuncias que, en el ejercicio de su responsabilidad deontológica, realizan los colegiados respecto al déficit de tiempo en sus consultas, promoviendo la búsqueda de soluciones, sobre todo estructurales, en colaboración con las sociedades científicas, las organizaciones sindicales y todos los agentes implicados en la Sanidad.”

El artículo 64 del Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú⁴³ ordena: “*El médico debe disponer del tiempo necesario para la aplicación de sus conocimientos en una exploración adecuada del paciente. El acto médico apresurado o irresponsable constituye abuso de la confianza o ignorancia del paciente, lo cual es falta grave contra la ética*”.

Artículo 18. 2

El médico no debe indicar exploraciones o tratamientos que no tienen otro fin que su protección. La Medicina defensiva es contraria a la ética médica.

Las respuestas a la pregunta n. 57 de la encuesta realizada, “¿Le parece bien el uso se la llamada Medicina defensiva?”, fueron las siguientes:

- Bien 72 (26.5)
- Mal 189 (69.5)
- Desconozco el significado 11 (4)

Artículo 19. 1

El médico debe abstenerse de actuaciones que sobrepasen su capacidad. En tal caso, propondrá que se recurra a otro compañero competente en la materia.

La vulneración del artículo 19.1 en dos casos fue motivo de propuesta de apertura de expediente por la Comisión de Ética y Deontología del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Córdoba durante el período 2002-07; en un caso el médico ejercía de traumatólogo sin serlo y en el otro actuó sobrepasando su capacidad y conocimientos. El artículo 19.2 fue motivo de propuesta de apertura de expediente por una actuación en estado de intoxicación etílica.

El Código de Ética del Colegio Médico de Chile⁴² en su artículo 20 amplía y clarifica: *“Falta a la ética el médico que en la atención de un enfermo actúe con negligencia, imprudencia o impericia.*

Será negligente aquel profesional que poseyendo el conocimiento, las destrezas y los medios adecuados, no los haya aplicado. Constituye impericia la falta de los conocimientos o destrezas requeridos para el acto médico de que se trata.

Actúa con imprudencia aquel médico que poseyendo los recursos y preparación necesarios para la atención de un paciente, los aplicare inoportuna o desproporcionadamente, como también si, careciendo de los recursos o preparación adecuados, efectuaré una atención sometiéndolo al paciente a un riesgo innecesario.

Un diagnóstico equivocado, o el fracaso de un tratamiento o de cualquier otra acción médica, habiéndose usado todos los elementos disponibles, no constituye necesariamente negligencia. La falta de recursos tecnológicos, cuya existencia no dependa del médico tratante, no acarrea responsabilidad alguna para el facultativo”.

Artículo 19. 2

Si un médico observara que por razón de edad, enfermedad u otras causas, se deteriora su capacidad de juicio o su habilidad técnica, deberá pedir inmediatamente consejo a algún compañero de su absoluta confianza para que le ayude a decidir si debe suspender o modificar temporal o definitivamente su actividad profesional.

La Guía de Conducta Ética³⁴ de Irlanda dedica varios artículos al tema de los problemas de salud del médico:

“5.1 Alcohol and Drugs

The perceived misuse of alcohol or other drugs by a doctor may be grounds for the holding of an inquiry. The complaint that a doctor has been under the influence of alcohol or drugs is a grave charge, and may lead to a finding of professional misconduct. Doctors have a further responsibility to protect the interest of the public when they become aware that the use of alcohol or other drugs is affecting the competence of a colleague. In such circumstances they should express their anxiety directly to the colleague concerned and advise that expert professional help be obtained or that the colleague be referred to the Medical Council’s Health Committee. If such approaches fail or where the interests of patients are or may be at risk, the facts must be given promptly to the Fitness to Practise Committee. Any dereliction of a doctor’s responsibility in this regard will be viewed seriously.

5.2 Physical or Psychological Disorder

A similar procedure to paragraph 5.1 is recommended when other forms of physical or psychological disorder or the ageing process appear to seriously affect a doctor's professional competence.

5.3 Doctors with Communicable Diseases

It is unethical for doctors who believe that they might be infected with a serious communicable disease not to seek appropriate medical advice. Colleagues who are consulted have a dual role. They must counsel and support the doctor concerned, but they must ensure that the doctor does not pose a risk to patients and others. If such a risk exists, the Health Committee or Fitness to Practise Committee must be informed as soon as possible”.

La “Declaración de la actitud de la Organización Médica Colegial ante los colegiados con adicciones o enfermedad mental. Modos de ayuda y rehabilitación”, aprobada por la Asamblea General en diciembre de 2005 establece:

“10. El artículo 42.n de los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial establece la prohibición de ejercer la Medicina cuando se evidencien manifiestamente alteraciones orgánicas, psíquicas o hábitos tóxicos que le incapaciten para dicho ejercicio, previo el reconocimiento médico pertinente.

16. Existen una serie de factores, contra los que hay que luchar activamente, que dificultan el tratamiento del médico en situación de adicción:

- *La conspiración del silencio: ocultación del problema por parte del enfermo, de la familia y de los colegas.*
- *Miedo a la estigmatización por el tipo de enfermedad, incluso entre los mismos colegas.*
- *Miedo a la pérdida de credibilidad y reputación (ejemplaridad contrariada).*
- *Miedo a ser reconocido o a la violación de la confidencialidad (terror a la sala de espera).*
- *Miedo a no volver a ejercer la profesión.*
- *La prepotencia terapéutica, el mito de la invulnerabilidad y el no querer asumir el rol de paciente.*

22. Los casos de médicos con problemas de adicción o enfermedades mentales, conocidos por la Junta Directiva de los Colegios de Médicos o por sus Comisiones de Ética y Deontología, deben ser valorados por colegas competentes y con experiencia en este terreno con el fin de sentar un programa terapéutico y de rehabilitación personificado. En estos casos la aplicación del PAIME (Programa de Atención Integral al Médico Enfermo) ha demostrado ser de gran ayuda y eficacia.”

Artículo 19. 3

Si el médico no fuera consciente de tales deficiencias y éstas fueran advertidas por otro compañero, éste está obligado a comunicárselo y, en caso necesario, lo pondrá en conocimiento del Colegio de Médicos, de forma objetiva y con la debida discreción. No supone esta actuación faltar al deber de confraternidad, porque el bien de los pacientes ha de ser siempre prioritario.

La “Declaración de la actitud de la Organización Médica Colegial ante los colegiados con adicciones o enfermedad mental. Modos de ayuda y rehabilitación”, aprobada por la Asamblea General en diciembre de 2005 establece:

“11. El médico enfermo suele ser incapaz de reconocer que el problema existe, y que sus colegas mantienen un tácito pacto de silencio. Además, no es ético, ni deontológicamente correcto, que un médico actúe como simple espectador ante las acciones injustas de los demás en el equipo de trabajo hacia un compañero; este comportamiento es altamente destructivo desde el punto de vista psicológico.

12. En conclusión, existen varias razones para intervenir sin dilación en estos casos: 1) alta prevalencia de la patología, que cada día aumenta más; 2) fuerte resistencia del médico adicto o enfermo a pedir ayuda, tanto a corto como a largo plazo; 3) riesgo de mala praxis y sus graves consecuencias, ya explicadas; 4) obligación deontológica de auxiliar con rapidez y eficacia al colega enfermo; 5) la intervención es eficaz, ya que el número de casos rehabilitados es superior al del resto de la población.”

En los resultados de la encuesta realizada se ha reflejado que un 20.8 % de los encuestados conoce en su centro de trabajo algún médico que se droga, se emborracha o padece enfermedad mental no controlada (ítem n. 41), pero que sólo un 13.8 % lo ha puesto en conocimiento del Colegio de Médicos con el fin de que se le pueda ayudar (ítem n. 42).

Artículo 20. 1

El médico debe disponer de libertad de prescripción y de las condiciones técnicas que le permitan actuar con independencia y garantía de calidad. En caso de que no se cumplan esas condiciones deberá informar de ello al organismo gestor de la asistencia y al paciente.

La vulneración de este artículo en un caso fue motivo de propuesta de apertura de expediente por la Comisión de Ética y Deontología del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Córdoba durante el período 2002-07, porque un médico controlador de una compañía de seguros médicos no respetó la libertad de prescripción de otros colegiados.

El Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú⁴³ presenta todo un capítulo sobre la prescripción médica; la segunda parte del artículo 28 es muy interesante teniendo en cuenta los problemas que, en los últimos años, han propiciado los poderes públicos en relación a la prescripción y dispensación: *“El médico es el único responsable del contenido de la receta o prescripción y de los efectos, en el paciente, de los medicamentos contenidos en ella, dentro de la peculiaridad de cada caso. Dicha responsabilidad cesa si la prescripción o receta es modificada o repetida en su uso sin su conocimiento y consentimiento”*.

El artículo 61.c del Código de Ética y Deontología Médica del Colegio Médico de El Salvador⁴⁴ indica que es contrario a la ética *“Utilizar para sus indicaciones o prescripciones escritas, papel, recetarios o material que contenga propaganda de establecimientos como farmacias, laboratorios u otra clase similar”*. Este tema es importante para conseguir que realmente exista libertad de prescripción por parte del médico.

Respecto al artículo 20.1 del actual Código, el Code de Déontologie Medicale²⁶ de Francia indica en su artículo 97 : *« Un médecin salarié ne peut, en aucun cas, accepter une*

rémunération fondée sur des normes de productivité, de rendement horaire ou toute autre disposition qui auraient pour conséquence une limitation ou un abandon de son indépendance ou une atteinte à la qualité des soins » (Un médico asalariado no puede en ningún caso aceptar una remuneración fundada en normas de productividad, de rendimiento horario o cualquier otra disposición que tuviere como consecuencia una limitación o un abandono de su independencia o atentara a la calidad de sus cuidados).

La Declaración de la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico sobre ética de la relación profesional del médico con la industria farmacéutica y las empresas sanitarias, aprobada por la Asamblea General el 12 de mayo de 2006 establece:

“3. Se plantean así problemas éticos y conflictos de intereses para el médico cuyo comportamiento deberá estar movido por principios de independencia profesional, lealtad hacia el paciente y transparencia hacia la sociedad. La ejemplaridad del médico es un valor moral muy relevante para fundamentar la confianza en la relación clínica y el respeto social hacia la profesión médica.

5. La relación del médico con las compañías farmacéuticas y sanitarias debe estar regida por los principios y valores característicos de la profesión médica: rigor científico y racionalidad, espíritu de cooperación, sentido de servicio a los pacientes y responsabilidad ante la sociedad. Este mismo compromiso de lealtad profesional del médico también ha de inspirar sus relaciones con las entidades proveedoras de servicios de salud, sean públicas o privadas.

7. Es aceptable, y aún necesario, que la industria farmacéutica organice y financie actividades científicas y de formación que suponen un elemento esencial y valioso de la educación médica continuada. Ello, sin embargo, no puede hacer olvidar que ésta es una obligación ética primaria del médico, en cuyo desarrollo práctico tiene una responsabilidad ineludible la institución en cuyo seno el médico desarrolla su actividad profesional en régimen de dedicación exclusiva o preferente.

8. Los médicos que asumen responsabilidades directivas en aquellas actividades científicas y de formación médica que reciben financiación de entidades comerciales privadas deben garantizar la independencia de los contenidos de los programas que ellos desarrollan, y expresarán con claridad y transparencia la naturaleza del patrocinio recibido. Quedarán claramente definidos los actos de una reunión científica dedicados a la información promocional de un producto o procedimiento. El médico que participe en estos eventos en calidad de experto deberá exigir que así se declare a todos.

10. Es incompatible con la deontología médica solicitar o aceptar contraprestaciones a cambio de prescribir un medicamento o utilizar un producto sanitario. Este principio ético fundamental no admite excepciones enmascaradas en supuestos estudios de investigación, por ejemplo de farmacovigilancia, que inducen a realizar unas determinadas prescripciones. Este criterio debe contribuir también a la reflexión, lo mismo del médico individual como de los grupos de médicos, a la hora de establecer acuerdos de colaboración con la industria sanitaria para facilitar la asistencia a congresos, actividades formativas o cualquier otro tipo de ayuda.

11. Los médicos con responsabilidades en la dirección y gestión relacionada con la adquisición de suministros sanitarios tienen un deber deontológico de ejemplaridad que

rebasar el nivel mínimo que exige la norma legal, tanto ante los médicos y el personal de su institución, como ante los usuarios. Los incentivos directos a la prescripción –positivos o negativos- son también contrarios a la ética cuando proceden de los gestores del centro sanitario, siendo especialmente reprobables si fueran promovidos por profesionales obligados a observar las normas de la deontología médica.

12. El médico, que tiene derecho a recibir una compensación razonable de la industria por su trabajo como investigador, como consultor o como docente, tiene también el deber correlativo de manifestar estos vínculos siempre que sea procedente y realizará la correspondiente declaración de intereses, especialmente al hacer públicos resultados científicos. Cuando un médico participa en una investigación científica promovida por una empresa farmacéutica deberá condicionar su participación a disponer de plena libertad para su publicación, independientemente de que los resultados sean favorables o no desde la perspectiva de la empresa promotora. El médico que en calidad de experto hace recomendaciones tanto en medios científicos como en medios de comunicación general debe hacer constar, si existen, sus vinculaciones con la industria.”

Las respuestas correspondientes al ítem n.13 de la encuesta realizada en este estudio muestran los regalos de la industria farmacéutica que aceptaron los médicos en los últimos doce meses (Nº respuestas 279, acumuladas 542):

- Ninguno	34 (6.27)
- Bolígrafos, libretas, material de escritorio	230 (42.43)
- Comidas en restaurantes	111 (20.47)
- Asistencia a congresos o cursos de formación	133 (24.53)
- Viajes de placer	5 (0.92)
- Ordenadores, agenda electrónica, cámara fotos	6 (1.10)
- Vehículos	1 (0.18)
- Matrícula de master o cursos de formación	22 (4.05)

A pesar de ello, el 73.8 % considera que los regalos de la industria farmacéutica no influyen en su prescripción.

Por otro lado, un 69.6 % opina que si la empresa sanitaria cubriera los gastos de matrícula y asistencia a congresos, cursos de formación, etc. no cambiaría sus hábitos de prescripción.

El Código de Ética del Colegio Médico de Chile⁴² dedica todo el Título V a tratar de las relaciones con empresas de productos clínicos y farmacéuticos. Consta de los siguientes artículos:

“Artículo 54. El médico mantendrá siempre una relación de independencia profesional con las empresas productoras o distribuidoras de artículos de uso clínico o farmacéuticos. Las decisiones que afecten a sus pacientes deberán siempre velar por los intereses de éstos, no pudiendo jamás perseguir la obtención de beneficios personales.

Artículo 55. El médico sólo podrá aceptar donaciones modestas o invitaciones a reuniones o congresos, proporcionadas por empresas de productos clínicos o farmacéuticos, cuando aquéllas no limiten o coarten su independencia profesional.

Artículo 56. El facultativo sólo podrá aceptar el financiamiento total o parcial de programas de formación profesional, por parte de empresas de productos médicos o instituciones de salud privadas, cuando dichos programas sean impartidos por instituciones académicas reconocidas, y siempre que este financiamiento sea conocido por todos los interesados. En todo caso, su aceptación no deberá jamás comprometer su libertad profesional para velar por el interés superior del paciente.

Infringe la ética profesional el médico que aceptare financiamiento, total o parcial, de actividades ajenas a la profesión médica, por parte de empresas de productos clínicos o farmacéuticos, tales como viajes con fines turísticos, u otras similares.

Incorre en la misma infracción el profesional que aceptare donaciones que no se avengan con aquéllas que, según la costumbre, sea lícito aceptar, atendiendo a la cuantía y naturaleza del objeto donado”.

El reciente Código Español de Buenas Prácticas de Promoción de Medicamentos y de Interrelación de la Industria Farmacéutica con los Profesionales Sanitarios⁵⁴ es bastante claro en el capítulo de los “Incentivos” que la industria farmacéutica puede entregar a los profesionales sanitarios, en el de “Hospitalidad y reuniones”, en el de “Donaciones y subvenciones” y en el que trata de “Servicios prestados por profesionales sanitarios”.

La Guía de Conducta Ética³⁴ de Irlanda indica en su artículo 4.14 *in fine* que “*Doctors should not allow their relationship with commercial firms to influence their attitude towards the design or the results of trials*”.

Artículo 20. 2

Individualmente o por mediación de sus Organizaciones el médico debe llamar la atención de la comunidad sobre las deficiencias que impiden el correcto ejercicio de su profesión.

Lo relacionado con el artículo 20.2 fue tratado, en dos ocasiones, por la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico, durante el período 2001-2008.

El primer caso fue el Informe sobre la masificación y el aumento de la presión asistencial que sufren los médicos de atención primaria, de Junio de 2001 (Anexo 4.1). Una de las Conclusiones afirmaba que “*Es contrario a la ética exigir a los médicos trabajar de manera habitual bajo una presión asistencial agobiante, sin poder dedicar un mínimo de tiempo a cada paciente, ni permitir el desarrollo de otros aspectos de la labor profesional necesarios para mantener y mejorar la calidad asistencial*”.

El segundo caso fue referente al Informe sobre escrito de la Dirección General de Recursos Humanos y Servicio Económico-Presupuestario del Ministerio de Sanidad referente a la campaña publicitaria iniciada por los MIR con el lema “Llevo 32 horas sin dormir ¿te opero?” en 2007 (Anexo 4.23). En sus conclusiones se afirmaba que “*El marco legal existente en el Estado debe impedir las situaciones en las que un profesional continúa ejerciendo tras 32 horas de trabajo ininterrumpido, ya que debe garantizar al paciente la máxima seguridad en la asistencia sanitaria que recibe, seguridad que no existe cuando el profesional que atiende a dicho paciente no tiene el descanso físico y psíquico necesario. Es responsabilidad de las Administraciones sanitarias, de los servicios y de los propios*

profesionales denunciar y evitar estas situaciones de trabajo continuado. El ejercicio profesional se ha de realizar en las mejores condiciones posibles para salvaguardar la salud de los pacientes y de los propios profesionales”.

Las respuestas más frecuentes a la pregunta n. 9 de la encuesta realizada para esta investigación dan idea de cómo reaccionan habitualmente los médicos ante la sobrecarga asistencial. Las contestaciones más frecuentes fueron:

- Ejercita la paciencia

Nº respuestas 244 Media 6.62 (s=2.11) Moda 8

- Le echa la culpa al sistema sanitario

Nº respuestas 236 Media 5.55 (s=2.30) Moda 8

- Se toma un respiro para aclarar las ideas, aunque los pacientes protesten

Nº respuestas 234 Media 4.55 (s=2.39) Moda 7

Artículo 21. 1

El ejercicio de la Medicina es un servicio basado en el conocimiento científico, en la destreza técnica y en actitudes éticas, cuyo mantenimiento y actualización son un deber individual del médico y un compromiso de todas las organizaciones y autoridades que intervienen en la regulación de la profesión.

Lo relacionado con el artículo 21.1 fue tratado, en una ocasión, por la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico, durante el período 2001-2008, con motivo del Informe sobre la consulta realizada por el Director Gerente de Emergencias de la Concejalía de Gobierno de Seguridad y Servicios de la Comunidad de (Y), solicitando opinión respecto a los aspectos profesionales y deontológico del documento elaborado para la valoración de procedimiento de validez para la calidad asistencial en los servicios de emergencia (Anexo 4.10).

La Declaración de la Comisión Central de Deontología sobre las fronteras internas del ejercicio profesional, probada por la Asamblea General en mayo de 2007, establece:

“Igualmente, existe una frontera entre acto médico genérico y acto médico especializado, que vendría determinada por razones técnicas y de habitualidad.

Un acto médico se considera especializado cuando, por su complejidad y posibles riesgos, requiere conocimientos específicos adquiridos en el curso de un adiestramiento reglado y controlado, o implique la utilización de técnicas complejas o instrumentación específica, o existe consenso universal de que ese acto corresponde a una determinada especialidad y que debe ser abordado sólo por especialistas.

Un acto médico se considera exclusivo de una especialidad porque reúne los requisitos antes mencionados, no por el mero hecho de que una guía de la especialidad así lo diga.

Actos médicos interespecializados o pluriespecializados son aquellos que pueden ser realizados por quienes practican diferentes especialidades, siempre que se demuestre que en su periodo formativo han recibido ese adiestramiento y son competentes para ello.

Actos paramédicos son los pueden realizar miembros de profesiones distintas de la Medicina (Enfermeros, Matronas, Ópticos, Foniátras, Psicólogos, etc.), bajo la dirección o indicación de un médico. Aunque por la comprensividad del título (el que puede lo más, puede lo menos), un Licenciado en Medicina podría realizar actos paramédicos propios de otras profesiones, no sería ético que así lo hiciera, y mucho menos si los practicara de modo frecuente y como actividad habitual.

Los actos especializados deben quedar reservados a los médicos que posean el título correspondiente, sin perjuicio de que cualquier Titulado en Medicina y Cirugía pueda en ocasiones realizar actos que, en otras circunstancias, quedarían reservados a los especialistas. Las fronteras entre las técnicas asistenciales que son de común aceptación existen, aunque sean permeables. A ningún médico, si posee la destreza y los conocimientos necesarios, se le puede impedir que los aplique en beneficio de sus pacientes, tenga o no título de especialista.

El título de especialista confiere los derechos que señala la Ley y supone una legítima presunción de preparación, conocimientos y destreza, pero no supone de por sí y de modo indefinido, automático y perpetuo la posesión de la necesaria competencia. No se puede olvidar que el médico especialista está legal y éticamente obligado a mantenerse al día, a no exceder su capacidad, y a no incurrir en errores por falta de preparación o por exceso de confianza. Por ello, en caso de que su actuación redundase en daño de un paciente, se verá obligado a justificar su competencia actual: la posesión del título no le confiere inmunidad ante la negligencia o falta de buen juicio. Tal exigencia se impone con más apremio al médico que no poseyera la titulación de especialista, que obviamente encontrará más dificultades para justificarla.

Es contrario a la Ética y Deontología Médicas que un médico se titule expresamente de Especialista sin serlo. Igualmente atenta contra las normas éticas y deontológicas el médico que, sin serlo, actúa como especialista de un modo habitual de forma que pueda inducir a error a los pacientes acerca de su cualificación profesional. No salva esta conducta el hecho de que tal actuación se pretenda enmascarar bajo la pertenencia a un equipo de especialistas: es obligado hacer constar de modo explícito la carencia personal de titulación especializada como parte de la información debida a los pacientes.

El médico que sin poseer el título de especialista, o titulado en otra especialidad diferente, proyecta una determinada intervención que puede considerarse típica de una especialidad de la que no está titulado, está obligado a considerar si posee realmente los conocimientos, las habilidades y la experiencia necesarias para llevarla a cabo y para asumir las consecuencias de su actuación. En todo caso, está obligado a comunicar previamente tal extremo al paciente cómo parte de la información que a éste le es debida.”

Solo un 31.3 % de los colegiados encuestados respondió afirmativamente a la pregunta n. 20 “Las especialidades deberían tener tajantemente especificadas las técnicas, intervenciones y campos de actuación que se pueden realizar en cada una, de forma que otra especialidad no pueda realizarlas”.

Artículo 21. 2

En tanto las llamadas Medicinas no convencionales no hayan conseguido dotarse de base científica, los médicos que las aplican están obligados a informar a los pacientes, de forma clara e inteligible, de su carácter complementario.

Lo relacionado con el artículo 21.2 fue tratado, en dos ocasiones, por la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico, durante el período 2001-2008.

La primera cuestión fue un Informe sobre el escrito presentado por un colegiado en solicitud de reconocimiento de la Acupuntura como acto médico (Anexo 4.4), tema sobre el que, posteriormente, se desarrolló la Declaración sobre la Ética de la práctica de la Acupuntura. La segunda se trató con motivo de la solicitud por parte de varios colegiados de un Informe a cerca de la Homeopatía como acto médico.

La Declaración sobre la Ética de la práctica de la acupuntura, probada por la Asamblea General en octubre de 2004 establece:

“9. No es misión de esta Comisión Central de Deontología entrar a juzgar la eficacia de la Acupuntura como técnica terapéutica, la Organización Médica Colegial ha de regular aquellos aspectos deontológicos particulares que conlleva su práctica. Esta actividad ha sido reconocida y aceptada por la OMS. como un método útil en la actividad médica y viene avalada por una práctica continuada a lo largo de los siglos.

13. Dicho de otra forma, entendiéndolo por acto médico toda actividad lícita, desarrollada por un profesional médico, legítimamente capacitado, conducente a la curación de una enfermedad, al alivio de un padecimiento o a la promoción integral de la salud, se incluyen, por tanto, actos diagnósticos, curativos, de alivio del dolor, la preservación de la salud, por medios directos e indirectos. Entendemos que los actos en que se basa la práctica de la Acupuntura son médicos y por tanto reservados a los mismos, independientemente de que se autorice a otro personal sanitario a aplicar las prescripciones del médico que practica la acupuntura en lo referente a acupresión, moxibustión, ventosas y auriculoterapia.

16. El Código de Ética y Deontología Médica de 1999 deja claro en su artículo 21.2 la obligación del médico que practica la acupuntura de informar a los pacientes del carácter complementario de la técnica que realiza. Igualmente, deberá mantener al día sus conocimientos sobre los mecanismos de acción de la Acupuntura que se vayan descubriendo para integrarlos con los de la medicina occidental convencional (artículo 18 del CEDM).

22. La Acupuntura, tal como se ha definido previamente, es una técnica terapéutica de carácter invasivo que precisa un previo diagnóstico según los postulados de la medicina tradicional china, el cual sólo puede ser realizado por un médico que, con visión integradora con la medicina occidental, juzgue que es el tratamiento más adecuado o complementario para un paciente concreto.”

El Informe de la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico sobre la homeopatía como acto médico, aprobado por la Comisión Permanente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos en septiembre de 2008 aclara las directrices deontológicas para la práctica de la Homeopatía y establece en sus conclusiones que:

“La Homeopatía, tal como se ha definido previamente, se debe entender como una técnica terapéutica que precisa un previo diagnóstico según sus propios postulados, que por tanto sólo puede ser ejercida por un facultativo, quien con una visión integradora y complementaria con la medicina occidental, juzgará si es el tratamiento más adecuado o complementario para determinado paciente.”

La Guía de Conducta Ética³⁴ de Irlanda es de los pocos códigos que hace referencia a las Medicinas no convencionales o complementarias, indicando en su artículo 4.5 que *“Complementary medicine should only be used where there is evidence that it will benefit the patient. Doctors who practice or refer patients for complementary medicine must be aware of the efficacy and potential side effects of those treatments and advise patients accordingly”*.

Artículo 22. 1

No son éticas las prácticas inspiradas en el charlatanismo, las carentes de base científica y que prometen a los enfermos curaciones; los procedimientos ilusorios o insuficientemente probados que se proponen como eficaces; la simulación de tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas; y el uso de productos de composición no conocida; y el ejercicio de la Medicina mediante consultas exclusivamente por carta, teléfono, radio, prensa o internet.

La vulneración del artículo 22.1 en un caso fue motivo de propuesta de apertura de expediente por la Comisión de Ética y Deontología del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Córdoba durante el período 2002-07, debido al el uso de productos de adelgazamiento de composición no conocida y con efectos secundarios.

Lo relacionado con el artículo 22.1 fue tratado, en tres ocasiones, por la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico, durante el período 2001-2008. Todos los casos hacen referencia a tratamientos sin base científica. Uno de los infractores ya había sido condenado por la Audiencia Provincial (Anexo 4.9).

Otro caso corresponde a un Informe sobre el Recurso de Alzada interpuesto ante el Consejo General de Colegios de Médicos por la colegiada infractora contra la sanción disciplinaria impuesta por su Colegio Oficial de Médicos, en el que se afirmaba que la colegiada había incumplido reiterada y sistemáticamente las normas éticas y deontológicas que rigen la actuación profesional de los Médicos, incurriendo así en mala praxis profesional (Anexo 4.18).

El último caso era referente a un Informe sobre la consulta realizada por un Colegio de Médicos sobre si es conforme con la deontología médica la realización de controles de incapacidad temporal mediante llamadas telefónicas a los asegurados que se encuentran en tal situación (Anexo 4.19). Las Conclusiones afirmaban que *“Resulta evidente que, independientemente de la finalidad prevista mediante tal actuación, cualquier acción médica de control de un proceso patológico es incompatible con su realización mediante un contacto telefónico entre el médico y el paciente, sin que obste a tal incompatibilidad el que el citado control no tenga finalidad asistencial sino de control de la incapacidad temporal que el proceso patológico origine”*. Y que *“La Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado considera contraria a la buena práctica médica y a las normas éticas y deontológicas que deben presidir la actuación de todo médico, la petición indiscriminada de información clínica mediante conversaciones telefónicas, estimando que la actuación*

correcta implica ineludiblemente el contacto personal y directo entre el médico y el enfermo”.

El artículo 17 del Código de Deontología de los Médicos de Cataluña (2004)³⁸ manifiesta al respecto: *“El correo electrónico, como otros medios no presenciales, es éticamente aceptable dentro de la relación médico paciente, siempre que sea clara la identificación mutua y el médico debe actuar como lo haría en el ámbito de la relación directa”.*

La Guía de Conducta Ética³⁴ de Irlanda es de los pocos códigos que hacen referencia a la telemedicina, dedicándole el artículo 10.6: *“Telemedicine allows doctors to practice medicine from a distance even across national boundaries using telecommunication systems such as telephone, internet and video link. Doctors providing telemedicine services to patients in Ireland must be registered with the Medical Council. In certain circumstances, doctors in Ireland will consult with colleagues abroad; this is acceptable provided the overseas doctor is licensed in the jurisdiction in which he or she practices and is currently in good standing. When providing telemedicine services, doctors must pay attention to issues such as record keeping and confidentiality as well as the training, competence, authorisation, legislation and indemnity required to practise telemedicine in any jurisdiction”.*

La Declaración de la Asociación Médica de Australia⁵⁵, On-line and other Broadband Connected Medical Consultations, *“no apoya la prestación de consultas electrónicas entre médicos y pacientes donde no existe una relación establecida. Las únicas excepciones deben ser donde no hay alternativas prácticas disponibles, por ejemplo, tratamiento de emergencia remoto de una persona con buena salud o donde proporciona acceso a servicios médicos en lugares en los que de otro modo dichos servicios no estarían disponibles”.*

Según la Declaración de la Asociación Médica de Finlandia⁵⁶, Ethical Guidelines in Telemedicine, *“Las reglas normales de confidencialidad y de seguridad también se aplican a la documentación en la telemedicina. Los métodos de almacenamiento o transmisión pueden ser utilizados sólo si se pueden garantizar la confidencialidad y la seguridad. Los datos del paciente y otra información sólo puede ser transmitida al médico u otro profesional de la salud por solicitud o con el consentimiento informado (permiso) del paciente y hasta cuando lo haya aprobado. La información transmitida debe estar relacionada con el problema en cuestión”.*

Artículo 22. 2

No se debe facilitar el uso del consultorio o encubrir de alguna manera a quien se dedica al ejercicio ilegal de la profesión.

CAPÍTULO VI. DE LA REPRODUCCIÓN HUMANA

Artículo 23. 1

El médico es un servidor de la vida humana. No obstante, cuando la conducta del médico respecto al aborto se lleve a cabo en los supuestos legalmente despenalizados, no será sancionada estatutariamente.

Lo relacionado con el artículo 23.1 fue tratado, en dos ocasiones, por la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico, durante el período 2001-2008.

El primer caso fue en enero de 2007 con motivo de un Informe sobre la documentación remitida por un colegiado sobre acontecimientos que estaban ocurriendo en Barcelona respecto a abortos (Anexo 4.21). Las dos primeras Conclusiones resultan esclarecedoras:

Primera: Por lo tanto, es procedente, ante la gravedad de las informaciones disponibles, investigar si el colegiado D. (X) ha sido promotor, inductor, y/o autor de abortos ilegales, especialmente en mujeres en adelantado estado de gestación, prácticas en todo caso contrarias al comportamiento ético-deontológico de la profesión médica y a la legislación española que regula la materia, máxime si se tienen en cuenta los antecedentes penales del Dr. (X) por práctica de abortos ilegales en la clínica (Y) de (Z) hace unos años. En el mismo sentido se deben investigar las actuaciones de los facultativos que, formando parte del cuadro médico del mencionado centro médico, que hayan podido realizar las mismas prácticas denunciadas. También deben investigarse las presuntas irregularidades relativas a los informes psiquiátricos que avalan que el embarazo de la paciente supone un peligro para su salud física o psíquica, teniendo en cuenta que debe ser superior al que ocasiona el propio aborto.

Segunda: El Consejo General de Colegios de Médicos tiene atribuida específicamente la vigilancia del ejercicio profesional y de las informaciones aparecidas en los medios de comunicación social que hagan referencia profesional y puedan dañar a la salud pública o a los legítimos intereses, prestigio y dignidad tradicionales de la profesión médica (Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial, artículo 32.1). En este sentido, sería conveniente recordar a la sociedad que el Código de Ética y Deontología Médica español defiende al paciente desde que nace hasta que muere, respetando su dignidad en todo momento, y que la Organización Médica Colegial pone todos los medios a su alcance para que así sea.

El segundo caso, en noviembre de 2007, fue el Informe sobre el estado actual de los artículos 33 y 59 del Código de Deontología de (X) (Anexo 4.24), suspendidos judicialmente⁹¹.

La Declaración de Oslo de la AMM sobre el Aborto Terapéutico (enmendada por la Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, octubre 2006) indica en su punto 1: “La AMM pide al médico que mantenga el respeto de la vida humana” y en el punto 4 afirma: “No es función de la profesión médica determinar las actitudes y reglas de una nación o de una comunidad en particular con respecto a este asunto, pero sí es su deber asegurar la protección de sus pacientes y defender los derechos del médico en la sociedad”.

Un 65.7 % de los colegiados encuestados opina que el médico puede negarse a realizar un aborto aunque la ley lo permita (pregunta n. 56).

El Ärztliche Berufsordnung¹⁸ de Alemania indica en el artículo B.III. § 14 (2) que “Der Arzt, der einen Schwangerschaftsabbruch durchführt oder eine Fehlgeburt betreut, hat dafür Sorge zu tragen, dass die tote Leibesfrucht keiner missbräuchlichen Verwendung zugeführt wird” (El médico que realiza un aborto o atiende un nacimiento fallido tiene la obligación de preocuparse de que el cuerpo muerto no sea mal usado).

El Code de Deontologie Medicale²⁷ de Bélgica establece en su artículo 87 : "*L'avis de la patiente, quant à la destination finale du produit de l'avortement, sera toujours sollicité et respecté. L'exploitation du produit de l'avortement à des fins commerciales est interdite*" (El deseo de la paciente en cuanto al destino final del producto del aborto siempre será solicitado y respetado. La explotación del producto del aborto con fines comerciales está prohibida).

Artículo 24. 1

Al ser humano embriofetal enfermo se le debe tratar de acuerdo con las mismas directrices éticas, incluido el consentimiento informado de los progenitores, que se aplican a los demás pacientes.

Es propia de las sociedades más avanzadas la protección de los seres más débiles. En este sentido, el artículo 40 del Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú⁴³ asevera: "*El respeto a la vida humana incluye el respeto al genoma y al embrión humano desde el momento de la fecundación, por su naturaleza humana e identidad. Son contrarias a la ética las intervenciones o manipulaciones en el embrión o en el feto humanos, o en su generación, que lo expongan a riesgos o que no respeten su vida, integridad y desarrollo físico o psíquico, o que lo priven de su libertad, o que no sean hechas para mejoría de su salud o de su supervivencia*".

Artículo 24. 2

El médico únicamente podrá efectuar una intervención que trate de modificar el genoma humano con fines preventivos, diagnósticos o terapéuticos. Se prohíben las intervenciones dirigidas a la modificación de características genéticas que no estén asociadas a una enfermedad y las que traten de introducir cualquier modificación en el genoma de los descendientes.

El Codice di Deontologia Medica⁵² de Italia refiere en su artículo 46: "*I test diretti in modo esclusivo a rilevare o predire malformazioni o malattie su base ereditaria, devono essere espressamente richiesti, per iscritto, dalla gestante o dalla persona interessata. Il medico deve fornire al paziente informazioni preventive e dare la più ampia ed adeguata illustrazione sul significato e sul valore predittivo dei test, sui rischi per la gravidanza, sulle conseguenze delle malattie genetiche sulla salute e sulla qualità della vita, nonché sui possibili interventi di prevenzione e di terapia. Il medico non deve eseguire test genetici o predittivi a fini assicurativi od occupazionali se non a seguito di espressa e consapevole manifestazione di volontà da parte del cittadino interessato che è l'unico destinatario dell'informazione*".

Parece adecuado introducir un párrafo similar al artículo 62 del Código de Deontología Médica de la Federación Médica Venezolana⁴⁵: "*El médico se halla obligado a informar a los padres el resultado de las pruebas diagnósticas prenatales indicadoras de anomalías fetales. Los padres tienen derecho a conocer la existencia de la verdad. Sólo a partir de ese momento podrán tomar la decisión que consideren válida. Si luego de un conocimiento pleno de la situación los padres experimentan dificultades para tomar una decisión, no debe vacilar el médico en utilizar el derecho que tiene de ayudarles activamente en la toma de decisiones que, a su juicio, y sobre la base de experiencia acumulada, le luzcan razonables*".

Existe una especificación en el artículo 49 *in fine* del Código Deontológico del Col.legi de Metges d'Andorra³⁹, que dice: “*Para evitar posibles desviaciones que podrían violar derechos fundamentales y menospreciar la dignidad de la persona, el médico no aceptará nunca, ninguna prueba ni tratamiento dirigido a una manipulación genética de un colectivo*”.

Artículo 24. 3

Salvo en los casos que sea preciso para evitar una enfermedad hereditaria grave ligada al sexo, el médico no utilizará técnicas de asistencia a la procreación para elegir el sexo de la persona que va a nacer.

Artículo 25. 1

El médico deberá dar información pertinente en materia de reproducción humana a fin de que las personas que la han solicitado puedan decidir con suficiente conocimiento y responsabilidad.

El Code de Deontologie Medicale²⁷ de Bélgica establece en su artículo 88: *Le médecin doit donner une information complète et détaillée aux personnes et aux couples qui désirent recourir à une procréation assistée pour leur permettre de faire des choix éclairés, conscients et bien réfléchis. En cas de don de gamètes étrangers au couple l'accord écrit doit être sollicité. Toute expérimentation en matière de procréation exige une compétence sans faille, une prudence extrême, l'accord des intéressés et le recours à une commission d'éthique*” (El médico debe dar información completa y detallada a las personas o a las parejas que desean recurrir a una procreación asistida que les permita realizar elecciones claras, conscientes y bien reflexionadas. En caso del uso de gametos donados debe solicitarse por escrito. Toda experimentación en materia de procreación exige una competencia sin fallos, una prudencia extrema, el acuerdo de los interesados y el recurso a una comisión de ética).

El artículo 51 del Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú⁴³ manifiesta que “*Comete falta grave contra la ética, el médico que participa en la decisión o en el diseño o en la programación o en las acciones o campañas o jornadas destinadas a eliminar la capacidad reproductiva de un grupo nacional, étnico, social o religioso*”.

Respecto al artículo 22.2 es interesante tener en cuenta lo que manifiesta el Code de Deontologie Medicale²⁶ de Francia indica en su artículo 41: « *Aucune intervention mutilante ne peut être pratiquée sans motif médical très sérieux et, sauf urgence ou impossibilité, sans information de l'intéressé et sans son consentement* » (Ninguna intervención mutilante puede ser practicada sin motivos médicos muy serios, y, salvo urgencia o imposibilidad, sin información al interesado y sin su consentimiento).

Artículo 26. 1

El médico tiene el derecho a negarse por razones de conciencia a aconsejar alguno de los métodos de regulación y de asistencia a la reproducción, a practicar la esterilización o a interrumpir un embarazo. Informará sin demora de su abstención y ofrecerá, en su caso, el tratamiento oportuno al problema por el que se le consultó. Respetará siempre la libertad de

las personas interesadas de buscar la opinión de otros médicos. Y debe considerar que el personal que con él colabora tiene sus propios derechos y deberes.

El artículo 20 del Código de Ética del Colegio Médico de Chile⁴² indica que “*El médico a quien se solicitaren prestaciones que vayan en contra de su conciencia o de su convencimiento clínico, podrá negarse a intervenir*”, pero añade muy acertadamente “*En estas circunstancias, procurará que otro colega continúe asistiendo al paciente, salvo que ello produjere graves e inmediatos daños para la salud del enfermo*”.

También el artículo 22 del Codice di Deontologia Medica⁵² de Italia indica que “*Il medico al quale vengano richieste prestazioni che contrastino con la sua coscienza o con il suo convincimento clinico, può rifiutare la propria opera, a meno che questo comportamento non sia di grave e immediato nocumento per la salute della persona assistita e deve fornire al cittadino ogni utile informazione e chiarimento*”. (El médico al cual le pidan una actuación que contraste con su conciencia o con su conocimiento clínico puede rechazarla a menos que este comportamiento no sea de grave e inmediato riesgo para la salud de la persona asistida y debe proporcionar al ciudadano toda información útil y resolver sus dudas).

Artículo 26. 2

El médico podrá comunicar al Colegio de Médicos su condición de objetor de conciencia a los efectos que considere procedentes, especialmente si dicha condición le produce conflictos de tipo administrativo o en su ejercicio profesional. El Colegio le prestará el asesoramiento y la ayuda necesaria.

En una reunión de Comisiones de Deontología Médica⁵⁷, en 2007, se decidió reelaborar el documento “Objeción de conciencia: toma de decisiones en la práctica médica” que incluya:

- a) Revisión de definiciones que clarifique las dudas conceptuales más frecuentes.
- b) Discusión de las cuestiones que son objeto de debate, integrando las diferentes sensibilidades expresadas en el III Seminario con los Presidentes de Comisiones de Deontología.
- c) Desarrollo de guías para los casos planteados en la experiencia de los Colegios, de manera que permita disponer de protocolos de actuación orientadores tanto para los colegiados que lo soliciten como para los Colegios.

Sólo el 52.8 % de los colegiados que respondieron a la encuesta definieron más o menos adecuadamente el concepto de objeción de conciencia (ítem n. 51) y sólo un 22.1 % la ha ejercitado en alguna ocasión (ítem n. 52). Un 4.19 % afirma que no la ejercería nunca (ítem n. 53); todos ellos están en el 47.2 % que no definió adecuadamente el concepto de objeción de conciencia.

CAPÍTULO VII. DE LA MUERTE

Artículo 27. 1

El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Y cuando ya no lo sea, permanece su obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir el bienestar del enfermo, aún cuando de ello pudiera derivarse, a pesar de su

correcto uso, un acortamiento de la vida. En tal caso el médico debe informar a la persona más allegada al paciente y, si lo estima apropiado, a éste mismo.

Artículo 27. 2

El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas. Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar el tratamiento para prolongar su vida y a morir con dignidad. Y cuando su estado no le permita tomar decisiones, el médico tendrá en consideración y valorará las indicaciones anteriores hechas por el paciente y la opinión de las personas vinculadas responsables.

Artículo 27. 3

El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste.

Lo relacionado con el artículo 27.3 fue tratado, en dos ocasiones, por la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico, durante el período 2001-2008.

El primer caso corresponde al Informe sobre el escrito valorativo del Informe de una Comisión de Expertos de la Consejería de Sanidad de (X) sobre el caso Leganés de un Colegiado, especialista en Nefrología, que ha remitido a los Presidentes del Colegio de Médicos de (Z), de (X) y del Consejo General de Colegios de Médicos (Anexo 4.17).

El segundo caso, en 2008, se debió al Informe sobre el escrito remitido por el Colegio de Médicos de (X) en solicitud de información referente a la actuación de los profesionales médicos implicados en el caso del hospital de Leganés (Anexo 4.32).

Un 79.6 % de los colegiados encuestados respondió negativamente al ítem n. 58 “Si un paciente desea morir, el médico debe ayudarle en su propósito”.

El Código Internacional de Ética Médica⁴⁶ indica claramente que “*El médico tendrá siempre presente su deber de preservar la vida humana*”, por lo que ninguna exigencia o solicitud, ya sea del paciente o de sus allegados, para provocar intencionadamente la muerte del paciente puede ser aceptada. La eutanasia u “homicidio por compasión” es contraria a la ética médica.

CAPÍTULO VIII. DEL TRASPLANTE DE ÓRGANOS

Artículo 28. 1

Dados los beneficios del trasplante de órganos es recomendable que el médico fomente la donación.

Artículo 28. 2

Para la extracción de órganos y tejidos procedentes de cadáveres al menos dos médicos comprobarán el fallecimiento del paciente, de acuerdo con los datos más recientes de

la ciencia. Estos médicos serán independientes del equipo responsable del trasplante y redactarán por separado sus correspondientes informes. Los médicos encargados de la extracción comprobarán por todos los medios a su alcance que el donante no expresó, por escrito o verbalmente, su rechazo a la donación.

Artículo 28. 3

Para la realización de trasplantes de órganos o tejidos procedentes de sujetos vivos, dos médicos certificarán que la donación no afecta al estado general del donante. El médico responsable de la extracción se asegurará del libre consentimiento del donante y de que no haya mediado violencia, coacción, presión emocional, económica o cualquier otro vicio en el consentimiento.

Se podrían añadir las condiciones indicadas en el artículo 51 del Código de Deontología de los Médicos de Cataluña (2004)³⁸: “a) velar en cada caso para que el riesgo para el donante y el beneficio para el receptor mantengan una proporción razonable, b) actuar siguiendo un protocolo consensuado con todos los profesionales implicados en el proceso y consultar con el Comité de Ética Asistencial del centro, c) asegurarse de que las condiciones personales del donante sean adecuadas y el proceso de información sea lo suficientemente detallado y prolongado para que su decisión sea un acto libre y meditado”.

El artículo 39 del Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú⁴³ castiga determinados comportamientos en este terreno: “Comete falta grave contra la ética profesional, el médico que, con propósito de lucro o sin él, propicia o ejecuta tráfico o comercio de material genético, partes de células, células, tejidos u órganos de origen humano, sin perjuicio de las responsabilidades civil y penal que puedan corresponderle”. Y el artículo 41 especifica que “Es falta grave a la ética ocasionar directa o indirectamente la muerte del embrión o del feto humanos, especialmente cuando es con la finalidad de obtener material genético, partes de células, células, tejidos u órganos”.

Artículo 28. 4

La donación entre sujetos vivos nunca es exigible, moral ni legalmente.

CAPÍTULO IX. EXPERIMENTACIÓN MÉDICA SOBRE LA PERSONA

Artículo 29. 1

El avance en Medicina está fundado en la investigación y por ello no puede prescindir, en muchos casos, de la experimentación sobre seres humanos, que sólo podrá realizarse cuando lo que se quiere experimentar haya sido satisfactoriamente estudiado y de acuerdo con los criterios, reglas o principios fijados en la Ley.

Artículo 29. 2

La investigación médica en seres humanos cumplirá las garantías exigidas al respecto con las declaraciones de la Asociación Médica Mundial. Requieren una particular protección en este asunto aquellos seres humanos biológica, social o jurídicamente débiles o vulnerables.

El artículo 197 del Código de Deontología Médica de la Federación Médica Venezolana⁴⁵ indica: *“Las mujeres embarazadas y en período de crianza no deben ser sujetas a investigación “No terapéutica” que implique la posibilidad de riesgos para el feto o para el neonato, a menos que esté dirigida a elucidar problemas del embarazo o de la lactancia. La investigación “terapéutica” sólo es permisible cuando se destina a mejorar la viabilidad del feto o como ayuda para aumentar la capacidad de amamantar de la madre”.*

El artículo 29.8 del Código Deontológico del Consejo de Colegios Médicos Valencianos (2002)⁴⁰ indica: *“El médico no utilizará seres humanos embrio-fetales en experimentación médica”.* Quizá habría que añadir la especificación de “vivos”.

El artículo 24.1 de la Guía de Conducta Ética de Irlanda³⁴ establece que *“The creation of new forms of life for experimental purposes or the deliberate and intentional destruction of in-vitro human life already formed is professional misconduct”.*

Artículo 29. 3

Deberá recogerse el consentimiento libre y explícito del individuo sujeto de experimentación de quien tenga el deber de cuidarlo en caso de que sea menor o incapacitado. Previamente se le habrá informado de forma adecuada de los objetivos, métodos y beneficios previstos del experimento, así como de los riesgos y molestias potenciales. También se le indicará su derecho a no participar en la experimentación y a retirarse en cualquier momento, sin que por ello resulte perjudicado.

Artículo 29. 4

Los riesgos o molestias que conlleve la experimentación no serán desproporcionados ni le supondrán al sujeto merma de su conciencia moral o de su dignidad. El médico interrumpirá la experimentación si se detecta un posible peligro.

El artículo 46 del Código de Ética y Deontología Médica del Colegio Mexicano de Urología⁵⁸ expresa: *“Toda investigación biomédica que involucre seres humanos debe ser precedida por una cuidadosa evaluación de los riesgos predecibles en comparación con los posibles beneficios del sujeto o de otros. La preocupación por los intereses de la persona debe siempre prevalecer sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad”.* Y en el artículo 49 matiza que *“La investigación biomédica que involucre seres humanos, no se puede realizar legítimamente a menos que la importancia del objetivo sea proporcional al riesgo inherente al sujeto”.*

Artículo 29. 5

El médico está obligado a mantener una clara distinción entre los procedimientos en fase de ensayo y los que ya han sido aceptados como válidos para la práctica correcta de la Medicina del momento. El ensayo clínico de nuevos procedimientos no privará al paciente de recibir un tratamiento válido.

Artículo 29. 6

El médico está obligado a utilizar prácticas validadas. No es deontológico usar procedimientos no autorizados, a no ser que formen parte de un proyecto de investigación debidamente formalizado.

CAPITULO X. DE LA TORTURA Y VEJACIÓN DE LA PERSONA.**Artículo 30. 1**

El médico, en su práctica profesional, jamás debe participar, secundar o admitir actos de tortura o de malos tratos, cualesquiera que sean, los argumentos invocados para ello. Está obligado, por el contrario, a denunciarlos, a la autoridad competente.

Artículo 30. 2

El médico no participará en ninguna actividad que signifique una manipulación de la conciencia, al margen de cuales sean los cargos atribuidos a la víctima y sus motivos o creencias.

Artículo 30. 3

El médico que conociere que cualquier persona y, más aún si es menor o incapacitado, para cuya atención ha sido requerido, es objeto de malos tratos deberá poner los medios necesarios para protegerlo, poniéndolo en conocimiento de la autoridad competente.

CAPITULO XI. RELACIONES DE LOS MÉDICOS ENTRE SI Y CON OTROS PROFESIONALES SANITARIOS**Artículo 31. 1**

La confraternidad entre los médicos es un deber primordial y sobre ella sólo tienen precedencia los derechos del paciente.

Lo relacionado con el artículo 31.1 fue tratado, en una ocasión, por la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico, durante el período 2001-2008, con motivo del Informe preceptivo sobre el expediente incoado al Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Orense, en Marzo de 2008, para determinar la no existencia de indefensión y las faltas cometidas.

Las respuestas a las preguntas n. 21 a 23 de la encuesta realizada reflejan que un 23.5% de los encuestados tiene malas relaciones con algún colega, las cuales sólo en un 46.1% suceden en el mismo centro de trabajo, pero obedecen a motivos profesionales en un 53.6 %.

El Código de Deontología Médica de la Federación Médica Venezolana⁴⁵ lo expresa magníficamente en su artículo 103: “*La Confraternidad Profesional se refiere a la comunidad de intereses entre quienes ejercen una misma profesión, siempre que se fundamente en la aceptación consciente de que forman parte de una institución disciplinada,*

cuya unidad corporativa depende del cumplimiento por parte de sus integrantes, de los deberes que los mismos se han impuesto en forma voluntaria, y no propiamente de hermandad para justificar desafueros o cualquier modalidad de actuación reprochable en aras de una mal entendida solidaridad profesional”.

Artículo 31. 2

Los médicos deben tratarse entre sí con la debida deferencia, respeto y lealtad, sea cual fuere la relación jerárquica que exista entre ellos. Tienen la obligación de defender al compañero o colega que es objeto de ataques o denuncias injustos.

Lo relacionado con el artículo 31.2 fue tratado, en dos ocasiones, por la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico, durante el período 2001-2008.

El primer caso, en 2003, corresponde al Informe sobre el Recurso de Alzada interpuesto por un colegiado contra la resolución de la Junta Directiva del Colegio de Médicos de (Y), imponiéndole sanción de suspensión del ejercicio profesional (Anexo 4.6). En las Conclusiones se manifestaba que “La conducta imputada al colegiado, sancionada ética y deontológicamente por parte de la Junta Directiva del Colegio de Médicos de (Y) mediante expediente disciplinario nº 2/2000, no puede ser considerada reprobable desde el tipo del artículo 64.3,b) de los Estatutos de la Organización Médica Colegial” y que “El Colegio de Médicos de (Y) debería abrir diligencias informativas previas para determinar si la relación existente entre los médicos del Servicio de (X) podría estar influyendo en la calidad asistencial, ya que sólo el bien de los pacientes ha de ser prioritario a la confraternidad entre los médicos del mismo”.

El segundo caso hace referencia al Informe preceptivo sobre el expediente incoado al Presidente del Colegio Oficial de Médicos de (Y), en Marzo de 2008 (Anexo 4.28), para determinar la no existencia de indefensión y las faltas cometidas.

Un 26 % de los colegiados que respondieron a la encuesta realizada manifestaron sufrir moobing o acoso laboral; su jefe era causante de ese acoso en un 60.3 %.

El artículo 27.f del Código de Ética y Deontología Médica del Colegio Médico de El Salvador⁴⁴ manifiesta que “*Los médicos se abstendrán del acoso sexual entre colegas o con el personal a su cargo*” y en el artículo 30 indica “*El médico no debe procurar para sí u otros, cargos o funciones que están siendo desempeñadas satisfactoriamente por otro colega*”.

Artículo 31. 3

Los médicos compartirán sin ninguna reserva, en beneficio de sus pacientes, sus conocimientos científicos.

Artículo 31. 4

Los médicos se abstendrán de criticar despreciativamente las actuaciones profesionales de sus colegas. Hacerlo en presencia de los pacientes, de sus familiares o de terceros es una circunstancia agravante.

La vulneración de este artículo en cinco casos fue motivo de propuesta de apertura de expediente por la Comisión de Ética y Deontología del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Córdoba durante el período 2002-07. Ha sido el artículo que ha propiciado más propuestas de apertura de expediente disciplinario, seguido del artículo 33.3.

Un caso fue por abuso de autoridad y trato agresivo en quirófano delante de testigos, otro por manifestar al paciente críticas despreciativas hacia otro colegiado en la consulta, uno más por airear en la prensa problemas internos del Servicio, un cuarto por manifiesta falta de respeto a un colega, y un quinto por prevaricación y descalificaciones públicas.

Lo relacionado con el artículo 31.4 fue tratado, en dos ocasiones, por la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico, durante el período 2001-2008.

El primer caso corresponde al Informe sobre la denuncia de una colegiada contra otro colegiado, ambos del Colegio de Médicos de (Z), por la conducta antideontológica seguida ante compañeros, personal auxiliar y paciente, elaborado en noviembre 2005 (Anexo 4.14).

El segundo hace referencia al Informe sobre las manifestaciones públicas del Presidente del Colegio Oficial de Médicos de (Y) (Anexo 4.27), de Marzo de 2008, en cuyas Conclusiones se declaraba que “Las expresiones utilizadas y hechas públicas por el Dr. (X) no solo no son acordes con las exigencias éticas y deontológicas que se mencionan en el artículo 31 del vigente Código de Ética y Deontología Médica sino que, por el contrario, parecen infringirlas directamente. Por ello, tales expresiones son merecedoras de reproche deontológico y pueden constituir una falta disciplinaria de las tipificadas en el artículo 64 de los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial cuyas circunstancias y depuración correspondería determinar, en su caso, a los órganos competentes del Consejo General”.

Artículo 31. 5

La relación entre los médicos no ha de propiciar su desprestigio público. Las discrepancias profesionales han de ser discutidas en privado o en sesiones apropiadas. En caso de no llegar a un acuerdo acudirán al Colegio, que tendrá una misión de arbitraje en estos conflictos.

Lo relacionado con el artículo 31.5 fue tratado, en tres ocasiones, por la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico, durante el período 2001-2008. Uno de ellos hace referencia a los ya vistos Informe sobre las manifestaciones públicas del Presidente del Colegio Oficial de Médicos de (Y) (Anexo 4.27) y al Informe preceptivo sobre el expediente incoado al Presidente del Colegio Oficial de Médicos de (Y) (Anexo 4.28).

El tercer caso corresponde al Informe sobre las “declaraciones vertidas en un periódico por el Presidente del Colegio de Médicos de (Y), sobre las elecciones al Autónomo de (Z)”, de abril de 2008 (Anexo 4.22). En las Conclusiones se manifestaba que “Según las informaciones recogidas en prensa escrita, ambos colegiados han expresado juicios de valor sobre sus mutuas actuaciones que se deberían haber evitado, así como algunas discrepancias que, en cualquier caso, sería recomendable resolver dentro de las instituciones colegiales. Hay, por tanto, indicios para deducir que, si se demostrara la veracidad y exactitud de estas declaraciones, serían motivo de reproche deontológico”. Como consecuencia, la Comisión Central de Deontología propuso elaborar una Declaración

específica sobre las relaciones públicas entre colegiados, recopilando la doctrina deontológica ya existente, para evitar el deterioro de su prestigio personal y el de la institución profesional.

Artículo 31. 6

No supone faltar al deber de confraternidad el que un médico comunique a su Colegio, de forma objetiva y con la debida discreción las infracciones de sus colegas contra las reglas de la ética médica o de la práctica profesional. Tampoco cuando el médico actúe dentro de los límites propios de la libertad de expresión.

Lo relacionado con el artículo 31.6 fue tratado, en dos ocasiones, por la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico, durante el período 2001-2008. Corresponden al Informe sobre las manifestaciones públicas del Presidente del Colegio Oficial de Médicos de (Y) (Anexo 4.27) y al Informe preceptivo sobre el expediente incoado al Presidente del Colegio Oficial de Médicos de (Y) (Anexo 4.28), ya vistos.

Un 83 % de los colegiados que respondieron a la pregunta n. 34 de la encuesta realizada está de acuerdo en denunciar al Colegio de Médicos al colega que realiza actos que denigran la profesión.

Artículo 32. 1

En interés del enfermo debe procurarse sustituir, cuando sea necesario, a un colega temporalmente impedido. El médico que haya sustituido a un compañero no debe atraer para sí los enfermos de éste.

Artículo 32. 2

El médico no interferirá en la asistencia que esté prestando otro compañero. No se considera interferencia la situación de urgencia o la libre consulta por parte del paciente a otro médico, quien le advertirá, sin embargo, del perjuicio de una dirección médica múltiple no consensuada.

La vulneración de este artículo en un caso fue motivo de propuesta de apertura de expediente por la Comisión de Ética y Deontología del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Córdoba durante el período 2002-07, por interferir en la asistencia que prestaba otro colegiado.

Artículo 32. 3

Cuando lo estime oportuno el médico propondrá al colega que considere más idóneo como consultor o aceptará al que elija el paciente. Si sus opiniones difirieran radicalmente y el paciente o su familia decidieran seguir el dictamen del consultor, el médico que venía tratando al paciente quedará en libertad para suspender sus servicios.

Artículo 33. 1

El ejercicio de la Medicina en equipo no debe dar lugar a excesos de actuaciones médicas.

Artículo 33. 2

Sin perjuicio de las posibles responsabilidades subsidiarias, la responsabilidad deontológica del médico no desaparece ni se diluye por el hecho de trabajar en equipo.

Artículo 33. 3

La jerarquía dentro del equipo asistencial deberá ser respetada, pero nunca podrá constituir un instrumento de dominio o exaltación personal. Quien ostente la dirección del grupo cuidará de que exista un ambiente de exigencia ética y de tolerancia para la diversidad de opciones profesionales. Y aceptará la abstención de actuar cuando alguno de sus componentes oponga una objeción razonada de ciencia o de conciencia.

La vulneración de este artículo en tres casos fue motivo de propuesta de apertura de expediente por la Comisión de Ética y Deontología del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Córdoba durante el período 2002-07. En los tres casos el motivo fue el acoso laboral. Es el artículo que ha propiciado más propuestas de apertura de expediente disciplinario después del artículo 31.

Artículo 34. 1

El médico debe mantener buenas relaciones con los demás profesionales al servicio de la salud y tendrá en consideración las opiniones de ellos acerca del cuidado de los enfermos.

En la ley del Medicamento existe una corresponsabilidad cuando no se ha seguido la acción del medicamento por parte del farmacéutico.

La Declaración de la Comisión Central de Deontología Límites de las funciones profesionales de médicos y farmacéuticos, aprobada por la Asamblea General en marzo de 2000 señala “los fundamentos éticos que favorecen el mantenimiento abierto y constructivo del Principio de Salerno, sobre la necesaria separación profesional de los actos de prescribir y dispensar.

9. *El principio de separación de las dos funciones básicas de prescribir y dispensar se apoya en dos razones básicas e inmutables.*

Una es de orden profesional: la profesionalidad básica e insustituible, la competencia debida en campos profesionales que están claramente diferenciados. Ni el médico es un farmacéutico aficionado, ni el farmacéutico es diletante de la Medicina.

La otra es de orden ético: la eliminación de todo riesgo de conflicto de intereses. La decisión de recomendar un tratamiento no puede estar viciada por el beneficio económico que de ella pueda derivar quien la hace. No pueden los médicos en ejercicio ser propietarios de farmacias, ni pueden prescribir influidos por consideraciones financieras, ni pueden vender a sus pacientes medicamentos ni productos sanitarios. Ni pueden los farmacéuticos, fuera del caso de los productos de libre dispensación, vender por propia iniciativa a sus clientes medicinas que exigen la presentación de una receta médica.

10. *El principio de cooperación de farmacéuticos y médicos para optimizar el buen uso de los medicamentos deriva su fuerza de la obligación profesional de servir mejor los intereses del paciente y de no causarle daño.*

Se derivan de este principio varias obligaciones. En primer lugar, la de comunicarse mutuamente los errores que, en la prescripción o en la dispensación, puedan haberse producido; comunicación que siempre ha de ser amistosa y cuidadosa de la reputación profesional. En segundo lugar, la de ofrecer y aceptar la necesaria información para prevenir la aparición de incompatibilidades o de efectos indeseados medicamentosos y para educar convenientemente al paciente en el mejor modo de conducir el tratamiento....Este tipo de cooperación ha de transcurrir siempre por vías de racionalidad y consenso. El médico ha de reconocer al farmacéutico como experto en medicamentos. El farmacéutico no puede olvidar que la medicación se aplica, no a procesos patológicos abstractos o a entidades estadísticas, sino a personas concretas con sus rasgos peculiares”.

El Código Deontológico de la Ordem dos Médicos de Portugal⁵¹ manifiesta en su artículo 132, referente a las relaciones con los Farmacéuticos: “*Nas relações com Farmacêuticos, o Médico deve respeitar as disposições legais relativas às modalidades de prescrição. É proibido ao Médico exercer influência sobre os clientes para favorecer determinadas farmácias. Deve o médico, sempre que tome conhecimento de factos que denunciem improbidade ou incompetência de Farmacêutico, comunicá-los à Ordem respectiva*” (En las relaciones con los Farmacéuticos el Médico debe respetar las disposiciones legales referentes a las modalidades de prescripción. Le está prohibido al Médico ejercer influencia sobre los clientes para favorecer determinadas farmacias. El Médico debe, siempre que tenga conocimiento de hechos que implican imprudencia o incompetencia del Farmacéutico, comunicarlos a su Colegio Profesional).

El Code de Déontologie Medicale²⁷ de Bélgica manifiesta en su artículo 178 que *Dans leurs rapports professionnels avec les pharmaciens, les médecins veilleront à respecter les dispositions légales relatives aux modalités des prescriptions. Ils adapteront leurs ordonnances aux besoins de chaque patient. Les médecins s'interdiront toute collusion avec les pharmaciens. Ils respecteront le libre choix du pharmacien par les patients*” (En las relaciones profesionales con los farmacéuticos tratarán de respetar las disposiciones legales relativas a las modalidades de las prescripciones. Adaptarán sus recetas a las necesidades de cada paciente. Evitarán toda colisión con los farmacéuticos. Respetarán la libre elección de farmacéutico por parte de los pacientes).

Artículo 34. 2

El médico respetará el ámbito de las peculiares competencias de las personas que colaboran con él. Procurará que cada miembro del grupo cumpla correctamente sus responsabilidades específicas. Cuidará de que todos, teniendo como propósito común prioritario el bien del paciente, trabajen coordinadamente dentro del equipo asistencial.

La vulneración de este artículo en un caso fue motivo de propuesta de apertura de expediente por la Comisión de Ética y Deontología del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Córdoba durante el período 2002-07, por incitar a otros profesionales al servicio de la salud a sobrepasar sus responsabilidades e inducirlos al intrusismo profesional.

El artículo 121 del Código de Deontología Médica de la Federación Médica Venezolana⁴⁵ indica que “*No es lícito dejar bajo la responsabilidad del personal auxiliar la toma de iniciativas y la solución de problemas relativos al diagnóstico y la terapéutica, los cuales exigen siempre el juicio y la participación activa de los profesionales de la Medicina*”.

El Código Deontológico de la Ordem dos Médicos de Portugal⁵¹ manifiesta en su artículo 138: “*No quadro das relações profissionais com os seus colaboradores, deve o Médico abster-se de iniciativa que possa levar estes a exercerem ilegalmente a Medicina*” (En el marco de sus relaciones profesionales con sus colaboradores, el Médico debe abstenerse de iniciativas que les pueda llevar a éstos a ejercer ilegalmente la Medicina).

CAPITULO XII. RELACIONES CON LA CORPORACIÓN MÉDICA COLEGIAL

Artículo 35. 1

El médico, cualquiera que sea su titulación profesional o jerárquica, tiene el deber de comparecer a la llamada que se le haga desde el Colegio.

La vulneración de este artículo en tres casos fue motivo de propuesta de apertura de expediente por la Comisión de Ética y Deontología del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Córdoba durante el período 2002-07, que se saldaron con amonestación oral.

Artículo 35. 2

Es obligación del médico colegiado prestar su colaboración a la vida corporativa y contribuir económicamente a las cargas correspondientes.

Artículo 36. 1

La Organización Médica Colegial ha de esforzarse por conseguir que las normas de este Código sean respetadas y protegidas por la ley.

Lo relacionado con el artículo 36 fue tratado, en cinco ocasiones, por la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico, durante el período 2001-2008. Es el artículo con más intervenciones, seguido del artículo 41 con cuatro.

En los resultados de la encuesta realizada (preguntas n. 32 y 33) se refleja que sólo un 26.4 % conoce las funciones de la Comisión de Ética asistencial del hospital o distrito y que sólo un 40.2 % conoce las funciones de la Comisión de Ética y Deontología del Colegio de Médicos.

Artículo 36. 2

Los directivos de la Organización Médica Colegial están obligados a mantener la unidad deontológica de toda la colegiación y deben ajustar sus decisiones a las normas estatutarias y deontológicas.

La Comisión Central de Deontología y Derecho Médico trató este campo en referencia al Informe sobre la consulta planteada por el Presidente del Colegio Oficial de Médicos de (X) acerca de implicaciones éticas de la relación del médico que ostente o pueda ostentar un cargo de la Junta Directiva de un Colegio o de la Organización Médica Colegial y a la vez pertenezca o pueda pertenecer a los órganos de dirección de las siguientes entidades: entidades de previsión social, entidades de seguro privado y organizaciones sindicales

(Anexo 4.20). En las Conclusiones se afirmaba que “La Comisión Central de Deontología y Derecho Médico concluye que, independientemente de la estricta aplicación de las normas estatutarias, existen poderosas razones éticas que hacen desaconsejable que un colegiado que pertenece a los órganos de dirección de las entidades que son objeto de esta consulta (previsión social, seguro privado, organizaciones sindicales) ostente al mismo tiempo un cargo representativo en la Organización Médica Colegial”. “Ello no obsta para que un colegiado que pertenezca a los órganos de dirección de entidades de previsión social o de seguro privado, o de organizaciones sindicales, pueda presentarse como candidato a la elección de un cargo colegial, en la conciencia de que, si fuera elegido para éste, no podrá simultanear funciones directivas en aquellas instituciones”. “Estas conclusiones, en caso de ser aprobadas por la Asamblea General, deberían ser tenidas en cuenta al cumplir el encargo de la Disposición transitoria segunda, del Real Decreto 757/2006, de adaptar los Reglamentos de Régimen interior a los nuevos Estatutos del Consejo”. La Asamblea General de la Organización Médica Colegial no aprobó este Informe por muy escaso margen de votos.

Otro caso correspondió al Informe sobre las “declaraciones vertidas en un periódico por el Presidente del Colegio de Médicos de (X), sobre las elecciones al Consejo Autonómico de (Y)” (Anexo 4.22).

En mayo de 2008, la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico realizó un Informe preceptivo sobre el expediente instruido en relación con el expediente disciplinario incoado por acuerdo de la Asamblea General al ex-Presidente del Colegio Oficial de Médicos de (X) (Anexo 4.29). Se trata de un Proyecto Escuela MIR, “sin que se encontrara actuación alguna que pueda ser encuadrable en alguna de las conductas tipificadas como sancionables en los vigentes Estatutos de la Organización Médica Colegial” afirmaba la Conclusión Segunda.

También resulta interesante conocer que, en Perú, los electores escogen y presentan a sus candidatos, y que el procedimiento contrario, esto es, que el candidato se ofrezca y busque el compromiso de los electores, es contrario a las normas de la moral y la ética. Los artículos 120 y 121 indican que “*La defraudación de fondos del Colegio Médico, por algún miembro de los organismos directivos, será sancionada con expulsión sin posibilidades de rehabilitación, sin perjuicio de los alcances civiles y penales que le corresponden. La utilización no autorizada de fondos por parte de un directivo, será considerada falta grave, susceptible de sanción*”.

Respecto al artículo 36.2 de nuestro Código, el artículo 64 del Codice di Deontologia Medica⁵² de Italia indica: “*Il medico eletto negli organi istituzionali dell'Ordine deve adempiere all'incarico con diligenza e imparzialità nell'interesse della collettività e osservare prudenza e riservatezza nell'espletamento dei propri compiti*” (El médico elegido para órganos institucionales de la Orden debe cumplir el encargo con diligencia e imparcialidad en interés del colectivo y observar prudencia y reserva en el desarrollo de sus propios cometidos).

Artículo 36. 3

La Organización Médica Colegial defenderá a los colegiados que se vean perjudicados por causa del cumplimiento de las normas de este Código.

Artículo 36. 4

La Junta Directiva tiene el deber de preservar como secreta la información y la documentación relacionada con las cuestiones deontológicas de sus colegiados.

Artículo 36. 5

La Organización Médica Colegial tiene el deber de velar por la calidad de la enseñanza de la Medicina, de la que no debe faltar la docencia de la ética y la deontología médica. Debe poner sus medios y la influencia necesaria para conseguir que los médicos mantengan su competencia profesional.

Un caso estudiado por la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico estuvo en relación al Informe sobre escrito de la Dirección General de Recursos Humanos y Servicio Económico-Presupuestario del Ministerio de Sanidad referente a la campaña publicitaria iniciada por los MIR con el lema “Llevo 32 horas sin dormir ¿te opero?”, cuya Conclusión Cuarta indicaba: “En las actuales circunstancias es urgente elaborar unas recomendaciones ético-deontológicas en referencia a la formación especializada de los médicos, para lo cual proponemos el establecimiento de una comisión mixta OMC-MIR en la que se debatan los problemas que se les presentan en este sentido. Es ésta una ocasión histórica para que los órganos directivos de la OMC muestren a los médicos en formación el apoyo que les presta la Organización en su desarrollo profesional y la importancia de su integración plena en cada Colegio Provincial para que garanticen, en el futuro, el progreso competitivo de sus ulteriores colegas sin que tengan que pasar por situaciones indignas” (Anexo 4.23).

En la encuesta realizada para este estudio, a la pregunta n. 28 “¿Qué lugar debe ocupar la ética médica en la carrera de Medicina? se obtuvieron las siguientes respuestas:

- Asignatura específica	122 (46.1)
- Carácter transversal	75 (27.7)
- Incluirse en el programa de Medicina Legal y Forense	71 (26.2)

La frecuencia con la que el médico encuentra problemas éticos en su trabajo se manifiesta en las respuestas a la pregunta n. 29 de la encuesta:

- Diariamente	66 (24.4)
- Semanalmente	61 (22.5)
- Mensualmente	42 (15.5)
- Anualmente	27 (10)
- Trimestralmente	17 (6.3)
- Semestralmente	17 (6.3)
- No tiene problemas éticos	41 (15.1)

En la pregunta n. 30 se manifiesta “¿A quién consulta los problemas éticos?” (nº de respuestas 221, acumuladas 325):

- A otro médico	156 (48)
- Libros, internet	45 (13.84)
- Amigos, familiares	41 (12.61)
- Al inmediato superior	41 (12.61)

- A la Comisión de Ética asistencial del hospital o distrito	13	(4)
- A la Comisión de Ética y Deontología del Colegio	13	(4)
- A un sacerdote	12	(3.69)
- A una asociación profesional	4	(1.23)

Artículo 36. 6

La Organización Médica Colegial tiene el deber de intervenir acerca de la organización sanitaria y sobre todos aquellos aspectos que puedan afectar a la salud de la población.

La Comisión Central de Deontología y Derecho Médico trató este aspecto, en junio de 2001, con motivo del Informe sobre la masificación y el aumento de la presión asistencial que sufren los médicos de atención primaria. La Conclusión Quinta indicaba: *“El Consejo General de Colegios Médicos debería actuar con energía y firmeza estableciendo un diálogo fluido con la Administración Sanitaria al máximo nivel, para promover pactos que permitan alcanzar una pronta solución a este grave problema que afecta a la calidad de la atención primaria de la salud que se presta a los ciudadanos. Si en un plazo de tiempo razonable no se alcanzaran resultados satisfactorios, la OMC debería tomar medidas más drásticas en defensa de la dignidad de la asistencia sanitaria, del Código de Ética y Deontología Médica y de las condiciones de trabajo de los médicos”*.

El Informe de la Comisión Central de Deontología sobre la *“Imagen que los seriales médicos de televisión ofrecen sobre los médicos y la profesión médica en general”*, aprobado por la Asamblea General en diciembre de 2007 concretaba un aspecto de la vigilancia que la Organización Médica Colegial debe ejercer en bien de la salud de la población al especificar:

6) Los seriales médicos presentan una magnífica ocasión para educar y formar a la población en temas de ética y deontología médica. La televisión debería mostrar los comportamientos deseables y éticamente correctos de los médicos y enfermeras tanto en su relación entre ellos como en su relación con los pacientes. Así la población general tendría un buen conocimiento de las actuaciones éticas y morales que se esperan de la clase médica.

8) Muchos adolescentes pueden decidir estudiar medicina tras ver seriales médicos. El crear falsas expectativas sobre esta población tan vulnerable conducirá a tener médicos frustrados que, si pueden, terminaran abandonando la profesión con el consiguiente gasto que ello origina a la sociedad, y el daño humano individual que conlleva el fracaso de un proyecto de vida laboral de estas características .

9) Para que las consideraciones anteriores se puedan hacer realidad, sería aconsejable que la OMC envíe el presente documento a todas las productoras y les ofrezca asesoramiento desinteresado para que los aspectos éticos y técnicos de las series médicas sean adecuados.”

CAPÍTULO XIII. EL TRABAJO EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

Artículo 37. 1

El médico está obligado a promover la calidad y la excelencia de la institución en que trabaja. Secundará lealmente las normas que tiendan a la mejor asistencia de los enfermos. Pondrá en conocimiento de la dirección del centro las deficiencias de todo orden, incluidas las

de naturaleza ética, que perjudiquen esa correcta asistencia. Y si no fueran corregidas las denunciará ante el Colegio de Médicos o a las autoridades sanitarias, antes de hacerlo a otros medios.

Un 92.7 % de los colegiados encuestados respondió afirmativamente a la pregunta n. 55 “Teniendo en cuenta el principio de Justicia y la escasez de los recursos del sistema sanitario, ¿estaría de acuerdo en que el médico se involucre en una distribución razonable de los mismos y en contribuir a que no se dispare el gasto sanitario?”. Este dato coincide con las respuestas negativas (97.2 %) obtenidas al ítem. 49 “Cuando hay mucha presión asistencial la postura más ética es pedir pruebas complementarias, con el fin de disminuirla cuanto antes”.

Un 79.7 % respondió afirmativamente a la pregunta n. 59 “¿Opina que el sistema sanitario público funciona a base de la buena voluntad de algunos facultativos, a base de forzar la máquina y a base de ir pidiendo favores a los compañeros, como si el paciente fuera familiar del médico?”.

Un 50.2 % respondió afirmativamente a la pregunta n. 60 “¿Ha comunicado alguna vez, por escrito, al director del distrito o al gerente del hospital, si así fuera, la carencia de condiciones adecuadas de trabajo para desarrollar de una manera digna su trabajo asistencial?”

Artículo 37. 2

Las normas de la institución respetarán la libertad profesional del médico y señalarán que éste ejerce, en el área de su competencia, una autoridad efectiva sobre el personal colaborador.

Los artículos 113 y 114 del Código de Deontología de los Médicos de Cataluña³⁸ indican: “El Colegio de Médicos cuidará de que se evite la publicidad en los casos de denuncia contra algún médico cuya culpabilidad no esté demostrada. El Colegio de Médicos cuidará de que los médicos asalariados puedan desarrollar su tarea dentro de la institución o la empresa en las dignas y debidas condiciones de trabajo”.

Y en el artículo 84 del Código de Deontología de los Médicos de Cataluña se ordena: “El médico asalariado no puede, en ningún caso, aceptar una remuneración basada exclusivamente en criterios de productividad o en rendimiento horario, ni ninguna otra disposición que pueda tener como consecuencia una limitación de su independencia o que afecte a la calidad de su actividad profesional”.

Artículo 37. 3

Se prohíbe cualquier cláusula contractual, estatutaria o reglamentaria que reconozca competente para juzgar conflictos deontológicos entre médicos a quien no lo sea.

CAPÍTULO XIV. DE LA PUBLICIDAD MÉDICA

Artículo 38. 1

La publicidad ha de ser objetiva, prudente y veraz, de modo que no levante falsas esperanzas o propague conceptos infundados.

Lo relacionado con el artículo 38 fue tratado, en una ocasión, por la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico, durante el período 2001-2008, con motivo del Informe sobre la documentación remitida por un colegiado sobre la resolución del Colegio de Médicos de (Y), a la denuncia por él formulada contra determinados programas radiofónicos sanitarios (Anexo 4.8).

El Informe de la Comisión Central de Deontología “Directrices deontológicas sobre información y publicidad médica”, revisado en noviembre de 2005, especifica y aclara algunos aspectos. En el Capítulo Tercero “Normativa sobre la información y publicidad en medios de comunicación” indica:

11. *El médico deberá abstenerse de publicar textos que recomienden o llamen la atención sobre su capacidad profesional, sus conocimientos, sus servicios o su cualificación con el fin de obtener ventaja profesional o beneficio económico así como promover agradecimientos públicos de pacientes o manifestaciones en su favor, o de servirse de ellos como elemento de publicidad.*
13. *En la publicidad no deberán figurar listas de enfermedades o síntomas, técnicas diagnósticas y/ o terapéuticas, según normas deontológicas de las organizaciones médicas de los Países Comunitarios (salvo excepciones, con el Visado Colegial correspondiente)*
14. *Cuando el médico participe en programas educativos o informativos audiovisuales, no podrá realizar publicidad directa, personal o institucional y rechazará la publicidad que indirectamente pudiera beneficiarle. Nunca facilitará datos (por ejemplo: dirección, teléfono, técnicas especiales, etc...) a cerca de su actividad profesional que induzcan indebidamente a la captación de pacientes, especialmente si ésta se desarrolla en el ámbito privado.*
15. *Cometen una grave falta a la Ética profesional los que prometen la prestación de servicios gratuitos o descuentos, así como quienes explícita o implícitamente mencionen tarifas de honorarios.”*

El mismo Informe continúa en su Capítulo Cuarto “Responsabilidades individuales del médico en la publicidad promocional o comparativa de las instituciones”:

1. *El trabajo en equipo y el desarrollo de sociedades de servicios médico-sanitarios ha hecho que la información o la publicidad en medios de comunicación pase de ser personalizada a institucionalizarse. Los médicos que ejerzan en organismos públicos o privados deben cuidar que los modos de información utilizados en ellos se ajusten a las normas deontológicas de la profesión. La información o la publicidad institucional no le eximen al médico de su responsabilidad individual. Debe velar por el uso que se hace de su nombre y de sus declaraciones, no permitiendo que se utilicen con fines publicitarios o promocionales, dejando claro, sin ningún género de dudas, cuándo interviene a título personal y cuándo lo hace en representación de una institución pública o privada.*
2. *Los médicos no deberán participar por regla general en campañas de publicidad promocional o comparativa de las instituciones (creación de nuevos servicios, adquisición de nuevos aparatos, implantación de técnicas novedosas), que supongan intereses claramente lucrativos personales o institucionales, y/o vayan en contra de las normas deontológicas.*
3. *Es contrario a la ética cualquier explotación publicitaria de un éxito médico en beneficio de una persona, grupo, escuela, o institución sanitaria, así como utilizarlo para*

desacreditar la capacidad profesional, los conocimientos, los servicios o la cualificación de otros médicos o instituciones.

4. *Los médicos no aceptarán que las instituciones o empresas sanitarias entrevisten a los pacientes o utilicen su imagen como medio de publicidad en beneficio institucional. En dichas circunstancias los médicos deben garantizar que se ha informado enteramente a los pacientes y que su participación se obtuvo libremente y, en caso, de duda informarán adecuadamente a su Colegio de Médicos.”*

En una reunión de Comisiones de Deontología⁵⁷, en 2007, se decidió:

1. Elaborar un Documento de Directrices compartido por todos los Colegios, con recomendaciones (máximos) y criterios (mínimos) para la evaluación de la publicidad por parte de las Comisiones de Deontología.
2. Solicitar al Consejo General que se promueva una relación institucional de la Organización Médica Colegial con el Ministerio de Sanidad y Consumo para analizar la situación de la publicidad médica y sanitaria en España, y la disparidad de disposiciones normativas en las Comunidades Autónomas, con especial atención a las empresas de servicios sanitarios que burlan la doctrina deontológica en su publicidad (recomendación de establecer un grupo de trabajo conjunto).
3. Propuesta de establecer un Visado de publicidad voluntario en los Colegios Provinciales, en especial en aquellos que actualmente no son requeridos por la Administración autonómica (Consumo) para intervenir en el Visado de la publicidad. Se deberá realizar un estudio de la carga de trabajo y los recursos necesarios para desarrollar esta función.

Artículo 38. 2

El médico podrá comunicar a la prensa y a otros medios de difusión no dirigidos a médicos, información sobre sus actividades profesionales, siempre que dicha información sea verídica, discreta, prudente y expresada de manera que pueda entenderse.

Un 90.4 % de los colegiados que respondieron a la pregunta n. 40 de la encuesta realizada opina que disminuiría la publicidad engañosa si cada anuncio de servicios médicos privados estuviera visado y avalado públicamente por el Colegio Oficial de Médicos de la provincia.

La Guía de Conducta Ética³⁴ de Irlanda indica en su artículo 6.2 que *“The Medical Council recognises that the internet and practice websites can provide valuable services to patients. Doctors must take responsibility for the content of their sites. The content of the site must be non-promotional, evidence based, verifiable. Particular care must be exercised with links to other sites”*.

El Codice di Deontologia Medica⁵² de Italia establece en su artículo 56 in fine: *“Il medico che partecipa, collabora od offre patrocinio o testimonianza alla informazione sanitaria non deve mai venir meno a principi di rigore scientifico, di onestà intellettuale e di prudenza, escludendo qualsiasi forma anche indiretta di pubblicità commerciale personale o a favore di altri.*

Il medico non deve divulgare notizie su avanzamenti nella ricerca biomedica e su innovazioni in campo sanitario, non ancora validate e accreditate dal punto di vista scientifico in particolare se tali da alimentare infondate attese e speranze illusorie”.

El Codice di Deontologia Medica⁵² de Italia establece en su artículo 56 que *“La pubblicità promozionale e comparativa è vietata. Per consentire ai cittadini una scelta libera e consapevole tra strutture, servizi e professionisti è indispensabile che l’informazione, con qualsiasi mezzo diffusa, non sia arbitraria e discrezionale, ma obiettiva, veritiera, corredata da dati oggettivi e controllabili e verificata dall’Ordine competente per territorio”* .

La Declaración de la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico, aprobada por la Asamblea de la Organización Médica Colegial en septiembre de 2005, sobre la intervención de los médicos ante los medios de comunicación incide sobre todo en la protección del derecho a la intimidad de los pacientes y la extrema cautela que hay que tener cuando se trata de cámaras de televisión que acuden a áreas de urgencias o salas de hospital.

En este mismo sentido, la declaración de la Comisión Permanente y de la Comisión Central de Deontología del Consejo General de Colegios de Médicos sobre el programa de televisión “Cambio radical”, realizada en marzo de 2007, afirmaba que

“no se pueden ignorar los efectos secundarios y el daño que producen informaciones inadecuadas, sesgadas o indiscriminadas sobre cuestiones médicas.

Por esta razón, los profesionales de la Medicina, al colaborar con los medios de comunicación, tienen un deber deontológico de objetividad y prudencia. Esto exige la especial responsabilidad de no promover un concepto consumista de la salud, evitando despertar falsas esperanzas o propagar conceptos infundados.

De igual modo, el médico debe ponderar las consecuencias de su intervención en un medio de comunicación de audiencia general y tener muy presente que ante la cámara o un micrófono puede resultar impropio manifestar lo que si sería adecuado en una consulta médica frente a un paciente cuyas condiciones psicológicas pueden ser exploradas adecuadamente.”

El artículo 192 del Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú⁴³ advierte que *“El médico no debe participar en avisos comerciales que promocionen la venta de productos o servicios en los medios de comunicación social ya que la presencia de un médico representa figurativamente a los colegiados en general, pudiendo ello inducir al usuario o consumidor a interpretar que todos los médicos avalan el producto o servicio anunciado cuando no es necesariamente así. Al publicitarse sólo las bondades de un servicio o producto, se omiten, respectivamente, los riesgos o los efectos secundarios y las reacciones adversas de los mismos, hecho que es ajeno a la ética médica y al ejercicio de la medicina”*.

El artículo 29 del Código de Deontología Médica de la Federación Médica Venezolana⁴⁵ indica: *“Las entrevistas de prensa, radio, televisión y otras permitidas por el presente Código, deben ajustarse siempre a los principios de la ética profesional, a fin de evitar las propagandas o referencias de carácter individual sobre la profesión del entrevistado, con miras al beneficio profesional”* .

CAPÍTULO XV. DE LAS PUBLICACIONES PROFESIONALES

Artículo 39. 1

El médico tiene el deber de comunicar prioritariamente a los medios profesionales los descubrimientos que haya realizado o las conclusiones derivadas de sus estudios y ensayos científicos, cualquiera que sea su signo.

Artículo 39. 2

El médico no podrá emplear en las publicaciones científicas escritas, orales o visuales, ningún nombre o detalle que permita la identificación del paciente o de la persona sobre la que se investiga. Cuando no pueda obviar esta posibilidad de identificación, el médico deberá disponer el consentimiento explícito del interesado.

Artículo 39. 3

En materia de publicaciones científicas son contrarias a los deberes deontológicos las siguientes actuaciones:

- *Dar a conocer de modo prematuro o sensacionalista procedimientos de eficacia todavía no determinada o exagerar ésta.*
- *Falsificar o inventar datos*
- *Plagiar lo publicado por otros autores.*
- *Dejarse incluir como autor a quien no ha contribuido sustancialmente al diseño y realización del trabajo.*
- *No mencionar todas las fuentes de financiación del trabajo que motiva la publicación.*
- *Realizar publicaciones repetitivas.*

CAPÍTULO XVI. DE LOS HONORARIOS

Artículo 40. 1

El acto médico no podrá tener como fin exclusivo el lucro.

Artículo 40. 2

El ejercicio de la Medicina es el medio de vida del médico y éste tiene derecho a ser remunerado de acuerdo con la importancia y las circunstancias y cualificación profesional.

Artículo 40. 3

Los honorarios médicos serán dignos y no abusivos. Se prohíben las prácticas dicotómicas, la percepción de honorarios por actos no realizados y la derivación de pacientes con fines lucrativos entre instituciones y centros.

Lo relacionado con el artículo 40 fue tratado, en una ocasión, por la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico, durante el período 2001-2008, con motivo del Informe sobre la demanda de remisión de informes clínicos y analíticos por parte de una aseguradora médica para avalar y documentar la facturación presentada por un profesional (Anexo 4.3).

La Conclusión Segunda afirmaba que *“El médico nunca facturará servicios no prestados ya que de hacerlo incurriría en responsabilidad deontológica y estatutaria, sin perjuicio de otras responsabilidades de naturaleza jurídica que pudieran exigírsele”*. La Conclusión Cuarta hace referencia también a la materia del artículo 41: *“Sería, ética y deontológicamente, correcto que un inspector médico al servicio de las aseguradoras tuviera acceso a la información necesaria y suficiente para evaluar la calidad asistencial y la veracidad de la facturación emitida por el médico responsable, ya que para ambos rige la obligatoriedad del secreto médico que, en éste como en otros tantos actos médicos, adquiere la naturaleza de secreto médico compartido. El médico que actuase como inspector certificaría ante la aseguradora médica la veracidad o falsedad de la facturación emitida por el médico investigado, pero nunca facilitaría a las mutuas y compañías de seguros informes clínicos de cualquier tipo relativos a la asistencia prestada a los asegurados, si previamente no existiera conformidad, preferiblemente por escrito, del propio asegurado”*.

Artículo 40. 4

Las reclamaciones y litigios podrán someterse al arbitraje de los Colegios.

Artículo 40. 5

El médico no percibirá comisión alguna por sus prescripciones ni podrá exigir o aceptar retribuciones de intermediarios.

El artículo 68 del Código de Ética y Deontología Médica del Colegio Médico de El Salvador⁴⁴ matiza que *“Queda a criterio del médico tratante el cobro de honorarios a los médicos que no ejerzan la profesión o que se hayan dedicado por completo a otras ocupaciones”*.

El Código Deontológico de la Ordem dos Médicos de Portugal⁵¹ ordena en su artículo 83: *“O Médico deve tratar gratuitamente os membros da Ordem e as pessoas de família que vivem a seu cargo, bem como as viúvas e os órfãos respectivos, podendo todavia fazer-se abonar dos gastos e defesas originados pelo material utilizado. Quando o número de pessoas referidas no número anterior puser em risco a adequada remuneração do Médico, pode ele estabelecer um número máximo de doentes nessas condições a atender por dia. O Médico fica isento deste dever se existir entidade que cubra os custos da assistência prestada, ou quando o doente manifeste esse desejo”* (El Médico debe tratar gratuitamente a los miembros de la Orden y a personas de su familia que viven a su cargo, así como como las viudas y huérfanos respectivos, pudiendo cobrar los gastos originados por el material empleado. Cuando el número de personas a que se refiere el número anterior pusiera en riesgo una adecuada remuneración del Médico, puede establecer un número máximo de pacientes a atender en esas condiciones cada día. El Médico queda libre de este deber en caso de existir una entidad que cubra los gastos de la asistencia prestada, o cuando el paciente manifieste ese deseo).

En el mismo sentido afirma el artículo 58 del Codice di Deontologia Medica⁵² de Italia: *“Il medico deve assistere i colleghi senza fini di lucro salvo il diritto al ristoro delle spese”*.

En los últimos tiempos han surgido nuevas formas de ejercicio profesional que, muchas veces, suelen entrar en conflicto con los principios éticos clásicos y nuevos actores, tales como empresas aseguradoras y megacentros de salud, han irrumpido en el ámbito médico, generando situaciones que requieren ser abordadas desde un punto de vista normativo. Por lo que parece conveniente dar algunos criterios más sobre este tema. Por ejemplo, el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú⁴³ establece lo siguiente:

“Art. 150. El médico, al establecer sus honorarios, tendrá en consideración los principios del ejercicio de la medicina, su formación, su experiencia, su prestigio profesional, el tiempo que dedique a cada acto médico y también la situación económica del paciente.

Art. 151. Los honorarios deben ser ponderados, ni ostensiblemente exagerados con propósitos de lucro, ni exageradamente reducidos con propósito de captación comercial de pacientes, pues así reducen la atención de la salud a la condición de mercancía; por ello, son antagónicos con los principios y normas que rigen a la profesión.

Art. 156. El médico que trabaja por cuenta de una entidad, oficial o privada, sujeto a una remuneración fija o a un contrato previo, no podrá percibir ningún pago directo del paciente; si lo hiciere, comete grave falta ética. Igual gravedad reviste el acto de insinuar a pacientes de la institución para que se conviertan en sus pacientes privados.

Art. 159. Comete falta grave contra la ética el médico que, en su condición de directivo, funcionario, administrador o consultor, interviene en la determinación o regulación de los honorarios de otros médicos y decide o contribuye a que dichos honorarios sean menores a lo necesario para cumplir las finalidades que se indican en le presente Título”.

Por otro lado, el artículo 44 del Código de Ética del Colegio Médico de Chile⁴² aclara que *“Los honorarios por una prestación médica o quirúrgica no pueden estar supeditados al resultado de la prestación misma”.*

CAPÍTULO XVII. MÉDICOS PERITOS Y FUNCIONARIOS

Artículo 41. 1

Los médicos funcionarios y los que actúan en calidad de peritos deberán también acomodar sus actividades profesionales a las exigencias de este Código.

Lo relacionado con el artículo 41 fue tratado, en cuatro ocasiones, por la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico, durante el período 2001-2008. Un primer caso corresponde a un Informe sobre la reclamación presentada por un colegiado contra otro, ambos del Colegio de Médicos de (Z), por conducta contraria a lo dispuesto por el Código de Ética y Deontología, que no prosperó (Anexo 4.15).

El segundo hace referencia al Informe acerca de la solicitud de un colegiado, responsable de las Áreas de Inspección de (Y), de valoración de aspectos éticos, legales y deontológico de las reformas del Art. 128 del texto refundido de la Ley General de Seguridad Social (Anexo 4.25).

Un tercer caso se presentó en el Informe sobre los hechos relativos a la actuación forense de una colegiada de (X), que había sido citada de forma inapropiada, en el fondo y en la forma, por la Comisión de Deontología de (X) (Anexo 4.30).

El último caso, de mayo de 2008, se trató en el Informe sobre el recurso interpuesto por dos ciudadanas, contra la resolución de la Junta Directiva del Colegio Oficial de Médicos de (Z) por la que se declara que un colegiado no ha vulnerado el Código de Ética y Deontología Médica en su actuación como perito judicial (Anexo 4.31).

En el Informe de la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico, ya mencionado en el artículo 40, sobre la demanda de remisión de informes clínicos y analíticos por parte de una aseguradora médica para avalar y documentar la facturación presentada por un profesional se afirmaba: *“Sería, ética y deontológicamente, correcto que un inspector médico al servicio de las aseguradoras tuviera acceso a la información necesaria y suficiente para evaluar la calidad asistencial y la veracidad de la facturación emitida por el médico responsable, ya que para ambos rige la obligatoriedad del secreto médico que, en éste como en otros tantos actos médicos, adquiere la naturaleza de secreto médico compartido”*.

La Comisión Central de Deontología emanó en enero de 2007 la “Declaración sobre la pericia médica”, con el objetivo de establecer los principios éticos que deben seguir los médicos cuando comparecen ante la Administración de Justicia bien sea como peritos, como testigos, y en especial en las situaciones de testigo-perito, es decir en aquellos casos en que, tras responder a las preguntas formuladas en su calidad de testigo, el juez admite, que si tiene los conocimientos técnicos suficientes, se le formulen otras sobre cuestiones periciales. En ella se establecía que:

“La citación de un médico como testigo conlleva como problema ético fundamental la posibilidad de vulnerar el deber de secreto profesional y traicionar la confianza del paciente, al revelar datos que afectan a su intimidad y que están protegidos por el derecho fundamental a la intimidad y confidencialidad que tienen reconocidos todos los pacientes. Para cumplir correctamente con su obligación legal y ética ante una comparecencia como testigo el médico debe actuar con la debida prudencia, y en cualquier caso recordar: 1.- Que la comparecencia del médico como testigo es de carácter obligatorio. 2.- Que cuando el médico realiza una interpretación científica de los hechos o de sus manifestaciones, está actuando como perito, y para pasar esta línea se debe contar con el consentimiento del paciente. 3.- Que el médico es un profesional con deber de secreto, y que por tanto puede acogerse a lo dispuesto en el artículo 371 de la LEC que regula la declaración de testigos con deber de secreto, y que permite al médico, por razón de deber profesional o por razón de materia (tratarse de hechos de carácter reservado o secreto), negarse de forma razonada a declarar, correspondiendo en todo caso al juez la decisión de liberar al testigo del interrogatorio. 4.- Que el testigo puede ser objeto de tacha (ser o haber sido cónyuge o pariente por consanguinidad o afinidad dentro del cuarto grado civil de la parte que lo haya presentado o de su abogado o procurado o hallarse relaciona con ellos por vínculo de adopción, tutela o análogo; amistad o enemistad íntima con las partes o sus abogados, interés directo o indirecto en el asunto, etc.), cuando se considere que no cumple las condiciones de imparcialidad, correspondiendo la valoración al juez. 5.- Cuando el juez admite que a un médico citado como testigo en un proceso judicial, se le formulen preguntas de contenido pericial, es decir dentro de lo previsto para el testigo-perito, se plantea un problema de colisión entre normas, al ser esta figura contradictoria con la prohibición que

establece el Código de Ética y Deontología Médica (art. 41) entre el actuar como médico asistencial y perito en un mismo caso. Esta prohibición deontológica tiene fundamentalmente un doble objetivo: 1) proteger el deber de secreto de los profesionales y el derecho a la confidencialidad de los pacientes; y 2) proteger la objetividad de las declaraciones judiciales, en el sentido de garantizar que el médico al declarar sobre los datos de interés judicial lo hará con imparcialidad, independencia y ajeno a cualquier otro condicionante.

Por todo ello cuando el médico se encuentra en esta situación debe hacer participe de la misma al juez, siendo éste el competente para decidir sobre la obligación de testificar del médico.

La obligación del médico como testigo únicamente alcanza a cuestiones generales de la asistencia prestada, sin que exista obligación de hacer valoraciones técnicas o científicas.

La designación como perito en un proceso penal conlleva la obligación de acudir a la llamada del juez y aceptar la pericia, salvo que pueda alegarse causa fundamentada que excuse la asistencia o la emisión de informe. Dicho de otra manera, la negativa a comparecer o prestar el informe sin causa legítima conlleva responsabilidad penal.

La pericia en el ámbito de derecho civil, esta regulada en la Ley de Enjuiciamiento Civil, siendo de destacar en su regulación que el cargo de perito no es obligatorio, debiendo por tanto aceptar el cargo previamente al estudio y reconocimiento del paciente, y debiendo abstenerse cuando concurren las causas de recusación o tacha. Cuando el médico recibe una citación judicial para aceptar un encargo pericial, el rechazo debe justificarse de forma motivada.

En el caso de que al amparo de lo previsto para el testigo-perito el juez admita su opinión técnica o científica, el médico deberá solicitar el tiempo y los medios necesarios para fundamentar su valoración, o en su caso acogerse a lo dispuesto para el testigo con deber de secreto, es decir a la posibilidad de no declarar cuando ello pueda repercutir negativamente en la relación asistencial.”

El Informe de la Comisión Central de Deontología sobre disminución de las retribuciones económicas correspondientes a la productividad por cumplimiento de objetivos, probado por la Asamblea General en mayo de 2007 establecía en su Conclusión Cuarta que *“Es ética y deontológicamente inadmisibles establecer límites al resultado de la actividad profesional de los Médicos Evaluadores. Su actividad no puede, en ningún caso, estar limitada por un número mínimo de altas laborales o de propuestas de invalidez, especialmente si, como es el caso, tales resultados no resultan de su propia actividad asistencial. Constituye una conducta inadmisibles la percepción de cualquier tipo de retribución ligada a los juicios pronósticos emitidos o al sentido de los mismos.”*

Un caso especial, que plantea una particular relación médico-paciente y sus conflictos propios, es el de los médicos funcionarios de Instituciones Penitenciarias García Guerrero J, 2009; Girela López-Collazo Chao, 2009)^{59, 60}.

Artículo 41. 2

El médico perito debe comunicar previamente al interesado el título en virtud del cual actúa, la misión que le ha sido encargada y por quién. Si el paciente se negara a ser examinado,

el médico renunciará a hacerlo y se limitará a poner tal extremo en conocimiento del mandante.

El artículo 92 del Código de Ética y Deontología Médica del Colegio Médico de El Salvador⁴⁴ aclara que “*Un médico investido de la función de perito, no está obligado a guardar el secreto profesional ante la autoridad competente, pero sí está obligado a guardar el sigilo correspondiente*”.

Artículo 41. 3

La actuación como peritos o médicos inspectores es incompatible con la asistencia médica al mismo paciente.

En el caso de los auditores es relevante conocer lo que indica el artículo 24 del Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú⁴³: “*El médico que actúa como auditor por cuenta de una institución que brinda prestaciones de salud o que vende pólizas y /o planes o programas de prestaciones privadas de salud, debe actuar siempre en base a los principios y normas inherentes a la medicina y su ejercicio. Por tanto, sus actos deben ser siempre en el interés superior del paciente, cautelando, a la vez, las condiciones pactadas de la prestación, póliza, plan, programa o similar. Comete falta grave el médico que, en papel de auditor, actúa en perjuicio del paciente, ya sea manipulando las mencionadas condiciones, auditando superficialmente el caso, o de cualquier otro modo demostrable*”.

Y en el artículo 26 especifica: “*Comete falta grave contra la ética el médico directivo, funcionario, administrador o auditor que dispone o ejecuta normas o procedimientos de intervención en el acto médico que, pretendiendo regularlo o fiscalizarlo, afectan su esencia y calidad, constituyéndose tal intervención en una interferencia al acto médico*”.

Artículo 41. 4

Si en el curso de su actuación, el médico perito o inspector hubiera obtenido algún dato que traduce un riesgo importante para la vida o la salud del paciente, considerará si conviene al bien de este comunicarlo.

La Declaración de la Comisión Central de Deontología sobre la pericia médica, antes citada, especifica que “*El médico perito debe cumplir con las obligaciones éticas de la práctica asistencial, y extremar la prudencia, minuciosidad y el razonamiento científico en sus conclusiones.*”

DISPOSICIÓN FINAL

1. Las declaraciones de la Comisión Central de Deontología aprobadas por la Asamblea general de la Organización Médica Colegial tienen naturaleza normativa e igual carácter vinculante que los preceptos contenidos en este Código. Serán dadas a conocer a todos los colegiados desde el Consejo General y también a través de los medios de comunicación del Consejo General, de los Consejos Autonómicos y de los Colegios Provinciales.

2. La Comisión Central de Deontología tendrá como uno de sus deberes primordiales el emprender las iniciativas precisas para la actualización permanente de este Código. Con igual finalidad, podrán realizar propuestas todos los médicos colegiados, quienes las orientarán a

través de las Comisiones Deontológicas, a los colegios, a los Consejos Autonómicos o al Consejo General.

IV.6. Temas y asuntos no contemplados en el Código de 1999

IV.6.1. Sobre las asociaciones profesionales

La Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, el 19 de octubre de 2007, adoptó el acuerdo de aprobar la reforma de los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial en relación al ejercicio de la potestad sancionadora respecto de las Sociedades Profesionales y de sus miembros, reguladas por la Ley 2/2007.

IV.6.2. Sobre drogadicción

El Codice di Deontologia Medica⁵² de Italia (artículo 75) indica: *“L'impegno professionale del medico nella prevenzione, nella cura e nel recupero clinico e reinserimento sociale del dipendente da sostanze da abuso deve, nel rispetto dei diritti della persona e senza pregiudizi, concretizzarsi nell'aiuto tecnico e umano, sempre finalizzato al superamento della situazione di dipendenza, in collaborazione con le famiglie e le altre organizzazioni sanitarie e sociali pubbliche e private che si occupano di questo grave disagio”*.

IV.6.3. Sobre la segunda opinión

La Declaración de la Comisión Central de Deontología sobre Ética y Deontología de la Segunda Opinión Médica, aprobada por la Asamblea General el 3 de Diciembre 2005, es muy clara en este tema y establece:

“8. Ningún médico goza de un derecho de propiedad sobre sus pacientes. Por eso, no podrá sentir ofensa por la conducta de su paciente cuando busca una Segunda Opinión Médica (SOM), ni reprochársela como desconfiada o quisquillosa. Deberá comprender que es una aspiración muy humana y legítima la de cerciorarse de si son correctas unas decisiones de las que dependen muchas cosas de importancia. Sería impropio que, porque un paciente deseara razonablemente una SOM, su médico terminara esa relación. Sólo estaría autorizado a hacerlo, a tenor de lo que señala el Artículo 32.3 del CEDM, si el paciente siguiera el parecer expresado por el segundo consultor, frente al cual se encuentra en desacuerdo irreconciliable.

9. Se entiende así que el médico no pueda éticamente bloquear el ejercicio de la libertad clínica de su paciente, ni poner dificultades a su realización práctica. Por el contrario y a fin de preservar la relación de confianza, necesaria para una eficaz relación médico/paciente, como estipula el arriba citado Artículo 7 del CEDM, deberá facilitar su ejercicio, transmitiendo al segundo consultor lo antes posible la documentación necesaria para que pueda elaborar el parecer que se le solicita. La misma conducta deberá seguirse en la medicina pública, en virtud de los derechos del paciente a su documentación clínica

(Artículo 18 de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica).

11. La práctica de la SOM revelará de ordinario una concordancia sustancial en las conclusiones diagnósticas y terapéuticas del médico original y del segundo consultor. Igualmente revelará también ciertas discrepancias que será necesario concordar en la medida de lo posible. En caso de no llegar a un acuerdo, los médicos, que habrán tratado de sus diferencias conforme a las normas éticas de la colegialidad y del desacuerdo educado, presentarán sus pareceres al paciente o a sus representantes y respetarán, de acuerdo con los criterios expresados en los puntos 7, 8 y 9 de este documento, la decisión que puedan tomar.

12. En ningún caso se podrá producir, de resultas de esas discrepancias, una suspensión de los cuidados que el paciente ha de recibir. Compete al consultor originario prestar esa atención hasta que otro colega se haga cargo del paciente.

13. No es difícil imaginar la multitud de problemas que podrían surgir, en el contexto familiar, laboral o social, si se pudiera practicar la SOM por iniciativa de los representantes del paciente, o de empleadores y otros agentes sociales. Deberá tenerse, por principio, como contraria a la ética cualquier solicitud de SOM no autorizada por el paciente capaz o, si no disfrutara de capacidad legal, por su representante legítimo. Constituiría en cualquier caso una invasión indebida de la intimidad del paciente.

El médico al que se solicita una SOM deberá cerciorarse, más allá de toda duda razonable, de la conformidad de la petición hecha por terceros a las normas éticas y de derecho. Cualquier excepción a ese criterio deberá estar avalada por razones justificadas, graves y defendibles.

16. En consecuencia,

a. No deberán solicitarse SOM sobre pacientes capaces – incluidos los menores maduros – sin que ellos las hayan solicitado o, al menos, consentido formalmente. En caso de pacientes incapaces, se deberá documentar en la petición de SOM esa incapacidad, junto con el nombre y título legal de quien la hace.

b. Los datos relacionados con la SOM (incluidos los relacionados con el consentimiento informado y los datos médicos transmitidos por Internet) han de ser custodiados en un archivo de historias clínicas, y quedan sometidos a las regulaciones éticas y legales pertinentes.

c. El segundo consultor, en el momento de recibir una petición de SOM, ha de procurar, dentro del respeto ético a la libertad del paciente, solicitar de éste o de su representante que se le autorice a ponerse en contacto con el médico que se ocupa de la atención del paciente: la asistencia no consensuada a un paciente por parte de más de un especialista puede desembocar en conflictos que no favorecen ni al paciente, ni a los médicos.

d. Con respecto al cobro de honorarios es clara la norma ético-deontológica: no se pueden percibir honorarios por actos todavía no realizados. Es, por tanto, inaceptable la práctica de exigir el pago anticipado de una consulta, incluida la que se hace de forma virtual.”

El artículo 3.7 de la Guía de Conducta Ética de Irlanda³⁴ indica: “Patients are entitled to a second or further medical opinion about their illness. Doctors must either initiate or facilitate a request for this and provide the information necessary for an appropriate referral”.

IV.6.4. Sobre Prevención de la enfermedad

El Code de Deontologie Medicale²⁷ de Bélgica dedica todo su Capítulo II a la Medicina Preventiva. En su artículo 104 establece: *Tout médecin quelle que soit son activité médicale doit être attentif tant à l'aspect préventif et éducatif de sa mission, qu'à son aspect curatif* (Todo médico, cualquiera que sea su actividad médica, debe atender tanto al aspecto preventivo y educativo de su misión como al aspecto curativo).

Y en el artículo 108 especifica que *“Le médecin d'un centre de médecine préventive ou de médecine du travail transmet tout résultat utile au médecin désigné par celui qu'il examine ou, s'il s'agit d'un enfant ou d'un incapable, par ses représentants légaux”* (El médico de un centro de medicina preventiva o de medicina del trabajo trasmite todo resultado útil al médico designado por aquel a quien ha examinado o, si se trata de un niño o un incapacitado, al designado por sus representantes legales).

IV.6.5. Sobre el llamado error médico

En la encuesta realizada en este trabajo, el 79.6 de las respuestas (ítem n. 11) son favorables a que se deben comunicar al paciente los errores causantes de un mal resultado terapéutico.

Respecto al ítem n. 12 “¿Qué tipo de errores se deben comunicar?”, las respuestas son también esclarecedoras:

- La iatrogenia causada por el médico y sus colaboradores	138 (61.88 %)
- Los errores diagnósticos	165 (73.99 %)
- Los errores debidos a insuficiencia y fallos del sistema sanitario	188 (84.3 %)
- Los errores debidos a la masificación y al estrés del médico y sus colaboradores	164 (73.54 %)
- Los causados por otros médicos poco cualificados que realizan malos informes, engrosan las facturas, no facilitan la información necesaria o no tienen el título adecuado	134 (60.08 %)

En este ítem puede existir un sesgo de no respuesta en alguno de los apartados, por lo que puede haber entre un 32.5 % y un 52 % de colegiados que opinen que no se debe comunicar los errores incluidos en alguno de los apartados, aunque en términos generales (ítem n. 11) el 79.6 % sea partidario de comunicarlos.

El Código de Ética del Hospital de la Universidad de Stony Brook⁶¹, basado en el Código de Conducta Profesional del Centro Médico Dartmouth-Hitchcock, de Lebanon (New Hampshire), aconseja en el apartado A.4., sobre Honestidad e Integridad comunicar los errores de omisión y acción a colegas y pacientes.

Y la Good Medical Practice³⁰ en sus artículos 30 y 31 propone: *“If a patient under your care has suffered harm or distress, you must act immediately to put matters right, if that is possible. You should offer an apology and explain fully and promptly to the patient what has happened, and the likely short-term and long-term effects. Patients who complain about the care or treatment they have received have a right to expect a prompt, open, constructive and honest response including an explanation and, if appropriate, an apology. You must not allow a patient's complaint to affect adversely the care or treatment you provide or arrange”*.

IV.6.6. Sobre la esterilización

El artículo 77 del Código de Ética y Deontología Médica del Colegio Médico de El Salvador⁴⁴ dice que *“Es lícita la esterilización por decisión personal del paciente y por razones terapéuticas con el fin de evitar un peligro para el paciente o la paciente. En este último caso es prudente tener el apoyo de la opinión escrita de otro colega y contarse con la anuencia del paciente o responsable, según sus condiciones orgánicas, psicológicas, mentales y emocionales”*. El artículo 78 manifiesta *“Las posibles secuelas orgánicas, psicológicas, mentales y emocionales que pudieran derivarse de la esterilización, tanto en el hombre como en la mujer, deben explicarse previamente a los interesados, dejando constancia escrita de la aceptación espontánea y voluntaria del procedimiento o de las consecuencias previsibles que puedan derivarse en caso de no ser aceptado el mismo”*.

El artículo 12 del Código de Ética y Deontología Médica del Colegio Mexicano de Urología⁵⁸ manifiesta que *“La esterilización de mujeres o de hombres deberá contar con el consentimiento libre y consciente de la persona, luego de haber sido debidamente informada de las consecuencias de esta intervención médica”*.

El artículo 57 del Código de Deontología Médica de la Federación Médica Venezolana⁴⁵ manifiesta: *“La esterilización irreversible es permitida cuando se produce como consecuencia inevitable de una terapéutica encaminada a tratar o prevenir un estado patológico grave. En particular es necesario: a) Que se haya demostrado su necesidad. b) Que otros medios reversibles no puedan resolver correctamente el problema; y c) Que, salvo circunstancia especiales, los dos cónyuges hayan sido debidamente informados sobre la irreversibilidad de la operación y sus consecuencias”*.

El Código Deontológico de la Ordem dos Médicos de Portugal⁵¹ en su artículo 54 manifiesta: *“1. A esterilização irreversível só é permitida quando se produza como consequência inevitável de uma terapêutica destinada a tratar ou evitar um estado patológico grave dos progenitores ou dos filhos. 2. É particularmente necessário: a) Que se tenha demonstrado a sua necessidade; b) Que outros meios reversíveis não sejam possíveis; c) Que, salvo circunstâncias especiais, os dois cônjuges tenham sido devidamente informados sobre a irreversibilidade da operação e as suas consequências. 3. A esterilização reversível é permitida perante situações que objetivamente a justifiquem, e precedendo sempre o consentimento expresso do esterilizado e do respectivo cônjuge, quando casado”* (1. Una esterilización irreversible sólo está permitida cuando se produzca como consecuencia inevitable de un tratamiento destinado a tratar o evitar un estado patológico grave de los progenitores o de los hijos. 2 Es particularmente necesario: a) Que se haya demostrado su necesidad; b) Que no sean posibles otros medios reversibles; c) Que, salvo circunstancias especiales, los dos cónyuges hayan sido debidamente informados sobre la irreversibilidad de la operación y de sus consecuencias. 3. La esterilización reversible está permitida ante situaciones que objetivamente la justifiquen y con previo consentimiento explícito del esterilizado y de su cónyuge respectivo, si está casado).

El Code de Déontologie Medicale²⁷ de Bélgica establece en su artículo 54 : *Bien que le plus souvent bénigne, la stérilisation chirurgicale constitue une intervention lourde de conséquences. Dès lors, le médecin ne peut l'exécuter qu'après avoir informé correctement les conjoints ou partenaires sur son déroulement et ses conséquences. La personne qui subira l'intervention devra pouvoir prendre sa décision librement et l'opposition éventuelle du conjoint ou partenaire sera sans effet”*. (Aunque lo más frecuente es que sea benigna, la

esterilización quirúrgica constituye una intervención cargada de consecuencias. Por tanto, el médico no puede ejecutarla sin haber informado previa y correctamente a los cónyuges o parejas sobre su desarrollo y consecuencias. La persona que sufra la intervención deberá poder tomar libremente su decisión y la eventual oposición del cónyuge o pareja quedará sin efecto).

IV.6.7. Sobre la anticoncepción postcoital

Un 11.45 % de los encuestados (nº respuestas 159, acumuladas 262), en respuesta a la pregunta abierta n. 53 “¿En qué asuntos ejercería el derecho a la objeción de conciencia?” manifestaron que la ejercerían ante la píldora postcoital, constituyendo el tercer asunto en términos generales (aborto 40.45% y eutanasia 30.15%).

IV.6.8. Sobre la reproducción asistida

Respecto a la fecundación asistida, sería interesante añadir lo que el Codice di Deontologia Medica⁵² de Italia establece en su artículo 44: “*La fecondazione medicalmente assistita è un atto integralmente medico ed in ogni sua fase il medico dovrà agire nei confronti dei soggetti coinvolti secondo scienza e coscienza. Alla copia vanno prospettate tutte le opportune soluzioni in base alle più recenti ed accreditate acquisizioni scientifiche ed è dovuta la più esauriente e chiara informazione sulle possibilità di successo nei confronti dell’infertilità e sui rischi eventualmente incidenti sulla salute della donna e del nascituro e sulle adeguate e possibili misure di prevenzione.*

E’ fatto divieto al medico, anche nell’interesse del bene del nascituro, di attuare: a) forme di maternità surrogata; b) forme di fecondazione assistita al di fuori di coppie eterosessuali stabili; c) pratiche di fecondazione assistita in donne in menopausa non precoce; d) forme di fecondazione assistita dopo la morte del partner. E’ proscritta ogni pratica di fecondazione assistita ispirata a selezione etnica e a fini eugenetici; non

è consentita la produzione di embrioni ai soli fini di ricerca ed è vietato ogni sfruttamento commerciale, pubblicitario, industriale di gameti, embrioni e tessuti embrionali o fetali.

Sono vietate pratiche di fecondazione assistita in centri non autorizzati o privi di idonei requisiti strutturali e professionali. Sono fatte salve le norme in materia di obiezione di coscienza”. (Está prohibido al médico actuar de las siguientes formas: a) maternidad subrogada; b) reproducción asistida fuera de la pareja heterosexual estable; c) reproducción asistida en mujeres con menopausia no precoz; d) reproducción asistida después de la muerte de la pareja. Está prohibida toda práctica de fecundación asistida inspirada en prejuicios raciales.).

La Guía de Conducta Ética³⁴ de Irlanda en su artículo 24.5, acerca de la fertilización in vitro establece, que “*Techniques such as I.V.F. should only be used after thorough investigation has failed to reveal a treatable cause for the infertility. Prior to fertilisation of an ovum, extensive discussion and counselling is essential. Any fertilised ovum must be used for normal implantation and must not be deliberately destroyed. If couples have validly decided they do not wish to make use of their own fertilised ova, the potential for voluntary donation to other recipients may be considered”.*

A este respecto, el Ärztliche Berufsordnung¹⁸ de Alemania indica en el artículo D.IV. Nr. 14 que “*Die Erzeugung von menschlichen Embryonen zu Forschungszwecken sowie der Gentransfer in Embryonen und die Forschung an menschlichen Embryonen und totipotenten Zellen sind verboten. Verboten sind diagnostische Maßnahmen an Embryonen vor dem*

Transfer in die weiblichen Organe; es sei denn, es handelt sich um Maßnahmen zum Ausschluss schwerwiegender geschlechtsgebundener Erkrankungen im Sinne des §3 Embryonenschutzgesetz“ (La generación de embriones humanos para finalidades de investigación, así como la transferencia genética de embriones y la investigación en embriones humanos y células embrionarias totipotenciales están prohibidas. También se prohíben las medidas diagnósticas en embriones previas a su transferencia al útero, a no ser que se trate de medidas para excluir enfermedades ligadas al sexo).

Y en el artículo D.IV. Nr. 15 (1) afirma que *“Die künstliche Befruchtung einer Eizelle außerhalb des Mutterleibes und die anschließende Einführung des Embryos in die Gebärmutter oder die Einbringung von Gameten oder Embryonen in den Eileiter der genetischen Mutter sind als Maßnahme zur Behandlung der Sterilität ärztliche Tätigkeiten und nur nach Maßgabe des § 13 zulässig. Die Verwendung fremder Eizellen (Eizellenspende) ist bei Einsatz dieser Verfahren verboten”* (La fecundación in vitro y la transferencia embrionaria o la introducción de gametos o embriones en las trompas de la madre genética sólo se permite como medida para tratamientos médicos de la esterilidad. La utilización de óvulos de otra mujer está prohibida en la ejecución de este procedimiento).

El artículo 67 del Código de Deontología de los Médicos de Cataluña (2004)³⁸ manifiesta: *“El médico no participará ni directa ni indirectamente en ningún proceso de clonación humana con finalidades reproductivas. No se podrán crear nuevos embriones con finalidades de experimentación”*.

IV.6.9. Sobre Cuidados paliativos

En este sentido, era muy acertado el artículo 28.2 del anterior Código de Ética y Deontología Médica, que decía: *“En caso de enfermedad incurable y terminal, el médico debe limitarse a aliviar los dolores físicos y morales del paciente, manteniendo en todo lo posible la calidad de una vida que se agota y evitando emprender o continuar acciones terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas. Asistirá al enfermo hasta el final, con el respeto que merece la dignidad del hombre”*.

También el artículo 75 del Código de Deontología Médica de la Federación Médica Venezolana⁴⁵ indica que *“El derecho a ser atendido por profesionales competentes en el caso de enfermos incurables se refiere no sólo a la requerida pericia profesional, sino también a que el médico muestre actitudes positivas en lo que concierne a la aplicación de tratamientos paliativos y no sufra de determinados prejuicios en relación con la muerte. El médico que racionalmente acepta la muerte como elemento normalmente indisociable del proceso vital y no ha desarrollado ante la misma temor, resentimiento o rechazo, es competente para ayudar al enfermo hasta el momento postrero de su existencia”*.

El Code de Déontologie Medicale²⁶ de Francia indica en su artículo 38 : *« Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et reconforter son entourage. Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort »* (El médico debe acompañar al moribundo hasta sus últimos momentos, asegurar mediante los cuidados y medidas apropiadas la calidad de una vida que está terminando, salvaguardar la dignidad del enfermo y reconfortarle. No tiene derecho a provocar deliberadamente la muerte).

La Declaración sobre la Ética de la sedación en la agonía que la Comisión Central de Deontología emitió en abril de 2006 tenía como objetivos “dar criterios sobre la naturaleza, la técnica, las indicaciones, el consentimiento del enfermo, a fin de mostrar que la sedación en la agonía, si está bien indicada, bien realizada y autorizada por el enfermo o en su defecto por la familia, constituye buena praxis médica.

“8. En tiempos ya pasados, cuando no existía una cultura sanitaria de cuidado y acompañamiento al moribundo, la sedación en la agonía podría haber sido ignorada u objeto de abuso. Hoy, la correcta asistencia a este tipo de enfermos, implica que se recurra a ella sólo cuando es rigurosamente necesaria, tras haber fracasado todos los tratamientos disponibles para el alivio de los síntomas. La sedación representa, pues, el recurso último que se aplica ante la inoperancia demostrada de los otros recursos terapéuticos frente a los síntomas biológicos, emocionales o existenciales del paciente.

9. La sedación, en sí misma no es buena ni mala; lo que puede hacerla éticamente aceptable o reprochable es el fin que busca, y las circunstancias en que se aplica. Los equipos que atienden enfermos en fase terminal necesitan una probada competencia en los aspectos clínicos y éticos de la medicina paliativa, a fin de que la sedación sea indicada adecuadamente. No podrá convertírsela en un recurso que, en vez de servir a los mejores intereses del paciente, sirva para reducir el esfuerzo del médico. La sedación en la agonía es un recurso final: será aceptable éticamente, cuando exista una indicación médica correcta y se hayan agotado los demás recursos terapéuticos.

11..... No es legítima la sedación ante síntomas difíciles de controlar, pero que no han demostrado su condición de refractarios.

15. Para evaluar, desde un contexto ético-profesional, si está justificada la indicación de la sedación en un paciente agónico, es preciso considerar los siguientes criterios:

15.1 La aplicación de sedación en la agonía exige, del médico, la comprobación cierta y consolidada de ciertas circunstancias:

- a. Que existe una sintomatología grave y refractaria al tratamiento.*
- b. Que los datos clínicos indican una situación de muerte inminente o muy próxima.*
- c. Que el enfermo ha otorgado su consentimiento libre y bien informado a la sedación en la agonía.*
- d. Que el enfermo ha tenido oportunidad de satisfacer sus necesidades familiares, sociales y espirituales.*

15.3 El inicio de la sedación en la agonía no descarga al médico de su deber de continuidad de los cuidados. Está obligado a sedar solo hasta el nivel requerido para aliviar los síntomas: el uso de la sedación en la agonía es aceptable en la medida en que se mantiene un ajuste apropiado de las dosis de la medicación. Si la dosis de sedantes excediera de la necesaria para alcanzar el alivio de los síntomas, habría razones para sospechar que la finalidad del tratamiento no es el alivio del enfermo, sino la anticipación de su muerte. En la historia clínica y en las hojas de evolución deberán registrarse con el detalle necesario los datos relativos al ajuste de las dosis de los fármacos utilizados, a la evolución clínica de la sedación en la agonía y a los cuidados básicos administrados.

15.4. Aunque la sedación en la agonía pueda durar más de lo previsto, no pueden suspenderse los cuidados básicos e higiénicos exigidos por la dignidad del moribundo, por el cuidado y el aseo de su cuerpo.”

El artículo 22.1 in fine de la Guía de Conducta Ética de Irlanda³⁴ establece en caso de enfermedad importante: “Access to nutrition and hydration remain one of the basic needs of human beings, and all reasonable and practical efforts should be made to maintain both”.

IV.6.10. Sobre el trasplante facial

Lo relacionado con el artículo 28 fue tratado, en una ocasión, por la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico, durante el período 2001-2008, con motivo de un Informe sobre la consulta de un colegiado sobre las posibles implicaciones éticas y sociales del trasplante facial, en Enero de 2005 (Anexo 4.11).

IV.6.11. Sobre publicación de la investigación médica

La Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial “Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos”, revisada en la 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008, establece que:

“30. Los autores, directores y editores todos tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación de los resultados de su investigación. Los autores tienen el deber de tener a la disposición del público los resultados de su investigación en seres humanos y son responsables de la integridad y exactitud de sus informes. Deben aceptar las normas éticas de entrega de información. Se deben publicar tanto los resultados negativos e inconclusos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y conflictos de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

32. Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de toda intervención nueva deben ser evaluados mediante su comparación con la mejor intervención probada existente, excepto en las siguientes circunstancias:

- El uso de un placebo, o ningún tratamiento, es aceptable en estudios para los que no hay una intervención probada existente.
- Cuando por razones metodológicas, científicas y apremiantes, el uso de un placebo es necesario para determinar la eficacia y la seguridad de una intervención que no implique un riesgo, efectos adversos graves o daño irreversible para los pacientes que reciben el placebo o ningún tratamiento. Se debe tener muchísimo cuidado para evitar abusar de esta opción.

IV.6.12 Sobre la investigación y utilización terapéutica de embriones humanos

Entre las respuestas obtenidas a la pregunta, abierta, n. 53 “¿En qué asuntos ejercería el derecho a la objeción de conciencia?” se obtuvieron las siguientes:

- | | |
|---|-----------|
| - Cualquier atentado a la vida o la dignidad del ser humano | 16 (6.10) |
| - Bebe medicamento | 1 (0.38) |
| - Diagnóstico prenatal | 1 (0.38) |

IV.6.13. Sobre la gestión clínica y las relaciones con las compañías de seguro sanitario

El artículo 36 del Código de Ética y Deontología Médica del Colegio Médico de El Salvador⁴⁴ dice: *“El médico que desempeña un cargo directivo en la administración pública o privada o instituciones sin fines de lucro, está obligado a respetar la ética profesional y velar por el cumplimiento de lo establecido en este Código. Sus obligaciones con el Estado y con la institución no lo eximen de sus deberes éticos con sus colegas y pacientes”*.

El artículo 65 del Código de Ética y Deontología Médica del Colegio Mexicano de Urología⁵⁸ dice: *“Debe respetarse siempre el derecho de interpelación a los directivos por parte de otros directivos o por cualquier miembro del Colegio”*.

IV.6.14. Sobre el trato con pacientes en circunstancias especiales

A la pregunta n. 54 de la encuesta realizada el 63.2 % respondió que el médico no debe negarse a tratar a un paciente violento o agresivo.

La Guía de Conducta Ética de Irlanda³⁴ indica, acerca del paciente violento, en su artículo 18.1, lo siguiente: *“A doctor asked to examine or treat a violent patient is under no obligation to put him/herself or other healthcare staff in danger but should attempt to persuade the patient concerned to permit an assessment as to whether any therapy is required”*.

La “Declaración de la actitud de la Organización Médica Colegial ante los colegiados con adicciones o enfermedad mental. Modos de ayuda y rehabilitación”, aprobada por la Asamblea General en diciembre de 2005 establece:

“18. En el caso de agresiones físicas y verbales por parte de pacientes, la demanda la tiene que interponer el propio médico por lo que, además de soportar la agresión y el estrés postraumático que ésta produce, ha de mantener todo el estrés del juicio; a esto se añade la falta de seguridad en la vida privada, al conocer el agresor los datos personales por la denuncia. Dado que, en cumplimiento del deber de protección, la empresa o la administración deben garantizar la seguridad y salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo, debe ser la dirección del centro sanitario quien realice la presentación de la demanda para que se pueda salvaguardar la intimidad del médico agredido.”

IV.6.15. Sobre los test genéticos

La Comisión Central de Deontología emitió en abril de 2008 la Declaración sobre aspectos éticos, deontológicos y legales de los análisis de ADN, en la que establecía una serie de propuestas:

- 1.1 *No es ético utilizar una muestra biológica para realizar un análisis distinto al fin para el que se había obtenido el consentimiento. Si, por necesidad, hubiese que disponer de una muestra biológica obtenida con otro fin para realizar un*

análisis genético será imprescindible obtener el consentimiento en los términos establecidos en la leyes 41/2002 y en la 14/2007. Si se hubiese dado el consentimiento para que la muestra se utilice para trabajos de investigación se tomarán las debidas precauciones para conservar el anonimato de la muestra, realizando, por ejemplo, una disociación entre los datos de origen y la muestra utilizada con finalidad distinta.

- 1.2 *Una muestra biológica obtenida para realizar una identificación a partir de las regiones hipervariables del genoma no se podrá utilizar para análisis del ADN codificante.*
- 1.3 *En la identificación de personas será preferible partir inicialmente del ADN mitocondrial, que establece únicamente la relación de parentesco maternal.*
- 1.4 *A la hora de autorizar, ejecutar, interpretar o revelar los resultados de un análisis se tendrá muy en cuenta que la información que revela el ADN no sólo es propiedad del donante de la muestra analizada, sino que es compartida con otros miembros de la familia y que dicha información afecta a derechos fundamentales de las personas implicadas, muchas veces a menores o al cónyuge. Por ello los informes deben ser redactados e interpretados por personal médico especializado en estas materias.*
- 1.5 *Como ya tiene establecido esta Comisión, el interés del menor debe prevalecer sobre cualquier otro. Por ello, cuando se plantee el derecho de los padres a indagar su paternidad biológica, como un derecho constitucional y legal, se subordinará este a la salvaguarda del interés del menor. En estos casos el médico se sitúa en la posición de garante de los derechos del menor.*
- 1.6 *Las muestras que no se hayan obtenido lícitamente, que no estén indubitadamente identificadas o no cuenten con el consentimiento informado de las personas implicadas deben destruirse.*
- 1.7 *La inclusión de cualquier dato obtenido de un análisis de ADN en una base de datos debe contener el consentimiento de las personas a las que les afecte.*

2.1.1 Los médicos tienen el deber de colaborar con los órganos jurisdiccionales en la búsqueda de la verdad material y deben acudir al requerimiento judicial. Ahora bien, frente a este deber prevalece el deber deontológico de no colaborar con los poderes públicos si las pruebas que se pretenden realizar suponen una vulneración de los derechos de la personalidad, tratos degradantes o que afecten a la dignidad de las personas. El médico podrá acogerse a la objeción de conciencia si fuera impelido a realizar actos en contra de este precepto deontológico.

3.4. Ante estos dilemas esta Comisión entiende que sólo se deban realizar pruebas de investigación de paternidad y maternidad cuando conste el consentimiento de todas las partes implicadas. En el caso de los menores se aplicará la doctrina expresada por esta Comisión en su Declaración sobre la Ética Médica en la atención del menor maduro, aprobada en su reunión de 30 de Noviembre y 1 de Diciembre de 2007.

No se podría aceptar una prueba solicitada por la madre, en representación del menor, en casos de reclamación de paternidad si la muestra del presunto padre se ha obtenido sin su consentimiento.

4. Pruebas de ADN en la procreación artificial. El médico tiene derecho a acogerse a la objeción de conciencia si fuese obligado a realizar pruebas genéticas preimplantación en embriones si a su juicio las pruebas tienen una finalidad que su conciencia rechaza.”

IV.6.16. Sobre el dopaje deportivo

El Comunicado de la Comisión Central de Deontología sobre la ética del dopaje deportivo, realizado en mayo de 2006, indicaba:

“...los médicos han de oponerse a la práctica del dopaje; más aún, están obligados a informar a los deportistas de los efectos perjudiciales que los diferentes procedimientos de dopaje conllevan. Y no podrán dar nunca por aceptable esa conducta antiética en sus colegas, sino que, por el contrario, están obligados de acuerdo con nuestras normas estatutarias y deontológicas, a denunciarlos ante las instancias colegiales.”

La condena del dopaje como conducta antideontológica en el médico se agrava cuando esas prácticas van ligadas a la obtención de beneficios económicos desproporcionados, pues entonces equivalen a una explotación cómplice de la vulnerabilidad de unos sujetos que, en unos casos se hacen ellos víctimas voluntarias de la sed de gloria o de dinero y, en otros, son objeto de explotación por firmas comerciales o por algunos directivos poco escrupulosos de organizaciones deportivas.”

El artículo 20 del Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú⁴³ indica: *“Es falta grave contra la ética propiciar cualquier forma de dependencia a drogas, proporcionando o prescribiendo drogas, estupefacientes o alucinógenos a las personas adictas con propósitos de lucro o por condescendencia”.*

El Code de Deontologie¹⁷ de la Fédération des Médecins Suisses establece en su artículo 33 bis : *“La prescription, la remise et la surveillance de moyens de dopage par le médecin dans les sports de compétition sont inadmissibles. Chez les autres sportifs également, le médecin s'oppose autant que possible à l'abus de médicaments”* (La prescripción y la vigilancia de los medios de dopaje por el médico en los deportes de competición son inadmisibles. En el caso de otros deportistas igualmente se opone el médico en la medida de lo posible al abuso de medicamentos).

En el mismo sentido, el Codice di Deontologia Medica⁵² de Italia establece en su artículo 73 que *“Ai fini della tutela della salute il medico non deve consigliare, prescrivere o somministrare trattamenti farmacologici o di altra natura finalizzati ad alterare le prestazioni psico-fisiche correlate ad attività sportiva a qualunque titolo praticata, in particolare qualora tali interventi agiscano direttamente o indirettamente modificando il naturale equilibrio psico-fisico del soggetto”.*

El Codice di Deontologia Medica⁵² de Italia dedica, además, dos artículos a la medicina del deporte, manifestando:

“Art. 71 Accertamento della idoneità fisica

La valutazione della idoneità alla pratica degli sport deve essere ispirata a esclusivi criteri di tutela della salute e della integrità fisica e psichica del soggetto.

Il medico deve esprimere il relativo giudizio con obiettività e chiarezza, in base alle conoscenze scientifiche più recenti e previa adeguata informazione al soggetto sugli eventuali rischi che la specifica attività sportiva può comportare.

Art. 72 Idoneità - Valutazione medica

Il medico è tenuto a far valere, in qualsiasi circostanza, la sua potestà di tutelare l'idoneità psicofisica dell'atleta valutando se un atleta possa intraprendere o proseguire la preparazione atletica e l'attività sportiva. Il medico deve esigere che la sua valutazione sia accolta, denunciandone il mancato accoglimento alle autorità competenti e all'Ordine professionale”.

IV.6.17. Sobre el médico docente

El Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú⁴³ dedica todo el Título VII a tratar Del Médico y la Docencia, aportando, entre otras, las siguientes premisas:

“El ejercicio de la docencia médica, en todos sus niveles, exige como cualidades fundamentales: moral, ética, aptitud, conocimientos, experiencia, justicia y capacidad para deliberar y reflexionar sin precipitación ni apasionamiento”.

“Siendo la enseñanza de la medicina una tarea que no puede limitarse al esfuerzo unipersonal, el maestro debe considerarse siempre como miembro de un equipo en el que cada quien tiene una parte de los deberes y responsabilidades comunes, debiendo cuidar que entre todos ellos haya respeto y lealtad mutuos, en forma que haga más eficaz el propósito de la enseñanza e investigación, y sea ejemplo para los estudiantes, muy especialmente en los aspectos de la ética médica”.

“El médico docente, en el ámbito de la libertad de cátedra, debe tener fortaleza para rechazar imposiciones o autoritarismos de cualquier índole, especialmente los que contravengan la ética médica. Particular cuidado debe tenerse de influencias doctrinarias que limiten la libertad del pensamiento, y de enseñanzas foráneas ajenas a la realidad peruana, que puedan perjudicar al país o la sociedad. El médico docente debe rechazar cualquier otra acción que pudiera inducir a cometer irregularidades académicas o administrativas contra la ética”.

“No siendo la medicina dogmática ni absoluta, el médico docente tampoco puede serlo en la enseñanza. Debe ser concreto en el desarrollo de los programas, transmitiendo los conocimientos comprobados por la experiencia y la investigación, aceptados en el consenso universal e informar sobre los avances de la investigación en puntos aún no resueltos, alentando a sus colaboradores y alumnos, para que contribuyan mediante comunicaciones científicas, al mayor desarrollo y avance de la medicina”.

Lo mismo sucede con el Capítulo I del Título V del Código de Deontología Médica de la Federación Médica Venezolana⁴⁵, que indica:

Artículo 161.- La elevada responsabilidad asignada a los docentes, de contribuir a la formación integral de los futuros médicos, justifica el que deban satisfacer los requerimientos de orden ético en el mayor grado posible.

Artículo 162.- El ejercicio de la docencia médica, en todos sus niveles, exige cualidades fundamentales; rectitud en los juicios, comportamiento moral irreprochable, aptitud, conocimientos, experiencia y capacidad para reflexionar y deliberar libre de cualquier prejuicio.

Artículo 163.- Por ser la medicina arte-ciencia, cuyo progreso exige un elevado nivel cultural, el docente tiene el deber de inculcar a sus discípulos el debido interés por las disciplinas de orden humanístico y científico.

Artículo 164.- Al impartir docencia debe estimarse que, en la práctica:

- a) Todo juicio clínico incorpora un elemento de orden ético.*
- b) Con elevada frecuencia, en un paciente determinado, el elemento de orden ético excede en importancia los aspectos técnico y científico.*
- c) Con no rara frecuencia el carácter vital del juicio ético relega a un plano subalterno los aspectos técnico y científico.*

Artículo 165.- Los docentes deben propender al cumplimiento, por parte de las Escuelas de Medicina de las Universidades Nacionales, de programas de investigación y aprendizaje de la ética en medicina durante la totalidad del ciclo de pre-grado y en los cursos de postgrado de las diversas especialidades.

El Código de Ética del Hospital de la Universidad de Stony Brook⁶¹, en su apartado B.3., aconseja *“Teach others at all levels of education and training”* y *“Adopt a spirit of volunteerism and altruism in teaching and patient care tasks”*. Y la Good Medical Practice⁸² en sus artículos 15 y 16 propone: *“Teaching, training, appraising and assessing doctors and students are important for the care of patients now and in the future. You should be willing to contribute to these activities. If you are involved in teaching you must develop the skills, attitudes and practices of a competent teacher”*.

La Guía de Conducta Ética³⁴ de Irlanda dedica el artículo 4.6 a tratar de los médicos jóvenes y en formación, afirmando: *“The Medical Council considers that doctors have a personal and professional responsibility towards junior colleagues, medical students and other healthcare workers. They should assist and advise doctors in training on the development of correct professional values, and the courtesies, attitudes and behaviour required when dealing with others. Junior doctors should never be asked to perform tasks for which they are not fully competent except under the direct supervision of senior colleagues who can take over should difficulty be encountered. Senior staff must always be willing to undertake troublesome or unpleasant tasks rather than instructing juniors to do so. Delegation of duties to doctors in training of whatever level does not obviate the responsibility of the trainer for the actions taken. Doctors are reminded that they have a responsibility to treat all health care workers, including healthcare students, with dignity and respect”*.

Posteriormente, en el artículo 19.1 sobre los estudiantes establece que *“Medical students must be identified by name and must not be represented as doctors. Students must obtain permission from patients before examining them. It is advisable to limit the number of students examining any one patient. Doctors should not allow schoolchildren or other inappropriate persons to become involved in or observe the clinical care of patients. Medical students should be familiar with and should adhere to the principles of this ethical guide”*.

El Ärztliche Berufsordnung¹⁸ de Alemania indica en el artículo B.IV.2. § 29 (4) que *In Gegenwart von Patienten oder Nichtärzten sind Beanstandungen der ärztlichen Tätigkeit und zurechtweisende Belehrungen zu unterlassen. Das gilt auch für Ärzte als Vorgesetzte und Untergebene und für den Dienst in den Krankenhäusern“* (En presencia de pacientes o de

personal no médico hay que evitar corregir a otros en lo relativo a la práctica médica. Esto es válido tanto para el médico jefe como para sus subalternos y también en los hospitales).

V. DISCUSIÓN

V. DISCUSIÓN

Aunque al médico le obliga la ética común, el médico no trata con gente común. La relación entre el paciente y su médico es una relación desequilibrada y asimétrica en la que el médico ocupa una posición de ventaja de la que le sería muy fácil abusar. Necesita que su poder sea moderado, tener clara conciencia de que hay acciones y omisiones que quedan por debajo de lo debido o que están faltas de rectitud moral. El Código estimula al médico a llevar una conducta por encima del mínimo legal exigido, de forma que su trabajo resulte inmejorable en favor de los pacientes.

El Código no sólo ejerce una función reguladora y directiva de los deberes que se tienen contraídos, sino que cumple también una función defensiva y protectora para garantizar que las relaciones profesionales creadas se atengan, en su calidad técnica y moral, a las directrices que el Código establece para todos.

Los destinatarios del Código de Ética y Deontología Médica no son en exclusiva los médicos colegiados. El Código debe estar al alcance de todos: debería también estar disponible en las salas de espera de los centros de salud y de los consultorios privados, en las habitaciones y en los pasillos de los hospitales, a fin de que pudieran conocerlo los pacientes y tuvieran así noticia del grado de humanidad y de competencia a que están comprometidos los médicos que les tratan; y de la dignidad y respeto que ha de informar bilateralmente la relación médico-paciente. El conocimiento del Código por parte del público operaría un salto de calidad en el trabajo asistencial; entre otras razones, porque los médicos no podrían seguir ignorándolo o dejándolo de lado: tendrían que conocerlo mejor, estudiarlo más a fondo y practicar sus preceptos con más sinceridad y exactitud. El Código se legitima socialmente por el carácter de respuesta que la profesión da a la comunidad.

El control de las sanciones disciplinarias es particularmente importante en el momento presente, cuando los límites provinciales y las fronteras internacionales de los países europeos son muy permeables a la libre circulación.

Siguiendo a Herranz⁶², en el Código de 1999 se diferencian tres tipos de Artículos:

- a) Unos artículos tienen un carácter pedagógico y dan recomendaciones para la formación en la calidad moral del profesional. Tenemos un buen ejemplo en el Art. 7 donde se habla de una relación de confianza o en el Art. 18 cuando establece que los pacientes tienen derecho a una atención médica de calidad humana y científica.
- b) Otros artículos son más imperativos y exigibles, pudiendo ser objeto de sanción disciplinaria por parte de la corporación médica que de este modo se auto impone, ante la sociedad, un nivel de exigencia superior al que señala la legislación civil. Sería el caso que se plantea en el Art. 39 sobre las publicaciones científicas donde se establece que el médico no debe dar a conocer de manera sensacionalista procedimientos de eficacia todavía no determinada o hacer publicaciones repetitivas.
- c) Algunos artículos tienen un doble carácter legal y deontológico a la vez; son la versión en lenguaje deontológico de un precepto legal, obligando entonces por un doble motivo. Un ejemplo lo tenemos en el Art. 10 donde se habla del derecho del paciente a la información, estableciendo obligaciones que el médico también tiene

por razón de la Ley 41/2002. En todo caso hay que subrayar que mucho antes que la ley ya el CEDM establecía el deber de informar.

V.1. Encuesta

V.1.1. Aspectos generales

Los cuestionarios recogidos han sido doscientos ochenta (un 9.43 por ciento de los médicos colegiados en la provincia de Córdoba). No es un número muy elevado porque el método es costoso y la disponibilidad de tiempo pequeña, pero se juzgó como el sistema más rápido y directo de obtención de datos. En encuestas realizadas con anterioridad en el Colegio Oficial de Médicos de Córdoba por una empresa especializada respondió al cuestionario un once por ciento de los médicos colegiados.

Para que no se afecte la validez de una encuesta de este tipo, se requiere como mínimo una tasa de respuestas del 80% para evitar el sesgo de selección y que la información obtenida pueda ser extrapolable a toda la población. Las preguntas realizadas sobre temas personales delicados ocasionan una disminución de la frecuencia de respuesta (sesgo de clasificación errónea no diferencial). También es habitual que las preguntas de tipo abierto provoquen el mismo efecto, aunque suele ser compensado por la riqueza de la información obtenida.

V.1.2. Conflictos éticos reportados

Hacen referencia a aquellos asuntos, circunstancias o problemas que preocupan al médico porque son difíciles de resolver o porque implican un choque de derechos y deberes o porque suponen un desgaste desmedido de energía en su manejo o, simplemente, porque no cuenta con las herramientas necesarias para su resolución.

Todos ellos deben tener cabida en el nuevo Código de forma que orienten la actuación ética del médico, especialmente los aflorados en las respuestas a las preguntas n. 38 (“Cite varios aspectos del vigente Código de Ética y Deontología Médica que considera insuficiente o deficientemente tratados”) y 53 (“¿En qué asuntos ejercería el derecho a la objeción de conciencia?”). Si se estudian las respuestas a las preguntas n. 31, 38 y 53, todas de tipo abierto y por tanto sin influencia por parte del encuestador, se observa que son bastante coincidentes.

V.1.3. Actitudes de los médicos colegiados ante el Código de Ética y Deontología Médica

De los datos obtenidos en las preguntas n. 27, 35, 36 y 37 se colige que un 39 % de los colegiados desconoce qué es la Deontología médica, un 45.5 % no conoce nada el Código de Ética y Deontología Médica y un 50 % lo ignora por varias causas (no lo conoce, le falta de tiempo o tiene dificultad para consultarlo, cree que es inoperante y que los problemas se resuelven en reuniones y consultas o, simplemente, tiene desidia o está “quemado”). Por otro lado, es sorprendente que, a pesar de la falta de conocimiento e interés mencionados, un 88.5 % prefiera que exista un único código de deontología para todo el territorio nacional frente a un 11.5 % que preferiría un código específico por cada Comunidad Autónoma.

Estos resultados constituyen una importante llamada de atención a los dirigentes de la Organización Médica Colegial respecto al encargo que tienen encomendado en el Artículo 3.1 y en el Artículo 36 del actual Código, probablemente por haber descuidado lo indicado en el apartado 5 acerca de la enseñanza de la ética y la deontología tanto a nivel pregrado como tras la colegiación.

Existe una actitud, notablemente extendida, caracterizada por la ignorancia benigna del Código de Ética y Deontología Médica. Son bastantes los médicos que piensan que, en lo que respecta a la ética y la deontología, lo que realmente vale es dejarse guiar por el olfato moral, por el deseo general de ser una buena persona, lo cual, junto con la prudencia y la experiencia que dan los años, basta para salir airosos de los conflictos que puedan presentarse en el trabajo diario y para cumplir los deberes que impone la buena práctica profesional. Esta actitud se da, aunque no exclusivamente, entre los médicos de más años, que echan de menos los viejos tiempos, cuando no había problemas éticos y los códigos no hacían falta. Piensan que ni la jurisdicción deontológica ni los códigos tienen nada que hacer, y lo consideran un conjunto de obviedades.

Se observa, por otro lado, una actitud respetuosa y atenta del Código de Ética y Deontología Médica. No es cuantitativamente dominante, pero incluye a grupos heterogéneos de colegiados: los que han podido seguir, durante los estudios de Medicina, un curso formal, optativo o no, de Deontología médica; los que participan o han participado en el trabajo de las Comisiones de Deontología de los Colegios; muchos miembros de los Comités de Ética de hospitales que sienten la necesidad de conocerlo a fin de tenerlo en cuenta a la hora de estudiar e informar los problemas y casos que llegan a esos Comités (un 26.4 % de los colegiados encuestados afirma conocer las funciones de la Comisión de Ética asistencial del hospital; ítem n. 32); muchos colegiados que lo han leído con mayor o menor atención cuando, en el momento de inscribirse en el Colegio, recibieron un ejemplar del Código de Ética y Deontología Médica junto con los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial; los que han leído el libro en el que el Prof. Herranz, que tanta luz ha aportado a la deontología médica nacional e internacional, comentaba el articulado del Código de Ética y Deontología Médica anterior⁶³ a 1999. Entre quienes han leído y estudiado el Código predomina la opinión de que es un vademécum de sabiduría, siempre mejorable y actualizable, pero que nunca debería faltar en la biblioteca básica del médico como referencia de su buen hacer.

También tiene su lugar el escepticismo epistemológico. Es la actitud de los médicos que piensan que eso de la deontología es materia demasiado subjetiva e incierta, que cualquier doctrina choca con la fragilidad moral del médico o con el pluralismo ético de la sociedad. Consideran que a la mayoría de los médicos, la misma experiencia profesional les lleva poco a poco al cansancio ético. Para sobrevivir en un mundo tan imperfecto hay que tolerar mucha mediocridad, hay que adormecer la conciencia, hay que aceptar que la deontología sea una especie de hipocresía institucional. Sus normas, olvidadas o burladas de ordinario, sólo son traídas a colación para defender ciertos privilegios corporativos. Son, por desgracia, cada día más numerosos los escépticos entre los médicos jóvenes, que no han recibido educación deontológica en la Facultad, pero que han encontrado, durante la formación posgraduada, un ambiente éticamente cínico. Probablemente sea necesario un mayor empeño institucional para explicar de manera convincente que la Deontología lejos de ser un privilegio para los médicos es un bien social.

Junto a estas actitudes cuantitativamente considerables, se dan otras que captan a un número muy pequeño de médicos, pero que entran con frecuencia en el debate deontológico. Algunos rechazan sin matices el Código de Ética y Deontología Médica y lo que representa, por razones, más que éticas, políticas; consideran a la Deontología como una superestructura conservadora y persiguen el descrédito del Código, a fin de favorecer la sumisión del médico a un sistema sanitario de monopolio estatalista. Es un sector que plantea que una conciencia autónoma, madura para la deliberación y el razonamiento moral no admite más preceptos que la ley democrática. En el extremo opuesto del espectro socio-político, otros médicos pretenden obtener, con la “congelación” de la Deontología, la autonomía absoluta del médico que podría entonces campar por sus respetos. Hay, finalmente, quienes tienen una noción instrumental de la deontología corporativa; la defienden, pero aplicándola de modo selectivo, en defensa y promoción de intereses personales o de grupo; ocasionalmente la usan como arma para atemorizar o marginar a competidores profesionales o a colegas molestos.

Sería posible hacer buena medicina aún sin leyes, pero sin ética resulta imposible. Es compatible cumplir la letra de la ley y no comportarse como un buen médico. Es imprescindible contemplar la dimensión ética de la actividad médica para alcanzar la calidad asistencial que el paciente necesita. La evidencia científica por sí sola se muestra insuficiente para alcanzar las necesidades de salud del ser humano. La sociedad y los ciudadanos confían en que el médico por el hecho de decidirse a ejercer esta profesión asume un exigente compromiso de lealtad hacia el paciente, con un generoso y sincero interés por hacer las cosas del mejor modo posible, y se compromete a un nivel de exigencia ética superior a la ley con una disciplina propia que se recoge en el Código de Ética y Deontología Médica.

V.2. Estudio de los Capítulos y Artículos del Código de Ética y Deontología Médica

CAPÍTULO I. DEFINICIÓN Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

Ofrece una descripción, no una definición, de la Deontología médica, y omite toda referencia a la fundamentación filosófica de la Ética que lleva en su título, dedicándose más a los aspectos legales y a la responsabilidad profesional. Es necesario que los colegiados, los pacientes, las autoridades sanitarias, las asociaciones de usuarios y la sociedad entera sepa que ciertas conductas profesionales impropias constituyen falta deontológica, porque aparecen tipificadas como leves, graves o muy graves, y que, en consecuencia, conllevan, con el reproche corporativo, la aplicación de sanciones disciplinarias.

Artículo 2. 2

El incumplimiento de alguna de las normas de este Código supone incurrir en falta disciplinaria tipificada en los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial, cuya corrección se hará a través del procedimiento normativo en ellos establecido.

Es interesante el artículo 9 del Código del Perú⁴³, ya que aclara un aspecto disciplinario no siempre bien comprendido por los miembros de las Comisiones de Deontología. Dice así: “*En todo caso, las faltas y violaciones de la moral profesional, sancionadas de acuerdo a este Código, se refieren al comportamiento ético y son independientes de las que son juzgadas y sancionadas de acuerdo a las leyes civiles, penales y disposiciones administrativas, por las autoridades competentes*”. Parece adecuado añadir en este apartado una aclaración similar, ya que hace hincapié en que el médico se debe guiar en sus actuaciones profesionales por una directrices muy superiores a las que marca la ley y

que, además, tiene una especial sujeción a su Colegio Profesional, por lo que puede ser sancionado por acciones u omisiones que las leyes no contemplan.

Artículo 3

Es un reconocimiento nítido de que la Organización Médica Colegial existe para promover y desarrollar la deontología profesional. Constituye el elemento esencial y más importante de la respuesta que la Organización Médica Colegial da a la sociedad española a cambio de los derechos y poderes que ésta le concede, cumpliendo un mandato legal, que crea una obligación muy grave. Aquí radica la razón de la colegiación obligatoria.

En defensa de la libertad del médico colegiado, sería interesante añadir un apartado parecido a la segunda parte del artículo 38 del Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú⁴³: *“los médicos no están obligados a cumplir las normas de salud que no respeten los preceptos del Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú y si se le obligara deberá denunciarlo por escrito al Consejo Regional respectivo”*. En esta época de judicialización de la atención sanitaria parece importante recordar que el médico, como todo ciudadano, está obligado a cumplir las leyes y que puede suceder que no todas las leyes sean éticas y justas, por lo que en esos casos ya no existe la obligación de cumplirlas en conciencia, siendo en ocasiones un deber ético el no acatarlas.

Un objetivo importante de este trabajo, quizá soñado y difícil de expresar metodológicamente, es hacer crecer masivamente el número de médicos que, repudiando las actitudes de benigna ignorancia del Código de Ética y Deontología Médica, escepticismo, rechazo o manipulación, piensen que cabe ante la deontología médica una actitud sincera, hecha de conocimiento reflexivo, de crítica constructiva y de aceptación consciente⁶⁴.

CAPÍTULO II. PRINCIPIOS GENERALES

Se ha tendido, en circunstancias, a confrontar la ética de los códigos europeos con la ética de los principios anglosajones, pero es necesario reconocer que una y otra son variantes culturales que arraigan en una tradición común, aunque sin duda presentan matices diferenciadores netos, en especial en la tensión entre autonomía individualista y solidaridad comunitaria. Este capítulo interpreta en clave deontológica lo que los principios de no-maleficencia, justicia, beneficencia, y autonomía, representativos de la corriente principialista de la bioética anglosajona, expresan en clave bioética.

Como indica Herranz⁶² la exigencia de diligencia y solicitud con todos, sin discriminación alguna, formula el principio de justicia, y hace énfasis en los deberes hacia la comunidad prescritos en el Artículo 4.2 y en los que le siguen (5.1, 5.2, 5.3, 6.1 y 6.2). El principio de beneficencia queda incluido en el deber prioritario de cuidar de la salud del individuo y de la comunidad, y en el de señalar que la principal lealtad del médico es la que debe a su paciente, de modo que los intereses y la salud de éste se anteponen a cualquier otra conveniencia. El principio de no-maleficencia es acreditado por el Artículo 4.4 al prohibir que se dañe intencionadamente al paciente o se le atienda con negligencia.

Artículo 4. 2

La tradicional sensibilidad de los médicos hacía las personas más vulnerables se debe reflejar en la atención a situaciones de pobreza, marginalidad e inmigración. De la misma

manera se debe dar respuesta a las necesidades planteadas actualmente por la enfermedad crónica⁶⁵ asociada a dependencia, la asistencia a enfermos en situación terminal y la atención a pacientes que sufren las llamadas enfermedades raras.

Artículo 4. 3

Parece posible que en este apartado pueda tener cabida una matización similar a la presenta el artículo 17 *in fine* del Código Deontológico del Col.legi de Metges d'Andorra³⁹: “*En ningún caso el médico puede rechazar la asistencia por miedo a ser contagiado*”, que también aparece en otros códigos. Y se podría añadir: “*Deberá poner los medios a su alcance para minimizar los riesgos antes de iniciar el tratamiento*”.

Artículo 5. 3

Teniendo en cuenta que existe el derecho a la huelga y que el caso de huelga se da en el médico asalariado, parece adecuado añadir una especificación al artículo 5.3 del actual Código: “... *sin menoscabo de la obligación y responsabilidad de la Administración o de la empresa sanitaria de planificar y asegurar la debida asistencia sanitaria en estos casos*” (artículo 5.3 del Código Deontológico del Consejo de Colegios Médicos Valencianos, de 2002⁴⁰).

Artículo 6. 1

Parece interesante y muy adecuado introducir en el futuro Código una definición de acto médico, ya que el actual carece de ella. Para este objetivo podemos acudir, en primer lugar, a la empleada por la Comisión Central de Deontología en la “Declaración sobre la Ética de la práctica de la acupuntura” y en el “Informe sobre la homeopatía como acto médico”: “*toda actividad lícita, desarrollada por un profesional médico, legítimamente capacitado, conducente a la curación de una enfermedad, al alivio de un padecimiento o a la promoción integral de la salud, se incluyen, por tanto, actos diagnósticos, curativos, de alivio del dolor, la preservación de la salud, por medios directos e indirectos*”.

Por otro lado, el artículo 3 del Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú⁴³ también define ampliamente el acto médico: “*Acto médico es toda acción o disposición que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica, sea en su condición de directivo, autoridad, funcionario, docente, asistencial y terapeuta, investigador, consultor, auditor u otra. El acto médico es el resultado del conocimiento científico, la experiencia y la pericia del médico. Adicionalmente, como atributo de calidad, el acto médico expresa la capacidad del médico para decidir correctamente y en el momento adecuado en el interés superior del paciente*”.

Artículo 6. 2

Es este un artículo que pone a prueba la fortaleza moral del médico ante las dificultades en su labor diaria, siendo preciso un apoyo permanente de los Colegios de Médicos para que no deje de cumplirse.

Escaso número de facultativos protesta por hechos que en su práctica diaria le ponen en una situación de conflicto entre la ética médica y su supervivencia profesional.

El médico, en su quehacer diario, puede tener conocimiento de instalaciones inadecuadas en el centro sanitario, falta de condiciones sanitarias en quirófanos, falta del personal mínimo para realizar tareas, mala praxis reiterada, facultativos con problemas de salud a los que desaconsejaría seguir ejerciendo, falta de titulación exigible a otros facultativos, abusos de poder por parte de las jefaturas, desaparición misteriosa de documentación clínica,... Ocasionalmente, algo de esto se denuncia formalmente a las instancias pertinentes (un 49.8 % de los que contestaron a la pregunta n. 60 de la encuesta lo hizo “alguna vez”), quedándose todo habitualmente en comentarios de pasillo o cafetería.

El médico desconoce en su mayoría (un 59.8 % según las respuestas a la pregunta n. 33 de la encuesta realizada) las Comisiones de Deontología de los Colegios de Médicos y suele pensar que no son instrumentos válidos. Las juntas directivas colegiales y las jefaturas de la administración sanitaria se llevan habitualmente muy bien. En el peor de los casos, se critican, pero no se implican. Y según sea el cariz de la denuncia, el denunciante puede salir escarmentado. El médico prefiere callar y aparentar que no sabe nada.

Lamentablemente, las denuncias que se pueden hacer ante la Administración, reciben un sello de registro de entrada y se guardan. A veces se contestan, pero rarísimamente arreglan algo. Y el denunciante, obviamente, ha de atenerse a las represalias.

Las denuncias judiciales suelen acarrear mucho tiempo y muchos gastos para el denunciante. La Administración tiene tiempo y recursos de sobra para luchar en esas guerras, por lo que el médico rara vez llega a ellas, y sólo lo hace en caso de extrema necesidad, como una sanción administrativa injusta.

Posteriormente, suelen aparecer las represalias al denunciante. Quien denuncia, está marcado. Se da cuenta de que no tiene tantos amigos como creía en el lugar de trabajo. Si su contrato es temporal, no se le renueva. Si está contratado por acumulación de tareas, de golpe desaparece la acumulación de trabajo que justificó su contratación. Si es interino, cuando salga su plaza a oposición lo va a tener difícil. Si es propietario, se le va a hacer la vida imposible. Se le va a restringir la actividad asistencial, se le va a destinar a hacer únicamente cirugía ambulatoria en un local no habilitado para ello, se le van a denegar permisos, se le va a obligar a desplazarse durante el horario laboral a una lejana población para pasar consulta, se le va a controlar los horarios estrictamente, va a ser marginado en las sesiones clínicas y finalmente no se le van a asignar tareas para realizar: un moobing en toda regla (un 26.07 % de los colegiados que contestaron a la encuesta).

CAPÍTULO III. RELACIONES DEL MEDICO CON SUS PACIENTES

Artículo 7

El médico tiene la obligación de poner los medios a su alcance para conseguir establecer una plena relación de confianza con el paciente. Aquí entran en juego dos aspectos importantes: lenguaje y presencia.

Lo primero para poder entenderse dos personas es utilizar el mismo lenguaje, por lo que conviene añadir un apartado que asegure el entendimiento, tal como se expresa en el Informe de la Comisión Central de Deontología sobre los problemas de los médicos con conocimiento insuficiente del español.

La corrección en el vestido entra entre los factores que favorecen la confianza del paciente en el médico. De manera especial, el uso de la bata blanca o el uniforme establecido estimula al paciente a confiar al médico sus problemas, tal como se comprobó en una encuesta (Rehman S, 2005)⁶⁶. En ese sentido, el Código de Ética del Hospital de la Universidad de Stony Brook⁶¹ aconseja en el apartado A.6. : “*Dress in a neat, clean, professionally appropriate manner*”.

La tecnificación ha traído una visión de la Medicina omnipotente, mermando la confianza en la buena práctica clínica; ya no se concibe la muerte como un proceso natural y cuando alguien fallece por el proceso evolutivo de la enfermedad, no es infrecuente que los parientes piensen que ha habido una desatención sanitaria.

El médico puede ejercitar un trato defectuoso en la atención directa (en las curas, por ejemplo), cuando manifiesta arrogancia y altivez, con el trato displicente –hojear papeles o estar pendiente del ordenador sin mirar al enfermo cuando éste le habla–, o cuando proporciona información insuficiente o excesiva sobre la patología, entre otras situaciones.

Artículo 8. 2

El decoro, la honestidad, el altruismo y la integridad moral, constituyen normas que condicionan y gobiernan la conducta de los médicos y exaltan su idealismo a los planos más elevados de la vida en sociedad.

Los principios éticos que condicionan y gobiernan la conducta y la vida de los médicos no se diferencian sustancialmente de los que regulan la conducta y la vida de otros miembros de la sociedad, pero se distinguen porque rigen a la profesión médica, cuyo especial quehacer sobre la vida y la salud de las personas la convierte en actividad prístina y esencial para la sociedad (Collazo E, 2007)⁶⁷.

La relación médico-paciente queda seriamente dañada cuando se produce una confusión respecto a la función del profesional y su comportamiento, o una manifiesta rotura en su integridad que permite el daño y el abuso sexual de alguno. El contacto sexual o una romántica relación entre un médico y su paciente es siempre un comportamiento fuera de la ética debida, se trate de un paciente actual o de alguien que fue paciente en un momento anterior. Las cifras de este tipo de relación se mantienen desde hace años (Kluft RP, 1989; Bayer T, 1996; Coverdale J, 1995; Wilbers D, 1992; Gartrell N, 1992)^{68, 69, 70, 71, 72}.

La existencia de límites es importante en aquellas situaciones en las que existe una diferencia de poder. En la relación médico-paciente, los límites previenen el abuso de una de las dos partes durante la interacción de la relación. En el establecimiento de límites en cada sujeto resulta decisivo el desarrollo social y psicológico. En ambientes familiares alterados, los límites son a menudo o muy difusos o muy estrictos.

Independientemente de la existencia de un proceso psicopatológico, la pérdida de vista de cada rol y de los límites interpersonales puede resultar notablemente prevalente en tiempo de estrés cuando la relación terapéutica puede tener significados inapropiados para el paciente. Además, un paciente con sentimientos de vacío y falta de afecto puede intentar satisfacer sus necesidades en la relación con el médico, lo cual puede llegar a ser entonces altamente seductor para el médico.

En la relación médico-paciente pueden aparecer diversos tipos de trasgresión de los límites de la relación: abuso verbal, abuso físico, regalos, provocación sexual, preguntar al médico sobre cuestiones personales del mismo, relaciones sexuales^{69, 70, 71}, lenguaje sexual explícito, propuestas de citas^{69, 70, 71} (cenar, salir juntos,...) La reacción de médico y paciente varía según múltiples circunstancias. Estos detalles se pueden observar en las respuestas a las preguntas n. 16 a 19 de la encuesta, al igual que el dato de que para el 94.2 % de los encuestados es importante respetar la intimidad del paciente (ítem n. 47); esto implica que un 5.8 % de los encuestados no posee en la actualidad una condición ética fundamental necesaria para ejercer la profesión.

Ejemplo típico de atropello a la intimidad del paciente lo constituye el examen pélvico de la mujer bajo anestesia, realizado por estudiantes, sin consentimiento específico previo (Schniederjan S, 2005; Wilson RF, 2003; Chescheir NG, 2003)^{73, 74, 75}.

Una de las más graves violaciones de los límites de la profesión es la relación sexual entre el médico y el paciente, especialmente por el enorme daño que causa a este último. El asunto es especialmente serio porque el paciente que padece o ha padecido abusos sexuales es reacio a comunicar la agresión, tiene sentimientos de culpa y vergüenza, y miedo a no ser creído. Por otro lado, presentar la reclamación y estar involucrado en la investigación consiguiente y en el procedimiento legal resulta muy estresante; además, si el abuso fue en privado, como es habitual, carece de pruebas. Estos sucesos ocurren con más frecuencia en determinadas especialidades, como psiquiatría y ginecología^{76, 77}. Los abusos sexuales a pacientes refuerzan la opinión pública acerca de que la profesión médica no cumple sus obligaciones y que los médicos están más interesados en satisfacer sus propias necesidades que las de sus pacientes. Las víctimas de abusos sexuales no sólo pueden ser adultos, sino que también puede afectar a pacientes en edad infantil. Los pacientes más vulnerables son las mujeres y los niños que han padecido previamente abusos sexuales (Kluft RP, 1989)⁶⁸; los desórdenes borderline de la personalidad son un importante factor de riesgo.

La práctica de la Medicina implica, por sí misma, una estrecha relación entre médico y paciente, en ocasiones durante años, acompañando sus vidas durante períodos estresantes y traumáticos, compartiendo contenidos muy confidenciales. El médico tiene la responsabilidad de asegurar que las necesidades de su paciente son atendidas, sin comprometer su relación profesional. Generalmente, el médico tiene más probabilidades de traspasar los límites de la profesión cuando se encuentra estresado y sin suficiente apoyo emocional.

Por otra parte, si el médico no informa adecuadamente, el paciente puede considerar ataque sexual alguna parte de la exploración física; de ahí la importancia de explicar al paciente la necesidad de cada componente de la exploración, lo cual evita además que se explore lo que no tiene relación con la patología. La relación sexual entre el médico y el paciente es frecuentemente consecuencia de haber cruzado varias veces anteriormente la línea de peligro y haberse deslizado por la peligrosa pendiente. Es sumamente importante conseguir que el paciente denuncie el trato al que está siendo sometido al Colegio de Médicos. El Código de Ética y Deontología Médica obliga a los médicos a denunciar las sospechas de conductas no éticas o poco profesionales, entre otros motivos, porque, en ocasiones, es la única vía para poder ayudar al colega que las comete⁷⁷. Igualmente, han de ser notificados los casos de médicos que, siendo profesores, jefes de equipo o de grupos de investigación, etc., hostigan sexualmente a estudiantes, residentes, becarios, etc., ocasionando un tremendo daño a las personas, a la profesión y a las instituciones.

Es muy importante que el médico mantenga y mejore su propia salud mental y para ello, en ocasiones, necesita apoyo de sus compañeros. El programa PAIME (Programa de Atención Integral al Médico Enfermo) ha sido un gran avance en este sentido y algunas sociedades profesionales han clamado por él desde hace años (Cameron J, 1996)⁷⁸. Si un médico tiene problemas afectivos con un paciente o cruza con frecuencia los límites del acceso a la intimidad debería comentar el asunto con algún compañero, trasladar el paciente a otro médico o, quizá, adoptar una actitud profesional más formal. Algunas sociedades profesionales aconsejan la presencia de una tercera persona durante la consulta o la exploración física⁷⁷ y proporcionan modelos de conducta para estas situaciones⁷⁹. También es fundamental la formación en ética médica y deontología, comenzando en la facultad y continuando en la práctica clínica.

Parece muy conveniente, por tanto, remodelar la redacción del artículo 8.2. Se propone la siguiente redacción: *“El médico actuará siempre con corrección y respetará con delicadeza la intimidad de su paciente. En todo acto médico debe facilitar el uso de los medios apropiados que conduzcan al respeto del pudor, de las emociones y de la intimidad del cuerpo del paciente. El comportamiento falto de dignidad y respeto hacia el paciente o sus familiares es inaceptable. El médico nunca debe usar su posición con el fin de establecer una relación de naturaleza abusiva, sexual o emocional”*.

Artículo 10. 1

El principio de autonomía no se puede ejercer sin una información adecuada, y esto vale para todas las circunstancias, pero el principio de autonomía no es absoluto. Más allá de lo que impone el deber legal de informar, el deber deontológico exige lealtad, delicadeza y circunspección en el modo de transmitir la información, y reconoce que su destinatario natural es el propio paciente, al que corresponde decidir si se trasmite a otras personas de su entorno familiar o social. Nunca la relación médico-paciente puede consentir el anonimato, incluso en las complejas condiciones de trabajo de un hospital o de un equipo de atención¹⁰². El paciente ha de saber cual es, entre los médicos que le atienden, el que asume la responsabilidad final.

Al artículo 10.1 podría añadirse lo especificado en el 25 del Código de Deontología de los Médicos de Cataluña³⁸: *“El médico informará a las personas vinculadas al paciente, cuando éste así lo autorice”*, añadiendo *“excepto en casos de conflicto ético en los que se encuentren involucradas terceras personas”*.

Artículo 10. 3

Los pacientes deberían reclamar en el Servicio de Atención al Usuario el derecho a saber quién es su médico responsable, y solicitar que sea precisamente él quien les visite, y reivindicar poder cambiar de médico si no están satisfechos, y exigir que les opere quien les indicó la operación, y en caso de no ser así obtener una explicación razonada del por qué.

Artículo 10. 4

Las medidas quirúrgicas (Collazo E, 2002)³², y todas las invasivas, merecen algunas consideraciones más específicas, teniendo en cuenta que el documento de consentimiento informado nunca debe ser usado como un arma defensiva frente a hipotéticas reclamaciones por parte de pacientes.

En casos de especial trascendencia, como son los de aborto y tratamiento de menores, se debe asegurar un consentimiento informado que ofrezca garantías sobre su validez y el respeto a la autonomía de la mujer y a la dignidad del menor. Por ejemplo, en el caso de aborto, se debería asegurar al menos tres aspectos: (a) información sobre la naturaleza de la intervención y los riesgos físicos y psíquicos de acuerdo con la literatura científica actualizada, (b) inclusión de un periodo de reflexión preceptivo que permita el asesoramiento plural, y (c) la oferta de ayudas sociales para el caso de que la mujer opte por continuar con el embarazo. Todo ello con el fin de cumplir lo indicado en los Art. 4 y 8 de la Ley 41/2002.

Artículo 10. 5

Teniendo en cuenta los casos cada vez más frecuentes en que un paciente o quien lo representa solicita actuaciones en contra de las normas de buena práctica (Collazo E, 2001)⁸⁰, convendría añadir un apartado con un contenido similar al del artículo 15 del Código de Deontología de los Médicos de Cataluña³⁸, que dice: *“Cuando los responsables de un paciente incapacitado o menor rechacen, aunque sea por razones de conciencia, un tratamiento que los conocimientos médicos reconozcan como válido y necesario para su vida, el médico, en caso de urgencia, debe prescindir del consentimiento”*.

Artículo 10. 6

Las exigencias de prestaciones relacionadas con la salud que ha promocionado la actual sociedad de consumo por parte de los menores exigen una ampliación y clarificación de los aspectos implicados, máxime teniendo en cuenta los conflictos que pueden surgir en relación a los padres o tutores.

La Declaración de la Comisión Central de Deontología sobre la Ética médica en la atención del menor maduro, aprobada por la Asamblea General en noviembre de 2007, aporta las suficientes pautas de conducta para solucionar las posibles disyuntivas, por lo que parece adecuado incluirlas en el Código. Se propone la siguiente redacción:

El concepto de menor maduro no implica la eliminación de la intervención de los padres como garantes de su salud. Aún en las situaciones en las que el menor sea considerado maduro por el médico y por tanto con capacidad de decidir, los padres o tutores legales deben ser informados sobre el acto médico que se pretende llevar a cabo y recabar su consentimiento.

El médico tiene la obligación legal de informar siempre a los padres del menor en caso de actuaciones de grave riesgo para la salud, en casos de aborto y esterilización, en la práctica de ensayos clínicos, la práctica de reproducción humana asistida y otras, así como de obtener su consentimiento previo.

Cuando los responsables de un paciente incapacitado o menor rechacen, aunque sea por razones de conciencia, un tratamiento que los conocimientos médicos reconozcan como válido y necesario para su vida, el médico, en caso de urgencia, debe prescindir del consentimiento.

Artículo 11. 1

En los últimos años se ha comprobado que continúa la picaresca referente a los certificados médicos, especialmente en lo relativo a la salud mental de las mujeres que van a someterse a un aborto y a las solicitudes de las compañías de seguros. En este sentido es conveniente añadir algunos apartados que normativicen la actuación del médico, tal como se indica en la “Declaración sobre las cualidades del certificado médico y sobre sus diferencias con los partes y los informes médicos. Peculiaridades del certificado médico de defunción”, aprobada por la Asamblea General en enero de 2007.

Parece conveniente incluir un apartado con contenido parecido al del artículo 130 del Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú⁴³: “*Ningún médico debe expedir certificado de salud, enfermedad o muerte, referente a familiares o personas que están bajo su dependencia civil o de aquellas cuyo fallecimiento pueda proporcionar beneficio al médico o sus familiares directos*”.

Artículo 12

La dignidad de la profesión exige que el médico evite en su lugar de trabajo determinadas conductas, especialmente de tipo mercantilista, que lesionarían el principio tradicional de separación de los actos de prescribir y dispensar, o que atentaran a la necesaria independencia por estar relacionado con determinado fabricante o vendedor de productos farmacéuticos. Parece prudente añadir un apartado que contemple estas situaciones.

Artículo 13. 1

Los médicos que practican especialidades quirúrgicas deben estar atentos, por diversos motivos, a aspectos particulares (Collazo E, 2008)⁸¹, ya que la agresividad de los procesos quirúrgicos, los factores psicológicos que despiertan y la incertidumbre de los resultados en determinados procesos obligan a incrementar la información y el consentimiento, y a extremar la exactitud de las anotaciones en la historia clínica.

En la atención a menores pueden surgir algunas controversias sobre los datos a incluir en la historia clínica, por lo que es conveniente tener en consideración la Declaración sobre la historia clínica: aspectos éticos y deontológicos, que la Comisión Central de Deontología emitió en noviembre de 2007.

CAPÍTULO IV. SECRETO PROFESIONAL DEL MÉDICO

En teoría, tanto la norma deontológica como la ley deben ir de la mano, sin embargo, todavía quedan puntos oscuros, sobre todo relacionados con el secreto médico, que, en muchas ocasiones, obligan a los profesionales a debatirse entre lo ético y lo legal. Habitualmente, el Código de Ética y Deontología de la profesión médica es entendido por los expertos como una fuente de derecho auxiliar en los procesos judiciales

La Deontología médica suele ir por delante del derecho en el sentido de que la deontología prohíbe situaciones permitidas por la ley, lo que puede repercutir en la aparición de contradicciones entre norma deontológica y ley.

La protección del secreto profesional y del derecho a la intimidad de las personas son dos aspectos ampliamente aludidos en el ordenamiento jurídico. El problema surge con la promulgación de la Ley de Enjuiciamiento Criminal y, en concreto, con la obligación a declarar ante el juez todo aquello que puede servir en un juicio para esclarecer hechos concretos. Además, el artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal subraya que *"los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al Tribunal competente, al juez de instrucción y en su defecto al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratase de un delito flagrante"*. Y sigue: *"Si el que hubiese incurrido en la omisión fuere empleado público, se pondrán, además, en conocimiento de su superior inmediato para los efectos a que hubiere lugar en el ordenamiento administrativo. Lo dispuesto en este artículo se entiende cuando la omisión no produjere responsabilidad con arreglo a las leyes"*.

La normativa impone unos límites y exime a algunos colectivos. En su artículo 263 la Ley de Enjuiciamiento Criminal establece que *"la obligación impuesta en el párrafo primero del artículo anterior no comprenderá a los abogados ni a los procuradores respecto de las instrucciones o explicaciones que recibieren de sus clientes. Tampoco comprenderá a los eclesiásticos y ministros de cultos disidentes respecto de las noticias que se les hubieren revelado en el ejercicio de las funciones de su ministerio"*. El médico, a diferencia de otros colectivos, y a la vista de lo contemplado en el ordenamiento, no está exento de declarar ni de denunciar presuntos delitos; ante esta tesitura, ¿qué norma debe obedecer, la legal o la deontológica?

Ante el acceso cada vez mayor de personal no sanitario a la información contenida en las historias clínicas, se hace necesario extremar las medidas para guardar el derecho del paciente a la intimidad y el derecho del médico a guardar el secreto profesional.

Artículo 14. 2

Parece conveniente especificar algunas circunstancias que son habituales en relación al manejo de las historias clínicas, y que han sido tratadas en la Nota de la Comisión Central de Deontología sobre ética de las auditorias de historias clínicas, aprobada por la Asamblea General en junio de 2006. En concreto, el acceso de un médico a cualquier historia clínica y los estudios de investigación.

Se propone añadir un apartado con la siguiente redacción: *El hecho de ser médico no confiere por sí mismo el derecho a conocer información confidencial de un paciente. Para acceder a información de las historias clínicas para la realización de investigación médica en sentido clásico se requiere el adecuado consentimiento del paciente.*

Artículo 15. 2

Dado que, a un cierto nivel, los medios para mantener el secreto no dependen directamente del médico individual sino de la institución (Collazo E, 2005)⁸², parece interesante añadir y especificar en este punto algo similar a lo indicado en el artículo 39 del Código de Deontología de los Médicos de Cataluña (2004)³⁸: *"El director médico de un centro o servicio sanitario velará por el establecimiento de los controles necesarios para que no se vulnere la intimidad y confidencialidad de los pacientes que en él están acogidos así como la documentación que haga referencia a ellos"*.

Artículo 16

Dentro de las circunstancias en las cuales el médico puede revelar el secreto habría que incluir el caso de malos tratos de cualquier tipo a cualquier ser humano. Siguiendo al Código Deontológico de la Ordem dos Médicos de Portugal⁵¹ en su artículo 44: *“Siempre que el Médico sea llamado para tratar a un niño, un deficiente o un incapaz, y verifique que son víctimas de abuso, maltrato, o acciones malévolas, debe tomar las precauciones adecuadas para protegerlos, habitualmente comunicándolo a las autoridades policiales o al organismo social competente”*, se podría añadir un apartado que indique: *“Siempre que el Médico sea llamado para tratar a un paciente, y verifique que es víctima de abuso, maltrato, o acciones malévolas, debe tomar las precauciones adecuadas para protegerlo, habitualmente comunicándolo a las autoridades policiales o al organismo social competente”*

También conviene recoger el modo de resolver la figura del médico testigo, tal como figura en el artículo 42 del código catalán³⁸: *“Cuando el médico sea requerido por la justicia para testificar en relación a un paciente en materias que conoce gracias a su profesión, tiene que dar a conocer al juez que éticamente está obligado a guardar el secreto profesional y pedirle que le exima de testificar”*.

Parece prudente incluir además un apartado sobre la intervención de los médicos ante los medios de comunicación en casos de notorio interés público, con el fin de prevenir declaraciones inoportunas. Se propone el siguiente contenido: *Para facilitar información a los medios de comunicación sobre pacientes individuales que ingresan en un hospital con ocasión de accidentes o catástrofes, o sean personajes públicos, no sólo deberá contarse con la autorización del paciente, sino que no deberán ofrecerse evaluaciones diagnósticas o pronósticas sin el conocimiento y autorización del médico responsable del paciente.*

Las cautelas deben extremarse cuando las cámaras de televisión acuden al escenario de un accidente o entran en las áreas de urgencia o en las salas de un hospital. Los médicos responsables o los directores de las instituciones sanitarias deberán oponerse con la energía necesaria a que, en esas circunstancias tan sensibles y especiales, pueda sufrir menoscabo la intimidad de los pacientes y sus allegados o se falte al respeto que se debe a los profesionales que les atienden.

Artículo 17. 1

La aplicación de los avances informáticos a los archivos de historias clínicas y los múltiples aspectos relativos a la confidencialidad que ello conlleva aconseja incluir algunas especificaciones de las contenidas en la Declaración de la Comisión Central de Deontología sobre centralización informática de datos e historias clínicas. Se propone añadir el siguiente apartado: *Los profesionales sanitarios y no sanitarios que, por el desempeño de sus funciones, tienen contacto con la documentación clínica informatizada, están obligados a guardar el secreto profesional sobre esa información y sus claves de acceso; esta exigencia se mantendrá aunque se extinga el vínculo profesional. Igualmente, son responsables de la custodia y protección de la confidencialidad de dicha información.*

Nadie, excepto el personal sanitario encargado de la atención asistencial de un paciente, podrá tener acceso a los datos completos de su historia clínica, ya que exclusivamente a ellos ha dado permiso el paciente.

CAPÍTULO V. CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Artículo 18. 1

Las quejas más frecuentes de los pacientes hacen referencia a una deshumanización galopante de la Medicina, por lo que parece importante prestar más atención a este aspecto. No se trata de desestimar los avances tecnológicos a los que se tiene acceso, porque entonces se perdería calidad científica, sino de evitar sustituir la relación con el paciente por el diagnóstico del *aparato moderno* que da la falsa sensación de ayudar a curar sin fracasos al paciente. La recuperación de la dimensión humanística de la relación médico-paciente es sin duda un elemento decisivo en la calidad asistencial. Ello, junto con una disponibilidad del tiempo necesario, conduce a una Medicina más satisfactoria para el paciente, mayor eficiencia en el uso de pruebas diagnósticas y prescripciones y con ello una menor iatrogenia.

El médico debe luchar contra sistemas sanitarios que quieran imponerle relaciones despersonalizadas, esquemas de relación médico-expediente o relaciones médico-caso clínico, evitando también las actitudes paternalistas con el paciente, pero transmitiéndole a la vez la sensación firme de que puede contar con él, siendo enérgico cuando se necesite y a la vez amable: con el consejo a tiempo, bien intencionado y dirigido a buscar el bien del paciente. Hay que luchar a toda costa contra la deshumanización de la Medicina en esta sociedad, basada en la desconfianza entre las personas y las instituciones, de comportamiento dual que impide a un niño ver a su abuelo moribundo y por otra parte a través de la televisión o de los video-juegos le enseña como se mata mejor.

La relación con el paciente debe tener siempre en cuenta el hipotético hecho de que la situación fuera a la inversa, nosotros el paciente y viceversa, y de cómo nos gustaría ser tratados y a la vez siendo médicos como nos gustaría que nos trate el paciente. Es posible construir una ética médica en medio de una sociedad en la que impera el trato impersonal, excluyente, y en la que parece que los valores éticos son solo cuentos del pasado.

La atención médica de calidad humana científica a que hace referencia el artículo 18.1 implica desterrar el determinismo y el relativismo en la relación médico-paciente. Determinismo: todo está ya predeterminado, por tanto yo no tengo la culpa de ser como soy, pues ya nací así, entonces no puedo cambiar, además ya estoy viejo para eso. Este pensamiento es absolutamente falso; cada uno se construye su realidad y transforma su propio mundo a base de genuino esfuerzo, y es el resultado de sus ideas, decisiones y acciones.

Relativismo: ahora todo es relativo, es decir nada es verdad ni mentira, todo depende de quien lo valore o vea. El relativismo es un craso error que permite borrar la frontera entre lo que está bien y lo que está mal, y aconseja darse permisos a uno mismo para terminar haciendo cosas que nunca antes haría.

Es en esta misma sociedad que añora la honestidad y el compromiso personalizado en donde el médico puede y debe construir, o más bien reconstruir, los valores éticos que la profesión exige y que tanta falta hacen en las relaciones entre las demás personas.

Parece aconsejable añadir un apartado parecido al manifestado en el artículo 64 del Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú⁶⁷: “*El médico debe disponer del*

tiempo necesario para la aplicación de sus conocimientos en una exploración adecuada del paciente. El acto médico apresurado o irresponsable constituye abuso de la confianza o ignorancia del paciente, lo cual es falta grave contra la ética”.

Artículo 18. 2

El deteriorado ambiente socio-afectivo actual en la práctica de la Medicina y el multiculturalismo feroz, sin aumento de recursos ni de formación, ocasionan problemas de comunicación que conducen al aumento de la violencia en la atención sanitaria, tendiendo a caer en la medicina defensiva, que puede ser por acción o por omisión, p. ej. no consignando algún dato en la historia clínica.

Hay que distinguir entre la medicina defensiva que atenta contra el paciente y aquella que, sin atentar contra el paciente, defiende al médico. Existe una medicina defensiva *registral* como los documentos muy exhaustivos de consentimiento informado.

El médico se ve forzado a realizar una Medicina cada vez más masificada debido a plantillas más reducidas. Aumentan las exigencias no sólo cuantitativas, sino también cualitativas. Los pacientes viven más años con patologías más complejas e ingresan más veces en el hospital. Una información deficiente y algunos excesos del mercantilismo han creado en la población falsas expectativas que muchas veces expía el médico. Los pacientes tienen la idea de que la Medicina lo puede todo y no están preparados para admitir que puede fracasar sin que nadie tenga la culpa. Gran parte de la culpa de esta situación la tienen los seriales médicos.

Cada vez es más frecuente la sensación frustrante de que constantemente el médico clínico ha de aumentar su dedicación, pero nadie le reconoce el esfuerzo, ni el paciente ni el sistema. Esto hunde el estado de ánimo colectivo, porque la Medicina es una profesión en la que la valoración es muy necesaria para continuar haciendo esfuerzos, es una actividad con grandes dosis de incertidumbre en los resultados y que está en contacto permanente con el sufrimiento, lo cual acaba afectando al ánimo colectivo.

Cuando ni los salarios ni la posición están reconocidos de acuerdo al esfuerzo profesional, la única fuente de sentido que queda para mantener la autoestima es la percepción de utilidad social; esto es lo que explica las ganas de esforzarse que todavía hay entre los profesionales de la salud y que permite que el sistema siga funcionando. Esto es lo que se deduce de las respuestas obtenidas a la pregunta n. 8 de la encuesta, donde la desviación típica más alta se encuentra en el estadístico media del grado de satisfacción profesional.

El médico decide cada vez menos; el eficientismo deshumanizado ahoga la sanidad pública. El eficientismo es una tendencia de gestión caracterizada por la búsqueda de la eficiencia económica aún a costa del humanismo; se basa exclusivamente en valores de control: optimización de recursos humanos, objetivos, producción, orden, directrices; pocas veces valora la calidad en el trato con los pacientes, los logros en docencia o investigación o el grado de satisfacción del equipo (Collazo E, 2007)⁸³. En cambio el humanismo pretende que la persona sea el centro y el fin de la actividad humana.

Resulta muy difícil implicarse en un trabajo en el que el médico se siente tratado como una máquina, un recurso humano al que optimizar, más que como una persona a la que

potenciar. Uno de los principales costes económicos del eficientismo es la medicina defensiva, vivamente desaconsejada en el Código de Ética y Deontología Médica, en la que a la falta de tiempo para escuchar al paciente se suma una ausencia de confianza mutua, disparando los costes por pruebas innecesarias. Parece prudente completar el artículo 18.2 con el contenido del artículo 12 del Código de Deontología de los Médicos de Cataluña (2004)³⁸: *“Las exploraciones complementarias nunca deben practicarse de manera rutinaria, indiscriminada o abusiva. Cuando del resultado de estas exploraciones pueden derivarse repercusiones sociales negativas para el enfermo, el médico debe tener especial cuidado de obtener el consentimiento cada vez que haga falta practicarlas, salvo en el caso de que se presuponga riesgo para la salud de terceras personas o del feto en el caso de una gestante”*.

También existe una medicina defensiva para defender al paciente, como en los casos de mal trato. ¿Cómo debe responder la Deontología a estos casos?, ya que habitualmente aumenta el coste económico y el sufrimiento del paciente al ser sometido a más pruebas complementarias.

Muchos pacientes sugieren las pruebas que se les pueden practicar. Tal y como está el panorama en la actualidad, la estrategia habitual por parte del médico es solicitarlas. Si las solicita no pierde nada y si no las solicita puede tener problemas. Los pacientes consideran como el “mejor” a aquel facultativo que más pruebas pide porque no han de pagarlas de su bolsillo. Si el paciente pagara por las exploraciones, probablemente su criterio de bondad del médico cambiaría. El mejor no sería el que le pidiese más pruebas sino el que le solventara medianamente el problema sin excesivo coste económico.

El panorama actual se encuentra viciado y depende de un factor principal: la ausencia de protección del profesional de la Medicina. El médico es “carne de cañón” para el actual sistema; un sistema corrompido que atiende a una población exigente con sus derechos, a la que se estimula a reclamarlos, y el médico también tiene hijos, hipotecas, facturas, y pocas ganas de ir a los juzgados. Solución: a pedir pruebas, las pagamos todos.

Son los médicos los que de una manera efectiva determinan la demanda, y no los pacientes con sus sugerencias o exigencias. En general, los pacientes no piden pruebas o intervenciones quirúrgicas; simplemente sienten un problema de salud y acuden al médico. Aquí es donde el médico, amparándose en la asimetría informativa con respecto al paciente, modula la demanda. Lo importante es analizar los factores que modulan esta demanda, entre los que se encuentran las sugerencias de los pacientes, aunque hay otros: medicina defensiva, utilizar las pruebas complementarias para deshacerse de la presión asistencial, desconocer las prestaciones de las nuevas tecnologías,....

Artículo 19. 1

Parece muy útil añadir la aclaración sobre negligencia, impericia e imprudencia que realiza el Código de Ética del Colegio Médico de Chile⁴² en su artículo 20: *“Será negligente aquel profesional que poseyendo el conocimiento, las destrezas y los medios adecuados, no los haya aplicado. Constituye impericia la falta de los conocimientos o destrezas requeridos para el acto médico de que se trata.*

Actúa con imprudencia aquel médico que poseyendo los recursos y preparación necesarios para la atención de un paciente, los aplicare inoportuna o desproporcionadamente, como también si, careciendo de los recursos o preparación adecuados, efectuare una atención sometiendo al paciente a un riesgo innecesario.

Un diagnóstico equivocado, o el fracaso de un tratamiento o de cualquier otra acción médica, habiéndose usado todos los elementos disponibles, no constituyen necesariamente negligencia. La falta de recursos tecnológicos, cuya existencia no dependa del médico tratante, no acarrea responsabilidad alguna para el facultativo”.

Artículo 19. 2

En la sociedad actual la drogadicción, en un sentido amplio, afecta a muchos ciudadanos independientemente de su profesión. Los médicos no escapan a esta lacra, por lo que parece adecuado hacer referencia al esfuerzo para ayudarles. Se propone añadir la siguiente redacción: *Los casos de médicos con problemas de adicción o enfermedades mentales, conocidos por la Junta Directiva de los Colegios de Médicos o por sus Comisiones de Ética y Deontología, deben ser valorados por colegas competentes y con experiencia en este terreno con el fin de sentar un programa terapéutico y de rehabilitación personificado.*

Artículo 19. 3

Habitualmente, los médicos no denuncian hechos francamente irregulares y que son a menudo lesivos para los pacientes, como el relativamente reciente caso tan publicitado en los medios de comunicación de un anestesista acusado de drogadicto y de haber transmitido la infección por el virus de la hepatitis C a varias decenas de personas, algunas de las cuales fallecieron. No es creíble que en el entorno de los quirófanos de dos grandes hospitales valencianos, uno de ellos universitario, nadie sospechara que el anestesista se drogara. Lo más probable es que lo supiera muchísima gente, porque estas cosas pronto se saben y corre la voz.

Es muy frecuente la idea de que si un facultativo tiene constancia de que un colega está ejerciendo la Medicina con las facultades físicas mermadas ha de ir con mucho ojo de denunciarlo, pues puede violentar la legislación acerca de la intimidad, el honor y la propia imagen; además de las represalias que pueden venir después. Es necesario terminar con esta actitud cobarde que ni beneficia a los pacientes ni ayuda al colega enfermo, por lo que sería adecuado reforzar el contenido del apartado: *No es ético, ni deontológicamente correcto, que un médico actúe como simple espectador ante las acciones injustas de los demás en el equipo de trabajo hacia un compañero; este comportamiento es altamente destructivo desde el punto de vista psicológico.*

Artículo 20. 1

El acto de la prescripción es uno de los más complejos y exige un proceso de terapéutica racional, que se puede sintetizar en:

1. Definir el o los problemas del paciente.
2. Especificar el o los objetivos terapéuticos.
3. Definir un esquema terapéutico apropiado para el paciente.
4. Iniciar el tratamiento (formular la receta).
5. Proporcionar información, instrucciones y advertencias al paciente.
6. Supervisar la evolución del tratamiento.

Analizar los problemas éticos de la prescripción en la práctica médica diaria exige recorrer una senda que va desde la responsabilidad del clínico en la prescripción, a la ética de

la relación con la administración sanitaria, pasando por la ética de la relación con la industria farmacéutica⁸⁴.

Los principios de la Bioética también se aplican al acto de prescribir:

- Beneficencia: el mejor plan terapéutico disponible para el problema de salud que presenta el paciente.
- Autonomía: aceptación o solicitud, por parte del paciente, de un determinado plan terapéutico tras una adecuada información.
- No-maleficencia: garantía de que no se somete a riesgos o perjuicios desproporcionados; exige el conocimiento de la contraindicación por interacciones o por condiciones del paciente: enfermedades concurrentes, alergias.
- Justicia: existen dos dimensiones: a) acceso y b) distribución de los recursos (Emanuel E, 2000)⁸⁵.

Desde una perspectiva ética conviene hacer una reflexión más profunda pensando en la sostenibilidad del sistema. Está muy arraigada todavía la falsa creencia de que los presupuestos son elásticos y flexibles hasta el infinito. Pero lo cierto es que si se hace un uso inapropiado de un recurso se deja a otro paciente sin el equivalente a ese recurso que previamente ha sido malgastado (Williams A, 2001)⁸⁶. Esto puede que no ocurra en la consulta de al lado, ni siquiera el mes que viene en nuestra propia consulta, pero sin duda va a tener consecuencias en los presupuestos de los próximos años, y aunque la responsabilidad parezca estar diluida no por ello deja de existir. Además, entronca con el principio de no-maleficencia, ya que como médicos no tenemos más derechos que los que el paciente nos da y arrogarse otros es ejercer un poder sobre ellos, aunque nuestras intenciones sean sanas. Llevados por esas buenas intenciones podemos ejercer sobre el paciente un control tal que *medicalizamos su vida* olvidándonos de que es un ser social interrelacionado con otros seres con sus propias necesidades, es ahí cuando *enfermamos curando* con tratamientos y medicaciones extremas y muchas veces innecesarias.

Resulta evidente la buena voluntad de los médicos encuestados para implicarse en este terreno de una importancia tan capital. El 92.7 % respondió afirmativamente a la pregunta n. 55 acerca de sí “¿estaría de acuerdo en que el médico se involucre en una distribución razonable de los mismos y en contribuir a que no se dispare el gasto sanitario?”

En ética los matices suelen ser decisivos. No es lo mismo una limitación presupuestaria generada por un incremento justificado de las necesidades ante un inesperado problema de salud, que una limitación provocada por un mal uso de recursos. El significado ético es sustancialmente diferente para los agentes implicados.

El médico debe plantearse seleccionar el plan terapéutico que mejores expectativas ofrezca ante una determinada patología o problema de salud y ante un determinado paciente. Una cuestión decisiva en este momento es discernir cuál o cuáles son los modos de alcanzar este conocimiento: ¿Cuál es el modo de conocer el mejor tratamiento disponible ante un determinado diagnóstico? La opinión más aceptada en la actualidad es que la información científica más fiable es la que nos proporciona, en resumen, el ensayo clínico controlado, después se sitúan los estudios de cohortes y de caso-control y por último la opinión de grupos de expertos reconocidos.

Más allá de la cuestión legal que establece un derecho formal de acceso a la financiación de determinados medicamentos, el punto decisivo es el derecho real de un determinado paciente. Este derecho efectivo a acceder a la prescripción de un determinado fármaco, en la práctica estará mediatizado por el médico y sus circunstancias: formación técnica (conocimientos), formación ética (actitudes), circunstancias de disponibilidad de tiempo, masificación asistencial, condiciones materiales, dinámica del equipo, y todo un conjunto de factores que influyen en la calidad y el resultado de la relación clínica.

El Código de Ética y Deontología Médica en su artículo 20 lleva implícito que:

- a) Los médicos deben defender la libertad de prescripción, dado que como “acto médico” asumen la responsabilidad ética y legal de los resultados de dicha actividad.
- b) Los médicos tienen la obligación de realizar un uso racional de los medios de diagnóstico y tratamiento, evitando indicaciones desmesuradas o inútiles.

El uso de una medicación es apropiado cuando el valor de su beneficio excede su riesgo potencial. Con demasiada frecuencia las decisiones prescriptivas de los médicos están basadas en la promoción de los medicamentos más que en la ciencia, aunque también es cierto que la formación continuada proporcionada por las instituciones sanitarias públicas es prácticamente nula y corre a cargo de la industria farmacéutica. El médico, a través de la formación continuada, tiene la obligación de estar al día en el uso racional del medicamento para obtener la máxima eficiencia, realizando una buena gestión de los recursos que la sociedad pone en sus manos.

Es indudable la existencia de un derecho a la libertad de prescripción, entendido no como la facultad de dar los medicamentos que se quiera, cuando se quiera y a quien se quiera, sino como la capacidad o posibilidad de dar al enfermo lo que necesita: lo mejor para él en cuanto a pronóstico y calidad de vida, y, por tanto, como un derecho limitado también por normas que tengan rango de ley. Las medidas legales que limitan la libertad de prescripción son medidas para la protección de la salud (la regulación sobre la autorización de medicamentos o productos sanitarios) o medidas económicas que tratan de limitar el gasto sanitario.

El uso racional del medicamento es, según la OMS, la prescripción del más adecuado, la disponibilidad oportuna del mismo, su dispensación en condiciones debidas, su utilización por el paciente en los intervalos y tiempo necesarios, y de forma que suponga el menor coste posible para el paciente y para la comunidad. Una prioridad del Estado es garantizar el acceso de la población a los medicamentos.

Las Administraciones deben ser muy cautelosas para que las restricciones económicas que impone su gestión sanitaria no entren en conflicto con la atención al paciente individual. Pero no se debe olvidar el aspecto de la seguridad: los problemas de uso de los medicamentos ocasionan un alto porcentaje de las urgencias hospitalarias.

Relaciones del médico con la industria farmacéutica

Los conflictos de intereses son muy frecuentes y diversos en Medicina, tienen un gran impacto tanto en la información que llega a los profesionales de la salud como en la atención médica y, en su gran mayoría no son divulgados. Para combatirlos, es preciso hacer grandes

esfuerzos en la atención médica para elaborar, cumplir y desarrollar recomendaciones éticas apropiadas, además de iniciativas de educación tanto en el período formativo, como durante el ejercicio de la profesión (García C, 2006)⁸⁷.

La oportunidad de corromperse es casi omnipresente en la sanidad pública... los incentivos materiales están en prácticamente todas las especialidades (prótesis, mallas, catéteres, antirretrovirales, nuevos broncodilatadores, tal o cual set de punción para raquianestesia, tal o cual relajante muscular...). Esto tiene relación con el artículo 40.5 del Código, cuya redacción podría completarse: *“El médico no percibirá comisión alguna por sus prescripciones, ni por los materiales empleados en la atención a los pacientes, ni podrá exigir o aceptar retribuciones de intermediarios”*, y que se comentará en el Artículo correspondiente.

Las instituciones empleadoras quieren controlar el gasto farmacéutico y curiosamente entran en competencia con la industria del medicamento que, a su vez, incentiva al médico para orientar su prescripción. La Declaración de la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico sobre ética de la relación profesional del médico con la industria farmacéutica y las empresas sanitarias, aprobada por la Asamblea General el 12 de mayo de 2006, recuerda a los profesionales que asuman responsabilidades directivas en las instituciones sanitarias que deben rechazar los incentivos directos a la prescripción -positivos o negativos- que provengan de los gestores de los centros.

Existe una responsabilidad compartida entre la profesión médica y la sociedad de cara a hacer frente al actual incremento del consumismo sanitario. Se ha difundido una visión utópica del concepto de salud que puede generar frustración y convertirse a su vez en un mercantilismo que perjudica sobre todo a los sectores más débiles de la sociedad.

Existen algunos datos de lo influenciados que son los médicos por la publicidad de los medicamentos que hace la industria farmacéutica. Un estudio (Delgado Fagundes MJ, 2007)⁸⁸ reciente mostró que el 86% de los médicos brasileños recibían regalos de los delegados de laboratorios, el 68% estaba convencido que la publicidad les influía fuertemente sus hábitos de prescripción, un 14% relacionaba la prescripción con la aceptación de incentivos, un 68% pensaba que la información contenida en los anuncios no era fiable ni exacta.

Un estudio anterior⁸⁹, llevado a cabo en Cataluña, mostró que los médicos consideraban ético aceptar material publicitario (82,5%), las muestras gratuitas (78,1%) y el pago de actividades formativas (74,3%); consideraban menos ética la aceptación de compensación económica directa (2,2%), la invitación a un viaje (20,6%) y a una cena (40,1%); más del 50% considera que aceptar estas ofertas no influye en la prescripción y sólo un 38,3% cree que la compensación económica por prescribir un determinado medicamento sí influye; en resumen, el porcentaje de encuestados que considera que los regalos de la industria influyen en la prescripción es bajo, aunque la evidencia demuestra lo contrario. El artículo 54 del Código de Deontología de los Médicos de Cataluña (2004)³⁸ indica que *“Las relaciones que mantenga cada médico con las industrias sanitaria y farmacéutica deben ser transparentes y se podrán poner de manifiesto en caso de conflicto de intereses”*.

Un trabajo previo (Díaz Grávalos GJ, 2001)⁹⁰, realizado en Orense y también en el campo de la Atención Primaria, informaba de la ignorancia del costo de los productos sanitarios por parte del médico (45.7% de error en la estimación del precio), sin que

constituyera una prioridad en la prescripción (77%), y de un alto porcentaje de prescripción inducida (40%).

En la encuesta realizada para este estudio, el 73.8 % de los encuestados consideraron que los regalos de la industria farmacéutica no influyen en su prescripción (pregunta n. 14), aunque sólo un 6.27 % manifestó no haber recibido regalos de la industria farmacéutica en los últimos doce meses (ítem n. 13).

El Código de Ética y Deontología Médica recoge el deber del facultativo de prescribir con racionalidad y economía, pero no menciona nada sobre las influencias a las que puede verse sometido por intereses procedentes, tanto de la industria del medicamento, como de la empresa sanitaria, incluso de la pública. La Declaración de la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico sobre ética de la relación profesional del médico con la industria farmacéutica y las empresas sanitarias exige transparencia en estas relaciones: “*Es obligación del médico que participa en investigaciones o en estudios farmacológicos patrocinados por la industria farmacéutica comunicar e informar, tanto en medios científicos como de comunicación en general, sus vinculaciones con la industria*”; es “*lícito que dicho médico reciba una compensación favorable por su participación*”. Debe constar en los ensayos clínicos, o precisar antes de dar una conferencia sobre un producto, si se ha recibido financiación de un laboratorio; esto, que ya se estaba haciendo en el ámbito de la investigación, no figura explícitamente en el actual Código de Ética y Deontología Médica.

Dado que la financiación de la formación médica continuada procede en su inmensa mayoría de las empresas del medicamento, este patrocinio privado es aceptable y necesario, pero se debe garantizar la independencia de los contenidos de los programas científicos y diferenciar las actividades dedicadas a la promoción comercial. Una forma de empezar a cultivar esta transparencia informativa sería que las propias sociedades científicas reconocieran expresamente sus acuerdos con los laboratorios.

Teniendo en cuenta las observaciones anteriores parece proporcionado y prudente completar el Artículo 20 con varios apartados, proponiéndose los siguientes párrafos:

La relación del médico con las compañías farmacéuticas y sanitarias debe estar regida por los principios y valores característicos de la profesión médica: rigor científico y racionalidad, espíritu de cooperación, sentido de servicio a los pacientes y responsabilidad ante la sociedad. Este mismo compromiso de lealtad profesional del médico también ha de inspirar sus relaciones con las entidades proveedoras de servicios de salud, sean públicas o privadas.

Es incompatible con la deontología médica solicitar o aceptar contraprestaciones a cambio de prescribir un medicamento o utilizar un producto sanitario. Este criterio debe tenerse en cuenta a la hora de establecer acuerdos de colaboración con la industria sanitaria para facilitar la asistencia a congresos, actividades formativas o cualquier otro tipo de ayuda.

El médico es el único responsable del contenido de la receta o prescripción y de los efectos, en el paciente, de los medicamentos contenidos en ella, dentro de la peculiaridad de cada caso. Dicha responsabilidad cesa si la prescripción o receta es modificada o repetida en su uso sin su conocimiento y consentimiento.

Infringe la ética profesional el médico que aceptare financiación, total o parcial, de actividades ajenas a la profesión médica, por parte de empresas de productos clínicos o farmacéuticos, tales como viajes con fines turísticos, u otras similares.

Los médicos con responsabilidades en la dirección y gestión relacionada con la adquisición de suministros sanitarios tienen un deber deontológico de ejemplaridad que rebasa el nivel mínimo que exige la norma legal, tanto ante los médicos y el personal de su institución, como ante los usuarios. Los incentivos directos a la prescripción –positivos o negativos- son también contrarios a la ética cuando proceden de los gestores del centro sanitario. Un médico asalariado no puede en ningún caso aceptar una remuneración fundada en normas de productividad, de rendimiento horario o cualquier otra disposición que tuviere como consecuencia una limitación o un abandono de su independencia o atentara a la calidad de sus cuidados.

Los médicos que asumen responsabilidades directivas en aquellas actividades científicas y de formación médica que reciben financiación de entidades comerciales privadas deben garantizar la independencia de los contenidos de los programas que ellos desarrollan, y expresarán con claridad y transparencia la naturaleza del patrocinio recibido.

Es obligación del médico que participa en investigaciones o en estudios farmacológicos patrocinados por la industria farmacéutica comunicar e informar, tanto en medios científicos como de comunicación en general, sus vinculaciones con la industria.

Cuando un médico participa en una investigación científica promovida por una empresa farmacéutica deberá condicionar su participación a disponer de plena libertad para su publicación, independientemente de que los resultados sean favorables o no desde la perspectiva de la empresa promotora.

El médico que en calidad de experto hace recomendaciones tanto en medios científicos como en medios de comunicación general debe hacer constar, si existen, sus vinculaciones con la industria.

Artículo 21. 1

El Tribunal Constitucional se ha manifestado en dos ocasiones sobre el tema del intrusismo en el ejercicio de la actividad médica, recordando que para determinar si hay o no intrusismo es necesaria una norma jurídica que defina qué actos son de cada especialidad. El real decreto de 1984 que regula la formación médica especializada y la obtención del título de especialista, no especifica en la ley qué actos corresponden a cada especialidad, por lo que en principio éstos podrían realizarse por cualquier licenciado en Medicina.

Teniendo en cuenta que el intrusismo intraprofesional es causa frecuente de conflictos que llegan a las Comisiones Provinciales de Deontología, parece importante incluir en el Código algunos conceptos que arrojen luz sobre este campo. Se proponen los siguientes párrafos:

Los actos especializados deben quedar reservados a los médicos que posean el título correspondiente, sin perjuicio de que cualquier titulado en Medicina pueda en ocasiones realizar actos que, en otras circunstancias, quedarían reservados a los especialistas. Las fronteras entre las técnicas asistenciales que son de común aceptación existen, aunque sean

permeables. A ningún médico, si posee la destreza y los conocimientos necesarios, se le puede impedir que los aplique en beneficio de sus pacientes, tenga o no título de especialista.

Es contrario a la Ética y a la Deontología que un médico se titule especialista sin serlo. Atenta contra las normas éticas y deontológicas el médico que, sin serlo, actúa como especialista de un modo habitual de forma que pueda inducir a error a los pacientes acerca de su cualificación profesional: es obligado hacer constar de modo explícito la carencia personal de titulación especializada como parte de la información debida a los pacientes.

Artículo 21. 2

Las llamadas medicinas no convencionales han sido promovidas por la Organización Mundial de la Salud y sancionadas por el Ministerio de Sanidad de España, contando con especificaciones muy concretas para su ejercicio (Collazo E, 2004)^{91,92}.

La Comisión Central de Deontología y Derecho Médico ha declarado e informado que la práctica de la Acupuntura (la medicina Tradicional China, en general) y de la Homeopatía constituyen actos médicos, y ha especificado las normas éticas fundamentales en su ejercicio.

Artículo 22. 1

Dado el avance en el terreno de las comunicaciones, parece apropiado contemplar el empleo de las nuevas tecnologías de comunicación en la relación médico-paciente, especificando las condiciones de una práctica adecuada. En consecuencia, se propone la adición de nuevos párrafos:

Es contraria a las normas éticas y deontológicas la petición indiscriminada de información clínica mediante conversaciones telefónicas; la actuación correcta implica ineludiblemente el contacto personal y directo entre el médico y el enfermo.

El uso del correo electrónico y de la telemedicina es éticamente aceptable dentro de la relación médico paciente, siempre que sea clara la identificación mutua y que no sea la primera vez que se establece esa relación; el médico debe actuar como lo haría en el ámbito de la relación directa. Constituye una excepción en telemedicina el caso en el que no hay alternativas prácticas disponibles, como el tratamiento de emergencia remoto de una persona con buena salud o donde proporciona acceso a servicios médicos en lugares en los que de otro modo dichos servicios no estarían disponibles.

Las reglas habituales de confidencialidad y de seguridad también se aplican a la documentación en la telemedicina. Los métodos de almacenamiento o transmisión pueden ser utilizados sólo si se garantizan la confidencialidad y la seguridad. Los datos del paciente y otra información sólo pueden ser transmitidos al médico u otro profesional de la salud por solicitud o con el permiso del paciente y hasta cuando lo haya aprobado. La información transmitida debe estar relacionada con el problema en cuestión.

CAPÍTULO VI. DE LA REPRODUCCIÓN HUMANA

Incluye una alusión a las aplicaciones médicas de la genética, que es traslado de doctrina del Convenio de Biomedicina, del Consejo de Europa; en concreto se trata de los Artículos 13 y 14, que tratan respectivamente de las intervenciones sobre el genoma humano

y de la no selección de sexo. Insiste en que la vida prenatal no es una vida de inferior categoría ética, para dar base ética a la medicina prenatal, pues el paciente embriofetal ha de ser tratado siguiendo los mismos criterios que se aplican a los demás pacientes.

Artículo 23. 1

Son clásicas en el ámbito académico de la ética médica tres preguntas decisivas que se plantean: ¿cuándo comienza la vida de un ser humano?, ¿qué valor tiene?, y en consecuencia ¿qué protección merece esta vida?

No hay ninguna evidencia en la literatura científica de que abortar reduzca los riesgos en salud mental de mujeres con embarazo no deseado. Esto es tremendamente importante pues el 97% de los abortos se realizan en España (Ministerio de Sanidad, año 2008) en base a que continuar con el embarazo supone un riesgo para la salud mental de estas mujeres.

Cada vez se vislumbra más que el dramático crecimiento de los actos de violencia doméstica, que se viene registrando en los últimos años en España, tiene importantes conexiones con la educación proporcionada y con el aborto. El incremento de la violencia que se registra en el ámbito familiar afecta a los mayores y a los no nacidos, pero se centra también, de forma no marginal, en el maltrato de las mujeres. En este último caso, la violencia se ejerce como medio de control del cónyuge, a través del miedo y la intimidación, e incluye el abuso emocional y psicológico, los golpes y el ataque sexual, llegándose a terribles homicidios que culminan con el suicidio o autolesión del propio agresor. Los estudios que se han realizado sobre este problema, demuestran que la violencia doméstica se produce en familias de todos los niveles económicos y de educación, y que tiene difícil pronóstico, ya que la violencia se ejerce normalmente en la privacidad de los hogares, donde muchas veces queda envuelta en el silencio. Por lo que se refiere a las causas de este grave fenómeno, los especialistas sostienen que un pequeño porcentaje de los casos se debe a un desorden psicofísico, pero que en la mayoría intervienen otros factores, como son el alcoholismo, la drogadicción o una situación laboral precaria. Los terapeutas familiares señalan que la violencia familiar es una conducta aprendida, que se transmite de generación en generación.

El aborto tiene importantes complicaciones físicas y psíquicas para las madres y es la forma más frecuente de violencia contra la mujer⁹³, ya que hace al hombre irresponsable de su conducta sexual y sus consecuencias. La posibilidad legal del aborto se ha convertido en una forma de violencia de género, de chantaje a la mujer en las relaciones de pareja. La banalización del aborto en la sociedad española legitima una forma de violencia contra niños y mujeres.

Teniendo en cuenta los graves daños que comporta el aborto (Collazo E, 2008)^{94, 95}, tanto para la madre como para el hijo no nacido, se trata de una acción absolutamente anti-ética, lo cual debería contemplarse en el Código, p. ej. *“El médico tiene la obligación moral de poner todos los medios a su alcance y de hacer todo lo posible para evitar las causas que inducen al aborto, y de dar a las mujeres que acuden a él el máximo apoyo psicológico y humano. El aborto nunca podrá ser considerado un bien, sino un mal, que siempre ha de ser evitado al máximo”*.

Existe una ya histórica obligación del médico de no hacer daño al paciente o de abstenerse si existe un perjuicio o intentote daño. La sentencia 53/1985 del Tribunal Constitucional indica:

a) *Que la vida humana es un devenir, un proceso que comienza con la gestación, en el curso de la cual una realidad biológica va tomando corpórea y sensitivamente configuración humana,...*

b) *Que la gestación ha generado un tertium existencialmente distinto de la madre, aunque alojado en el seno de ésta.*

c) *Que dentro de los cambios cualitativos en el desarrollo del proceso vital y partiendo del supuesto de que la vida es una realidad desde el inicio de la gestación, tiene particular relevancia el nacimiento, ya que significa el paso de la vida albergada en el seno materno a la vida albergada en la sociedad.... Y previamente al nacimiento tiene especial trascendencia el momento a partir del cual el nasciturus es ya susceptible de vida independiente de la madre, esto es, de adquirir plena individualidad humana.*

Parece importante contemplar una situación concreta: *“Si tras la práctica del aborto el feto nace vivo el médico tiene el deber de reanimarlo y luchar por su vida, ya que pasa a ser su paciente”*.

El médico que propone abortar a una mujer embarazada tiene la obligación de informarle de las alternativas, incluyendo las ayudas de las que puede disponer, a la siempre traumática intervención que supone la interrupción de un embarazo, con el fin de facilitarle una decisión auténticamente libre. Finalmente, convendría aclarar que *“El médico siempre debe intentar resolver el conflicto entre la salud de la madre y la vida del feto sin que éste muera, puesto que la vida es un bien superior a la salud”*. No se puede caer en el engaño de pensar que se puede disponer de la vida hasta legitimar su interrupción, enmascarándola quizá con un velo de piedad humana; es necesario defenderla, tutelarla y valorarla en su carácter único e irrepetible.

Parece importante aclarar que el derecho a la objeción de conciencia es jerárquicamente superior al derecho a abortar, puesto que uno esta reconocido en la constitución y otro no.

Artículo 24. 1

Convendría introducir una especificación que recuerde que todas las acciones que recuerdan al nazismo fueron expresamente prohibidas, a pesar de lo cual, se siguen produciendo en nuestros días, en ocasiones con el consentimiento tácito de autoridades sanitarias (Collazo E, 2005)⁹⁶, p. ej. el aborto de fetos con síndrome de Down. Los términos podrían ser los siguientes: *“El diagnóstico prenatal nunca podrá convertirse en un instrumento de selección eugenista o para satisfacer las preferencias de los progenitores”*.

Artículo 24. 2

También podría añadirse en este apartado la previsión especificada en el artículo 49 *in fine* del Código Deontológico del Col.legi de Metges d'Andorra³⁹, que dice: *“Para evitar posibles desviaciones que podrían violar derechos fundamentales y menospreciar la dignidad de la persona, el médico no aceptará nunca ninguna prueba ni tratamiento dirigido a una manipulación genética de un colectivo”*.

Se propone añadir las siguientes especificaciones:

El médico se halla obligado a solicitar por escrito la autorización de los padres para realizar pruebas diagnósticas prenatales indicadoras de anormalidades fetales. El médico debe proporcionarles la información preventiva mas amplia y adecuada acerca del significado y del valor predictivo de la prueba, de los riesgos que ésta implique para el embarazo, de las consecuencias que la enfermedad genética tenga sobre la salud, aunque no sea posible intervenir en la prevención o en el tratamiento.

El deber de información sobre la posibilidad de realizar pruebas prenatales sólo existe cuando se dan circunstancias que evidencien o permitan sospechar la existencia de un riesgo de que el feto presente algún tipo de anomalía, pero no en embarazos que pueden considerarse normales.

El médico no debe requerir test genéticos o predictivos con fines exclusivos de seguros u ocupacionales sin la previa y expresa consentimiento escrito del interesado, que es el único destinatario de la información.

Artículo 24. 3

Resulta apropiado añadir en este apartado lo que advierte el artículo 55 del Código de Deontología de los Médicos de Cataluña (2004)³⁸: “*El médico debe tener presente que no todo lo que es factible técnicamente es éticamente aceptable*”.

Artículo 25. 1

La historia de algunos países aconseja la propuesta de incluir dos párrafos:

Comete falta grave contra la ética, el médico que participa en la decisión o en el diseño o en la programación o en las acciones o campañas o jornadas destinadas a eliminar la capacidad reproductiva de un grupo nacional, étnico, social o religioso.

Ninguna intervención mutilante puede ser practicada sin motivos médicos muy serios, y, salvo urgencia o imposibilidad, sin información al interesado y sin su consentimiento.

Artículo 26. 1

Dado que la objeción de conciencia no hace referencia exclusivamente al tema de la reproducción sino a otros muchos, parece conveniente dedicarle un capítulo aparte, lo que permitiría profundizar y ampliar la cuestión.

Se entiende por objeción de conciencia la negativa del individuo a someterse, por convicciones éticas, a una conducta que, en principio, le será jurídicamente exigible, bien porque la obligación proviene de una norma, bien porque se deriva de un contrato, bien de una resolución judicial o administrativa.

El médico se encuentra con frecuencia ante un conflicto entre dos deberes: el de respetar las decisiones de los pacientes, de los superiores o de las leyes, y el de ser consecuente con sus propias creencias y valores. La objeción es un derecho fundamental (artículo 16 de la Constitución), como lo es para el paciente exigir lo que cree es una mejor

prestación sanitaria. No hay que olvidar, sin embargo, que el deber de proporcionar esa prestación corresponde en este caso al sistema sanitario y no a un médico concreto; de hecho, la objeción de conciencia se trata de la negativa, motivada en conciencia, del médico a prestar su colaboración o realizar una intervención a la que está por norma obligado (la estructura sanitaria obliga al médico a realizar, en su representación, una práctica que choca con sus imperativos de conciencia). Parece necesario distinguir entre acto médico, acto asistencial, prestación de satisfacción y prestación de catálogo. Aunque el legislador reconozca o proporcione unos derechos a un ciudadano, ello no significa que sean conformes a la ética médica y, en consecuencia, tampoco a la deontología.

En general, no se puede admitir que la conciencia individual prime sobre la norma social, puesto que las normas jurídicas, como elemento regulador de la vida en sociedad, deben ser obedecidas. Pero, este reconocimiento general de la norma jurídica, fundado en la aprobación por mayoría de las normas en un sistema democrático, puede verse limitado por razones éticas o morales. Es imprescindible el reconocimiento a la objeción de conciencia del médico para un ejercicio profesional responsable, que tiene su base en la libertad y la independencia de juicio, puesto que no hay vida moral sin libertad, ni responsabilidad sin independencia.

Dentro del campo de la objeción de conciencia existe un abanico de situaciones confusas, lo que obliga a distinguirla de la objeción de conveniencia, de la insumisión o de la desobediencia civil, entre otras. La verdadera objeción de conciencia no es interesada, ni una mera discrepancia de opinión política, ni se confunde con conflictos morales o ideológicos con el superior jerárquico. Por ello, la validación deontológica de cada caso evita la confusión, el abuso o la trivialización de este asunto, y esto solo puede llevarse a cabo cuando el colegiado comunica a su Colegio su condición de objetor en determinado campo sanitario, quedando el Colegio obligado a defenderle ante cualquier discriminación a causa de sus principios y valores.

En este artículo, además de en el Artículo 23.1, se puede contemplar, al igual que con el aborto, el caso de la esterilización de los deficientes mentales (Collazo E, 1999)⁹⁷, permitida por la ley en determinados supuestos (Artículo 156 del Código Penal: "No será punible la esterilización de persona incapacitada que adolezca de grave deficiencia psíquica cuando aquélla, tomándose como criterio rector el del mayor interés del incapaz, haya sido autorizada por el Juez, bien en el mismo procedimiento de incapacitación, bien en un expediente de jurisdicción voluntaria tramitado con posterioridad al mismo, a petición del representante legal del incapaz, oído el dictamen de dos especialistas, el Ministerio Fiscal y previa exploración del incapaz").

Artículo 26. 2

Dado que la objeción de conciencia puede hacer referencia no solo a aspectos reproductivos, sino a otros muchos (Collazo E, 2008)⁹⁸, y que requiere una defensa apropiada por parte de la Organización Médica Colegial, parece conveniente colocar este apartado en el Artículo 9, a continuación del 9.3.

CAPÍTULO VII. DE LA MUERTE

Artículo 27. 1

Existen diversas situaciones en las que el médico debe cuidar de su paciente, aunque no lo pueda curar (Collazo E, 2006)⁹⁹, y cada vez son más frecuentes.

Artículo 27. 2

No aplicar o suspender cuidados médicos es una forma ética de respetar a aquellos pacientes que se niegan a someterse a determinados tratamientos, pues el médico no puede violentar, fuera de casos de obvia incapacidad o pérdida de razón, el deseo del paciente de no ser tratado. Éste tiene un deber ético de cuidar de su salud y de su vida y de aceptar los tratamientos para preservarlas, si se trata de medios que ofrecen una esperanza razonable de beneficiarle y que pueden obtenerse y aplicarse sin grave inconveniente, dolor o gasto.

Artículo 27. 3

Por eutanasia se entiende, en el contexto deontológico (Collazo E, 2005)^{100, 101}, matar sin dolor y deliberadamente, de ordinario mediante gestos de apariencia médica, a pacientes que se dicen víctimas de sufrimientos insoportables o de incapacidades extremas, para liberarles a ellos de su penosa situación y, a la sociedad, de una carga inútil. Esta definición destaca los rasgos generales -matar deliberadamente, por razones y medios médicos- de la eutanasia y hace irrelevante la distinción entre la forma activa de eutanasia (la provocada mediante la aplicación de un tratamiento letal e indoloro) y la eutanasia por omisión (la causada por la omisión o suspensión deliberada de un cuidado, necesario y eficaz, para la curación o la supervivencia).

No es mantenible la existencia de un “derecho a morir”, exigible ante la sociedad, que justificaría el suicidio asistido (proporcionando un producto letal) o la eutanasia (gesto activo para dar la muerte a petición de un paciente).

La eutanasia o el suicidio asistido no son una prolongación de los cuidados paliativos, sino que pertenecen a otra lógica, que mina la relación esencial de confianza entre el médico y el enfermo. La práctica de la eutanasia produce un grave daño a la profesión médica en sus aspectos científico y ético (Collazo E, 2005)¹⁰², al volverse progresivamente indiferente hacia determinados tipos de enfermos y decaer su interés por enfermedades frecuentes. Si, por ejemplo, fuera posible limpiar a la humanidad de "basura genética" mediante la eutanasia neonatal de bajo costo, perdería todo interés la investigación básica y aplicada de las enfermedades hereditarias; y si al que sufre de enfermedad de Alzheimer se le aplicara como primera opción la eutanasia, ya no quedaría ningún motivo serio para estudiar las causas y mecanismos de la demencia.

La legalización de la eutanasia ocasionaría tres amenazas sobre el médico:

- La simplicidad de la solución de la eutanasia relevaría al médico de su responsabilidad de hacer todo lo posible para procurar al paciente el mejor tratamiento.
- Sería de temer un debilitamiento de las exigencias morales del médico: si la profesión sanitaria puede considerar la muerte como una opción posible, el sentido de la singularidad absoluta que tienen la vida humana correría el peligro de desaparecer.

- La confianza que ha de predominar en la relación médico-paciente se quebrantaría. Es su vida lo que el paciente pone en manos del médico, no su muerte. Si el médico tiene a su cargo la muerte, las sospechas de una desviación interesada en su conducta no dejarán de aparecer cuando la muerte sea susceptible de suponer algún beneficio al personal sanitario.

CAPÍTULO VIII. DEL TRASPLANTE DE ÓRGANOS

Los Artículos 28.2 y 28.3 son coherentes con Real Decreto 2070/1999¹⁰³, de 30 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención y utilización clínica de órganos humanos y la coordinación territorial en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos, y que actualiza el Real Decreto 426/1980, de 22 de febrero, que desarrolla la Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre Extracción y Trasplante de Órganos.

Se propone añadir algunas especificaciones que figuran en otros Códigos de deontología:

Artículo 28. 1

Comete falta grave contra la ética profesional, el médico que, con propósito de lucro o sin él, propicia o ejecuta tráfico o comercio de material genético, partes de células, células, tejidos u órganos de origen humano.

Es falta grave a la ética ocasionar directa o indirectamente la muerte del embrión o del feto humanos, especialmente cuando es con la finalidad de obtener material genético, partes de células, células, tejidos u órganos.

Artículo 28. 3

Además, el médico responsable se compromete a: a) velar en cada caso para que el riesgo para el donante y el beneficio para el receptor mantengan una proporción razonable, b) actuar siguiendo un protocolo consensuado con todos los profesionales implicados en el proceso y consultar con el Comité de Ética Asistencial del centro, c) asegurarse de que las condiciones personales del donante sean adecuadas y el proceso de información sea lo suficientemente detallado y prolongado para que su decisión sea un acto libre y meditado.

CAPÍTULO IX. EXPERIMENTACIÓN MÉDICA SOBRE LA PERSONA

Parece de una importancia muy notable cambiar el título del Capítulo por “Experimentación Médica sobre el ser humano”, y ello por varias razones. La primera porque el concepto médico de persona es mucho más amplio que el jurídico, como se comprueba cada día con las intervenciones y tratamientos de enfermedades intra útero. El desarrollo embrionario, también el del ser humano, es un *continuum* en el que no existe ninguna fase que pueda considerarse carente de potencialidad de la especie humana. Los datos científicos muestran que no hay solución de continuidad en la evolución del embrión y que el control del desarrollo lo lleva siempre el propio embrión, de modo que todas las cualidades y capacidades que se deriven de ese proceso hay que atribuírselas al embrión (López Moratalla N, 2004)¹⁰⁴. Existe el mandato ético médico de respetar la vida humana desde su inicio, o sea, desde la fecundación. La segunda porque, cuando se trata de asuntos tan serios como la vida y la salud, conviene alejarse de algunos conceptos filosóficos y legales de persona, como

aquellos que consideran que el ser humano sólo es persona cuando tiene autoconciencia y, por tanto, cuando duerme o cuando es bebé no es ser humano.

Artículo 29. 1

Investigar en Medicina es buscar respuestas a las preguntas que plantean los problemas de salud del ser humano, y por ello la investigación debe estar siempre presente como una actitud en la práctica clínica, cualquiera que sea la especialidad o el nivel asistencial¹⁰⁵.

Si pretendemos que la investigación en el siglo XXI responda a las necesidades de una Medicina más humanizada es preciso que el modelo clásico de predominio técnico-experimental se complemente con dos áreas que conviene impulsar. En primer lugar es necesario trasladar al campo de la investigación el modelo biopsicosocial. Este enfoque centrado en la dimensión más genuinamente humana es imprescindible para comprender al paciente y su modo de reaccionar ante la enfermedad y el sufrimiento. Para ello es preciso potenciar la investigación cualitativa.

Igualmente es importante dar un mayor impulso a la investigación en epidemiología y salud pública. Los trabajos y las inversiones que se realicen para promover la salud deben fundamentarse en datos epidemiológicos rigurosos. Conviene tener presente que la dimensión comunitaria puede ser decisiva para dar soluciones a determinados problemas de salud, tomando en consideración el impacto, positivo o negativo, de los medios de comunicación. Parece, por tanto, conveniente añadir un apartado para el que se propone la siguiente redacción: *“No es ética la manipulación o la ocultación de datos epidemiológicos, ya sea para obtener beneficios personales o de grupo, o por motivos ideológicos”*.

La ética de la investigación, además de respetar los principios de autonomía, beneficencia y no maleficencia, exige cumplir criterios de eficiencia y equidad.

Artículo 29. 2

El desprecio de la persona se posesiona del alma del médico cuando éste, con una objetividad tranquila, diseña y realiza experimentos que buscan el beneficio de muchos, pero que vulneran el respeto ético que a toda persona se debe (Kottow MH, 2005)¹⁰⁶. Por otro lado, la autonomía personal tiene un límite: el marcado por la responsabilidad que compete a cada uno de cuidar de sí, del hombre que a cada uno se nos ha confiado.

Los límites que la ética impone a las ciencias de la salud no son un freno al progreso, sino el cauce por el que ha de circular la corriente impetuosa del pensamiento y la acción. La ética pone límites a la ciencia para incrementar su fuerza, su utilidad y su eficacia; para evitar que se desborde, anegue y destruya (Collazo E, 2003)¹⁰⁷. La ética ha contribuido a todo lo mejor y más hermoso que el hombre ha producido.

Acontecimientos históricos aconsejan mantener límites que preserven la vida y la dignidad del ser humano desde el inicio de su vida, respetando las declaraciones de la Asociación Médica Mundial. Por ejemplo:

El médico no utilizará seres humanos embrio-fetales en experimentación médica. Es contraria a la ética la creación de nuevas formas de vida para propósitos experimentales y la destrucción deliberada e intencional de vida humana ya formada in Vitro.

CAPITULO XI. RELACIONES DE LOS MÉDICOS ENTRE SI Y CON OTROS PROFESIONALES SANITARIOS

Artículo 31. 1

La búsqueda en internet con el término “corporativismo médico” originó 640 referencias en castellano y portugués al tema.

Es justa la defensa del profesional injustamente tratado, pero es urgente la aplicación de las sanciones correspondientes al que denigre la profesión. Es preciso desterrar la mala imagen del mal llamado corporativismo médico. El espíritu de cuerpo no es malo, porque hace ejercitar las virtudes, y es fidelidad a la profesión y sus principios, pero no es defender al que hace mal las cosas (forma abusiva de entender la solidaridad); el garbanzo negro debe responder de lo que ha hecho mal. Hay que premiar lo bueno y sancionar lo malo, porque de lo contrario desaparece la sociedad.

Artículo 31. 2

Un buen jefe es un bien escaso. Un jefe de servicio, un adjunto, un coordinador de centro de salud, un residente debe ser un experto en relaciones humanas, firme y cariñoso.

Los hechos definidos como “burnout” o “moobing” suelen tener como base etiológica una mala relación interprofesional, a veces impregnada de las más sutiles técnicas que originan patologías y conflictos personales y profesionales muy severos y de irremediables consecuencias. Son cuadros difíciles de diagnosticar y en consecuencia de tratar. La mejor labor curativa debe iniciarse en la prevención, con el conocimiento y puesta en práctica de unas reglas básicas de relación entre colegiados, lo que implica su obligado conocimiento.

La experiencia laboral aconseja añadir alguna especificación del tipo siguiente: *El médico no debe procurar para sí u otros, cargos o funciones que están siendo desempeñadas satisfactoriamente por otro colega. Los médicos se abstendrán del acoso de cualquier tipo entre colegas o con el personal a su cargo.*

Artículo 31. 4

Hoy siguen existiendo problemas entre profesionales médicos, como no podía ser de otra manera en toda relación humana. No siempre estos problemas son tratados en la sede, forma y modos adecuados, lo que acarrea en no pocas ocasiones graves consecuencias. Ello origina, al mismo tiempo, una gran pérdida de prestigio moral para el colectivo médico en tales circunstancias.

En este marco referencial se constata en la actualidad un déficit formativo importante en Ética y Deontología de los actuales profesionales. No debería ser así en los futuros médicos, dado que en la reforma de los estudios de Medicina, siguiendo los criterios de Bolonia, se definen las competencias que deben adquirir los alumnos:

1. Reconocer los elementos esenciales de la profesión médica, incluyendo los principios éticos, las responsabilidades legales y el ejercicio profesional centrado en el paciente.
2. Comprender la importancia de tales principios para el beneficio del paciente, de la sociedad y de la profesión, con especial atención al secreto profesional.
3. Saber aplicar el principio de justicia social a la práctica profesional y comprender las implicaciones éticas de la salud en un contexto mundial en transformación.
4. Desarrollar la práctica profesional con respeto a la autonomía del paciente, a sus creencias y cultura.
5. Reconocer las propias limitaciones y la necesidad de mantener y actualizar su competencia profesional, prestando especial importancia al aprendizaje de manera autónoma de nuevos conocimientos y técnicas y a la motivación por la calidad.
6. Desarrollar la práctica profesional con respeto a otros profesionales de la salud, adquiriendo habilidades de trabajo en equipo.

La confraternidad profesional es un valor muy cualificado y necesario para la calidad de la atención sanitaria, siempre subordinada al mejor servicio de los pacientes, de modo que jamás podrá hacerse un uso corporativista y cómplice de ella en contra de los intereses del paciente. La confraternidad colegial excluye el empleo de palabras cáusticas, irónicas o infamantes que buscan más el descrédito del colega que la crítica serena de sus ideas y actuaciones.

Artículo 31. 5

El ejercicio profesional del médico está inmerso en una realidad social donde el propio marco público de su acción, los medios de comunicación, la influencia e importancia de la imagen, y la enorme trascendencia de la labor sanitaria, cargan de extraordinaria importancia a las relaciones que tienen los médicos entre sí y especialmente, en este marco social, a las relaciones públicas entre colegiados.

Los médicos se han ido agrupando de forma voluntaria, a partir de criterios diversos, en sociedades científicas, que unas veces tiene más contenido científico, otras social, profesional o laboral. El criterio de asociación a partir de los intereses laborales es el que ocasiona que los médicos tomen opciones sindicales distintas con planteamientos ideológicos, políticos y pragmáticos diferentes. Algunos de esos aspectos ha podido influir en que el colectivo médico haya perdido parte de la cohesión que hace ya bastantes décadas podía tener.

Casi siempre las divergencias surgidas entre dos médicos -tanto si son de la misma especialidad, primaria o no, como si son diferentes- tienen que ver con la distinta manera de abordar la relación concreta con algún paciente determinado.

En circunstancias de esta naturaleza, al menos uno de los médicos se siente emocional y racionalmente molesto por las connotaciones que los hechos o dichos han supuesto -o han podido suponer- de agravio, ofensa, insulto o desprecio hacia su persona, lo que puede llevarle unas veces a solicitar el amparo de la Comisión de Deontología, a través de un Colegio Provincial y otras a generar acciones marginales al Colegio Profesional.

No es raro que una vez iniciada formalmente la demanda por uno de los médicos, suceda la denuncia del otro colegiado, que a su vez se siente también ofendido, intentando

conseguir con ello, no solo la reposición de su honorabilidad, sino además la sanción del compañero.

En el Título IV de los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial³⁷, el artículo 45 se refiere explícitamente a las diferencias entre colegiados: "*Las diferencias de carácter profesional que pudieran surgir entre colegiados serán sometidas a la jurisdicción y ulterior resolución de la Junta Directiva, en su caso, al Consejo General, si se tratara de colegiados pertenecientes a distintas provincias o miembros de Juntas Directivas*".

Por tanto, la Junta Directiva del Colegio Oficial de Médicos Provincial es la que debe aplicar las normas deontológicas que regulan el ejercicio de la Medicina, sancionar los actos y ejecutar las sanciones impuestas por infracciones deontológicas (Art. 34 de los Estatutos).

Dado que, en la mayoría de casos, los conflictos entre colegiados surgen a partir de que un mismo hecho es vivenciado e interpretado desde posiciones o perspectivas diferentes que dificultan una visión global de lo acontecido, es deseable la entrevista de algún miembro de la Comisión de Deontología o de la Junta Directiva con los dos médicos implicados en la demanda, ya que esta medida estaría más próxima en su finalidad a la entrevista de la relación médico-paciente, entendiéndose por tal la que se establece entre una persona que tiene un malestar que necesita explicitar y otra predispuesta a intentar comprender los motivos o circunstancias que han originado ese malestar.

A partir de la aceptación de las partes en participar en este tipo de entrevista se podrá intentar comprender, a través del diálogo, las circunstancias personales y de entorno que han podido influir en cada uno de ellos, a la hora de tomar decisiones.

En definitiva se trataría de facilitar que el conflicto entre médicos, que llega al Colegio de Médicos, no acabara sólo en una valoración del comportamiento deontológico, sino que, al menos, pudiera ser tratado en un marco que permitiera el intento de comprensión mutua de cada una de las partes, con la mediación de algún miembro de la Comisión de Deontología o de la Junta Directiva.

Es preocupante observar que se publican artículos de opinión cuyo léxico y contenido quedan por debajo del nivel de corrección y racionalidad que imponen las normas deontológicas sobre la confraternidad profesional. La calidad de la opinión profesional se desvirtúa si el intercambio sereno y racional de pareceres degenera en agresión verbal, también si se dificulta a algunos colegiados la expresión de sus pareceres, silenciando o censurando sus propuestas o denuncias. *La garantía de la expresión en libertad es fundamental, pero los debates deben transcurrir por cauces deontológicos de corrección y de respeto a la dignidad de personas e instituciones.*

Los directivos de la Organización Médica Colegial tienen la responsabilidad de exigir que se respete la dignidad de los colegiados en los escritos. Proteger celosamente el respeto a los colegas es deber médico que ha de cumplirse con particular delicadeza y exigencia. La transparencia en el ámbito público es una auténtica obligación moral además de ser un elemento importante de calidad.

En cuanto a las relaciones públicas entre colegiados, es necesario señalar de forma especial que *en el ámbito laboral es preciso el mutuo aprecio y respeto entre los compañeros, dejando a un lado diferencias y discrepancias ante la obligación de servicio a los pacientes.*

La enemistad, como cualquier sentimiento negativo, solo puede causar daños propios y ajenos, a los propios profesionales y a sus pacientes. *No se pueden nunca justificar injurias a un compañero, ni siquiera de forma sutil. No existe limitación en el derecho a la libertad de pensamiento o de libre expresión, pero la crítica no puede suponer falta de respeto.*

Artículo 31. 6

Un corporativismo médico en el mal sentido es el que se produce en la medicina privada, menos controlada por la Administración, cuando se contrata a profesionales poco cualificados que realizan malos informes, engordan las facturas o no facilitan la información necesaria o, sencillamente, no tienen el título adecuado. Los peores enemigos de un médico suelen ser otros médicos.

Parece que los médicos nunca van a estar unidos. Un panorama desolador que, sin embargo, es preciso intentar cambiar mejorándolo.

Se observa que un gran número de reclamaciones son ocasionadas por la deficiente comunicación entre profesionales. Facilitar la compenetración e interrelación, no sólo entre niveles asistenciales sino entre los mismos médicos, es fundamental para su reducción. En bastantes casos la Comisión de Ética y Deontología del Colegio de Médicos funciona como un órgano de mediación y conciliación para subsanar asperezas y malentendidos entre médicos e incluso entre médicos y pacientes.

Artículo 33. 1

La calidad asistencial exige el trabajo en equipo, lo que requiere una actitud y preparación adecuadas. El liderazgo asistencial del médico le obliga a promover un ambiente de exigencia profesional y ética entre sus miembros.

Artículo 33. 3

El mobbing es una parte del maltrato sanitario, una violencia psicológica extrema que una persona o un grupo de personas –casi siempre jefes o superiores– ejercen sobre otra de forma sistemática en el lugar de trabajo, buscando eliminar a esa persona de su puesto de trabajo mediante una destrucción de su resistencia psicológica o de su salud física. El profesional sanitario está muy castigado por comportamientos de mobbing y por la dependencia jerárquica múltiple.

El médico tiene un trabajo complejo y el mobbing pasa más desapercibido por la velocidad con la que se trabaja. Más de una cuarta parte de los médicos encuestados (pregunta n. 26) ha reconocido este acoso en su entorno laboral, ocasionado en un 60.3 % por el jefe inmediato, lo cual coincide con bastante precisión con el 23.5 % que tiene malas relaciones con otro médico (pregunta n. 21), fundamentalmente por motivos laborales (53.6 %; ítem n. 23). La medida de estas cifras da idea de la magnitud de este problema.

Aunque suele haber una superioridad jerárquica del acosador, en el sistema sanitario se comprueba que el acoso psicológico es muy frecuente entre profesionales del mismo rango (39.7 % de los que manifiestan acoso laboral).

Artículo 34. 1

El desdibujamiento que ha sufrido en los últimos años el principio de separación de las facultades de prescribir y dispensar, y la necesaria cooperación, hace prudentes las especificaciones de las relaciones entre el médico y el farmacéutico:

El médico adaptará sus recetas a las necesidades de cada paciente. Evitará toda colisión con los farmacéuticos. Respetará la libre elección de farmacéutico por parte de los pacientes. Le está prohibido al médico ejercer influencia sobre los pacientes para favorecer determinadas farmacias. El médico debe, siempre que tenga conocimiento de hechos que implican imprudencia o incompetencia del farmacéutico, comunicarlos a su Colegio Profesional, si una previa comunicación, que siempre ha de ser amistosa y cuidadosa de la reputación profesional, de los errores producidos en la dispensación no hubiera surtido el necesario efecto. La cooperación entre médico y farmacéutico ha de transcurrir siempre por vías de racionalidad y consenso.

Artículo 34. 2

Los casos de intrusismo profesional, cada vez más frecuentes, aconsejan añadir un párrafo que refuerce la cautela del médico en este campo. Se propone la siguiente redacción: *No es lícito dejar bajo la responsabilidad de otro personal sanitario la toma de iniciativas y la solución de problemas relativos al diagnóstico y la terapéutica, los cuales exigen siempre el juicio y la participación activa del médico, ya que de otro modo pueda llevar a aquellos a ejercer ilegalmente la Medicina.*

CAPITULO XII RELACIONES CON LA CORPORACION MEDICA COLEGIAL

Artículo 36. 1

La Deontología podría gozar de una mejor salud si los organismos profesionales, que tienen la responsabilidad de dirigir el ejercicio de la Medicina, creyeran en sus potencialidades y supiesen utilizarla correctamente como instrumento de gobierno en la profesión misma¹⁴. Es necesario un gran esfuerzo de formación en ética y deontología por parte de las Facultades de Medicina y de la Organización médica Colegial para alcanzar el grado de excelencia que la profesión de médico exige.

En los últimos decenios se ha producido una banalización y manipulación de la ética, ocasionando la promulgación de legislaciones que, lejos de proteger y promocionar la dignidad del ser humano, propician su deterioro futuro. Por ello, parece conveniente añadir al artículo 36.1 del actual Código la frase “... y por intentar que se cambien todas las disposiciones legales de cualquier orden que se opongan a ellas”.

Artículo 36. 2

En los últimos tiempos, han surgido importantes desavenencias entre directivos de la Organización Médica Colegial y actuaciones poco claras, que han trascendido a los medios públicos, ocasionando daños al prestigio de la profesión, que esos mismos directivos representan. No son excepcionales las situaciones anómalas creadas por fallos éticos de colegiados que desempeñan cargos colegiales y aún de los propios Colegios como personas morales. Esto no puede ser ocasión de escándalo. Su existencia es reconocida en el Art. 63 de los Estatutos Generales cuando establece que “... el enjuiciamiento y sanción de las faltas

cometidas por los miembros de las Juntas Directivas, será competencia de la Asamblea de Presidentes".

Una parte esencialísima del mandato directivo es la fiel aplicación de las normas estatutarias y deontológicas. De ella depende el crédito público de la Organización Médica Colegial, que se gana día a día mediante el cumplimiento de los compromisos que tiene contraídos con la Sociedad. Y depende también su capacidad de autorregulación, su buen orden interno. La obligación de velar por la rectitud de las actuaciones profesionales de los colegiados y de denunciar los casos de conducta inmoral es la base de la eficacia disciplinar y el precio que ha de pagarse por el prestigio público de la Organización Médica Colegial. Es una función ingrata e impopular, a la que se opone fuertemente un falso sentido del compañerismo, la repugnancia a ser tomado por "chivato" y la posibilidad de que alguna vez se pueda hacer un uso inético de la denuncia falsa para medro personal o para daño de otros colegas. Pero estas razones no podrán disuadir de practicar la denuncia justa y bien fundada, pues tolerar irregularidades o conductas inmorales equivale en muchas ocasiones a hacerse cómplice de la incompetencia o de la desvergüenza.

Es necesario rehabilitar esta obligación que pertenece a la esencia de la ética profesional y forma parte del mandato que la sociedad impone a la Corporación médica. Así, el Código Internacional de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial señala entre los deberes generales de los Médicos el de *"tratar con honestidad a los colegas y de esforzarse por denunciar a aquellos médicos débiles de carácter o deficientes en competencia profesional y a los que incurran en fraude o engaño"*.

Parece aconsejable incluir en el Código (quizá en el mismo Artículo 36) varios apartados acerca de esta materia, que podrían quedar redactados en los siguientes términos:

"Los Directivos, más aún que quienes no lo son, están obligados a promover el interés común de la profesión médica, de la Organización Médica Colegial y de todos los colegiados. A tales intereses colectivos deben subordinar cualquier otra conveniencia profesional de carácter particular o de grupo. Su conducta nunca supondrá favoritismo o abuso de poder, y ni siquiera infundirá sospechas de ello".

"Los Directivos no obstruirán las legítimas actuaciones de las Juntas o Asambleas, ni impedirán el ejercicio libre y responsable del derecho a decidir los asuntos por votación. Tendrán en cuenta y serán respetuosos con las opiniones de las minorías colegiales".

"Debe respetarse siempre el derecho de interpelación a los directivos por parte de otros directivos o por los colegiados".

"Son actuaciones condenables, por ser contrarias al espíritu democrático, obstruir la expresión regular del legítimo pluralismo colegial, poner dificultades burocráticas a la libre y legítima inscripción de candidaturas, o beneficiarse unilateralmente los directivos en funciones de los recursos burocráticos del Colegio".

"Los Directivos comunicarán a la autoridad apropiada aquellos hechos de que tengan noticia cierta y que levanten una sospecha bien fundada de que un Directivo ha quebrantado alguna norma estatutaria, deontológica".

"Cuando en el ejercicio de sus cargos, los Directivos se vean solicitados, al tratar de algún asunto, por intereses (económicos, ideológicos, familiares) que, a su propio juicio o en opinión de personas razonables, pudieran limitar su independencia de criterio, deberán"

abstenerse de participar tanto en la elaboración del expediente preparatorio como en la deliberación y votación de tal asunto”.

Artículo 36. 6

Las instituciones encargadas de los servicios de salud y previsión social deben cumplir su finalidad ciñéndose a los principios éticos y deontológicos de la Medicina. Una equivocada interpretación del concepto de modernidad ha ocasionado que el Estado, al reformar los sistemas de salud, esté convirtiendo la salud en una mercancía y a los médicos en una pieza más del sistema, sustrayéndoles su importantísimo rol social. Así han aparecido novísimas formas de reduccionismo de la profesión del médico, de infravaloración de su trabajo, de verticalismo administrativo con avallasamiento de los derechos fundamentales de los médicos por otros colegas, de interferencia en el acto médico, de falta de respeto por los derechos del paciente, entre otras. Por todo lo anterior, convendría reforzar el artículo 36.6 del Código para que los directivos de la Organización Médica Colegial tomen conciencia de las graves obligaciones que conlleva, incluyendo las gestiones para que la Organización Médica Colegial resulte facultada para vigilar las instituciones sanitarias, interesante idea contenida en el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú⁴³, y para que los Colegios de Médicos vuelvan a tener la facultad de revisar y aprobar los contratos en las instituciones sanitarias.

CAPÍTULO XIII. EL TRABAJO EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

Artículo 37. 1

Una situación especialmente frustrante se produce cuando un facultativo indica una intervención a un paciente durante una entrevista en el ámbito de la sanidad pública, y cuando el paciente es citado para operar se encuentra con que el cirujano va a ser otro. Una intervención quirúrgica es algo lo suficientemente serio como para ser explicado detalladamente al paciente, en qué consiste y qué se espera de ella. El paciente ha de tener confianza en su cirujano, y éste, a su vez, adquiere una suerte de compromiso personal con el paciente cuando recibe su confianza. Es profesionalmente demoledor que un paciente a quien se le ha explicado detalladamente qué es lo que se le va a realizar y porqué vaya a ser operado por otro facultativo "por necesidades del servicio".

Otra situación profesionalmente desagradable es la inversa: el tener que operar a un paciente cuya indicación quirúrgica ha partido de otro compañero, y con la que quizá no se esté de acuerdo. Un cirujano puede ser obligado a intervenir quirúrgicamente a un paciente al que en conciencia crea que no ha de ser operado, o ha de ser operado de otro modo. Si el jefe de servicio lo ordena, el cirujano ha de proceder así. En caso de negativa a hacerlo se buscaría graves problemas: una auditoria externa para valorar la indicación y un posible expediente disciplinario por falta muy grave.

No son éstas situaciones a las que se llegue tras hablarlas entre compañeros. Evidentemente, si un paciente requiere una intervención que un médico no domina, le pedirá a un compañero que la haga. Y la inversa también sería correcta. Un paciente debería, de entrada, ser operado por el cirujano que ha sentado la indicación quirúrgica, salvo que éste considere que hay un colega con mayor cualificación que acceda a intervenir.

Las quejas del paciente pueden ir no dirigidas contra el facultativo sino contra las Administración. Muchos médicos, ante disfunciones evidentes del sistema, sugieren al paciente que presente una queja por escrito en Atención al Usuario. Los facultativos suelen estar de acuerdo con estas quejas y consideran que el paciente tiene toda la razón. Si muchos pacientes se quejan por escrito, guardan copia de la queja, y eso se publica en los diarios, en la sección de Cartas al Director por ejemplo, los “responsables médicos” se vuelven más conscientes del problema. Pero es muy importante que la queja vaya dirigida no contra el facultativo sino contra la Administración. En estas ocasiones el facultativo no tiene la culpa de que el sistema funcione tan mal, y las quejas de los pacientes, si son muchas, por escrito, sistemáticas, y a ser posible públicas, obliga a adoptar medidas de choque a las Gerencias. Pero, como el fallo es estructural, agotado el efecto de las medidas de choque, la disfunción vuelve a manifestarse. El sistema funciona a base de buena voluntad de algunos facultativos, a base de forzar la máquina y a base de ir pidiendo favores a los compañeros, como si el paciente fuera familiar del médico; así opina el 79.7 % de los encuestados (pregunta n. 59). La “buena voluntad” del profesional es lo que hace que el sistema siga renqueando, y no haya caído en el más profundo de los agujeros.

Los médicos son los verdaderos culpables de toda esta sinrazón porque son los proveedores finales y únicos -en régimen de absoluto monopolio- de la asistencia, y por ello son los responsables de su deterioro. Si permiten que ocurra lo que está ocurriendo es porque les pesa mucho más el corporativismo que la ética. ¿Cuántas veces el médico se sorprende a sí mismo mirando para otro lado?

Por contraste, el médico debe implicarse en los órganos de gobierno y funcionamiento del centro sanitario para promover una adecuada defensa del enfermo en las instituciones sanitarias (Collazo E, 2008)¹⁰⁸. El personal de gestión y de servicios en los centros sanitarios puede ejercer un trato defectuoso o incompleto en los procesos de citación, de admisión y de atención del paciente, y el médico puede hacerlo en la atención directa, cuando manifiesta arrogancia y altivez, con el trato displicente -ese hojear papeles sin mirar al enfermo cuando éste le habla-, o cuando proporciona información insuficiente o excesiva sobre la patología, entre otras situaciones.

Las prestaciones del Sistema de Salud deben adaptarse a las auténticas necesidades asistenciales de la población y a las posibilidades reales de financiación. No es razonable que se ofrezcan servicios sanitarios sin la debida dotación de medios humanos y materiales. La relación médico-paciente se deteriora cuando se generan expectativas irrealizables. Los médicos que ocupan cargos directivos en instituciones sanitarias deben tenerlo en cuenta; en caso contrario, serían responsables de los casos de agresiones, mala praxis, agotamiento del personal, retrasos y falta de eficiencia en la atención sanitaria,...lo cual debe expresarse en el Código de alguna manera, p. ej: *“Los médicos que ocupan cargos directivos en instituciones sanitarias deben velar para que las prestaciones se adapten a las auténticas necesidades asistenciales de la población y a las posibilidades reales de financiación, evitando que se ofrezcan servicios sanitarios sin la debida dotación de medios humanos y materiales”*.

Artículo 37. 2

Los cambios de médico continuados son una falta de respeto gravísima al paciente por parte de la Administración sanitaria. Los médicos no se sienten responsables de la atención que prestan de modo esporádico, y la tentación es a no tocar nada, pedir alguna prueba de complacencia, y ya se verá quién le visitará la próxima vez. Los pacientes no son correctamente atendidos, y no suelen protestar por ello.

El médico debe saber reclamar sus derechos. No está en sus manos cambiar el sistema sanitario. No es su función. El médico debe exigir buenas condiciones de trabajo para desarrollar de una manera digna su función. El problema es la escasez de dinero y la masificación.

Uno de los componentes de la profesionalidad o excelencia es el compromiso de servicio social en términos de velar con altruismo por la salud de las poblaciones. Esta es la razón de ser de la Medicina, su principal objetivo. Aristóteles dijo que el fin de la Medicina es la salud de las gentes, y el imperativo hipocrático establece un propósito de beneficencia social para la Medicina, en un contexto ético, moral y deontológico. Este compromiso se inicia con la relación médico-paciente, donde el médico es el agente del paciente como fideicomisario de la confianza que en él o ella deposita. Esta relación constituye la esencia del contrato social de la Medicina, y se extiende no sólo al individuo sino a la comunidad. En tal capacidad, el médico tiene la obligación moral de disentir de políticas o actividades corporativas que erosionen los valores fundamentales de la atención de la salud: aquí reside la diferencia entre el verdadero profesional y un simple médico al servicio de una compañía de seguro sanitario.

En los últimos años, el médico ha visto como ha sido promovido su desprestigio y minusvalía por la propia Administración sanitaria, lo que ha conducido a una sensación general de hastío y desaliento. Ello es motivo suficiente para añadir un párrafo con ideas similares a las de los artículos 113 y 114 del Código de Deontología de los Médicos de Cataluña: *“El Colegio de Médicos cuidará de que se evite la publicidad en los casos de denuncia contra algún médico cuya culpabilidad no esté demostrada. El Colegio de Médicos cuidará de que los médicos asalariados puedan desarrollar su tarea dentro de la institución o la empresa en las dignas y debidas condiciones de trabajo”*.

CAPÍTULO XIV. DE LA PUBLICIDAD MÉDICA

Artículo 38. 1

La publicidad realizada por determinada industria farmacéutica con la aquiescencia y apoyo de algunas Administraciones sanitarias ha ocasionado graves daños a la población en diferentes países, lo cual sigue sucediendo hoy día (Collazo E, 2008)¹⁰⁹.

Siendo éste un tema complejo, variado y en el que el abanico de opciones del médico es muy amplio, parece adecuado incluir algunas de las indicaciones contenidas en los Capítulos tercero y cuarto del Informe de la Comisión Central de Deontología “Directrices deontológicas sobre información y publicidad médica”, revisado en noviembre de 2005:

El médico deberá abstenerse de publicar textos que recomienden o llamen la atención sobre su capacidad profesional, sus conocimientos, sus servicios o su cualificación con el fin de obtener ventaja profesional o beneficio económico así como promover agradecimientos públicos de pacientes o manifestaciones en su favor, o de servirse de ellos como elemento de publicidad.

En la publicidad no deberán figurar listas de enfermedades o síntomas, técnicas diagnósticas y/ o terapéuticas, según normas deontológicas de las organizaciones médicas de los Países Comunitarios, salvo excepciones, con el Visado Colegial correspondiente.

Cuando el médico participe en programas educativos o informativos audiovisuales, no podrá realizar publicidad directa, personal o institucional y rechazará la publicidad que indirectamente pudiera beneficiarle. Nunca facilitará datos cerca de su actividad profesional que induzcan indebidamente a la captación de pacientes, especialmente si ésta se desarrolla en el ámbito privado.

Cometen una grave falta a la ética profesional los que prometen la prestación de servicios gratuitos o descuentos, así como quienes explícita o implícitamente mencionen tarifas de honorarios.

Los médicos que ejerzan en organismos públicos o privados deben cuidar que los modos de información utilizados en ellos se ajusten a las normas deontológicas de la profesión. La información o la publicidad institucional no le eximen al médico de su responsabilidad individual. Debe velar por el uso que se hace de su nombre y de sus declaraciones, no permitiendo que se utilicen con fines publicitarios o promocionales, dejando claro cuándo interviene a título personal y cuándo lo hace en representación de una institución pública o privada.

Los médicos no deberán participar por regla general en campañas de publicidad promocional o comparativa de las instituciones que supongan intereses claramente lucrativos personales o institucionales o vayan en contra de las normas deontológicas.

9. Es contraria a la ética cualquier explotación publicitaria de un éxito médico en beneficio de una persona, grupo, escuela, o institución sanitaria, así como utilizarlo para desacreditar la capacidad profesional, los conocimientos, los servicios o la cualificación de otros médicos o instituciones.

Los médicos no aceptarán que las instituciones o empresas sanitarias entrevisten a los pacientes o utilicen su imagen como medio de publicidad en beneficio institucional. En dichas circunstancias los médicos deben garantizar que se ha informado enteramente a los pacientes y que su participación se obtuvo libremente y, en caso, de duda informarán adecuadamente a su Colegio de Médicos.

Los profesionales de la Medicina, al colaborar con los medios de comunicación, tienen un deber deontológico de objetividad y prudencia. Esto exige la especial responsabilidad de no promover un concepto consumista de la salud, evitando despertar falsas esperanzas o propagar conceptos infundados.

Artículo 38. 2

La intervención de médicos en medios de comunicación se ha convertido en una práctica habitual reclamada por un mayor interés de la población en las cuestiones de salud; sin embargo, estas intervenciones han de ser moderadas y deben de ir dirigidas no tanto a hacer de la medicina una práctica consumista sino en advertir de los riesgos que para la salud de los ciudadanos tienen algunas técnicas médicas y evitar en todo momento la publicidad engañosa. Sería interesante introducir un apartado aclaratorio: “*La publicidad, en ninguna de sus formas, puede ser utilizada como reclamo*” y “*La propaganda publicitaria con fines de sensacionalismo científico o encumbramiento profesional, es contraria a la ética médica.*”.

Es preocupante la proliferación de programas en medios de comunicación en los que se presentan modelos ficticios de personas o aquellos en los que se incide, sin el correspondiente análisis social, cultural y médico, sobre las consecuencias positivas que puede tener para la salud del individuo adoptar los tratamientos o estilos de vida que allí se presentan. Este tipo de programas ocasionan graves secuelas para la sociedad y para los jóvenes y adolescentes, que son la población más desprotegida y con mayor grado de penetración de las informaciones que aparecen. Si esta situación ya es grave de por sí, lo es aún más que esté refrendada por profesionales que se dedican a la Medicina y cuyo fin es la preservación de la salud y la mejora de la calidad de la asistencia que se presta al paciente y al ciudadano. Por ello, podría incluirse *“Los profesionales de la Medicina, al colaborar con los medios de comunicación, tienen un deber deontológico de objetividad y prudencia. Esto exige la especial responsabilidad de no promover un concepto consumista de la salud, evitando despertar falsas esperanzas o propagar conceptos infundados”*.

CAPÍTULO XVI. DE LOS HONORARIOS

Artículo 40. 5

Parece muy conveniente recuperar la antigua tradición de no cobrar el propio trabajo a los colegas y quizás a sus parientes más próximos: *“Es manifestación de buen compañerismo la cortesía profesional, esto es, que el médico exima del pago de honorarios al colega y a las personas que dependen económicamente de él. Esta práctica se extiende también a la viuda y huérfanos menores. La atención prestada en esos casos ha de tener la misma calidad que la dada a los otros pacientes. No caen dentro de la exención los gastos ocasionados por el material utilizado. El deber deontológico señalado decae cuando alguna entidad corre con el pago de dichos honorarios”*.

En los últimos tiempos han surgido nuevas formas de ejercicio profesional que, muchas veces, suelen entrar en conflicto con los principios éticos clásicos y nuevos actores, tales como empresas aseguradoras y megacentros de salud, han irrumpido en el ámbito médico, generando situaciones que requieren ser abordadas desde un punto de vista normativo. Por lo que parece conveniente dar algunos criterios más sobre este tema como los establecidos en los artículos 150, 151, 156 y 159 del Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú⁴³.

El Artículo podría completarse de la siguiente forma, tal como se comentó anteriormente en referencia al artículo 20.1: *“El médico no percibirá comisión alguna por sus prescripciones, ni por los materiales empleados en la atención a los pacientes, ni podrá exigir o aceptar retribuciones de intermediarios”*,

CAPÍTULO XVII. MÉDICOS PERITOS Y FUNCIONARIOS

Artículo 41. 4

Parece importante advertir, desde el punto de vista práctico, a los médicos que sean propuestos como peritos por los órganos judiciales que no deben comprometerse a ejecutar una prueba pericial si no están dispuestos a defenderla en el juicio oral, ya que darían una pésima imagen de la profesión médica. En caso de que el médico se considere incompetente para realizar la prueba pericial lo comunicará al Juez por escrito.

Dada la importancia de la Declaración de la Comisión Central de Deontología sobre la pericia médica, resulta de interés incluir en el Código alguna de sus especificaciones de forma que ayuden a los colegiados a manejarse en el terreno jurídico.

V.3. Propuesta de nuevos Capítulos, Artículos y Apartados

V.3.1. Sobre las asociaciones profesionales

La Organización Médica Colegial tiene la obligación de registro y control de las sociedades profesionales que se hayan constituido a partir de la entrada en vigor de la Ley 2/2007 por la que se regula las llamadas Sociedades Profesionales. La Ley tiene la vocación de encontrar un sistema de responsabilidades que beneficie a los usuarios de los servicios profesionales prestados en el marco de una organización colectiva. Las nuevas sociedades profesionales, tal y como vienen configuradas por la Ley, sólo podrán ejercer la actividad profesional fijada en su objeto social, a través de personas colegiadas en el Colegio Profesional correspondiente para su ejercicio, es decir, deberá estar colegiada la sociedad y los profesionales que ejerzan bajo su cobertura, señalando que los derechos y obligaciones derivados de la actividad profesional se imputarán directamente a la sociedad, sin perjuicio de la responsabilidad profesional de la persona que directamente la ejerza.

La puesta en marcha de esta Ley obligó a los Colegios de Médicos a adaptar sus Estatutos puesto que la Ley en su artículo 8 reconoce a la Sociedad Profesional como miembro efectivo del Colegio Profesional y a partir de ese momento todas las acciones de control deontológico, disciplinario, administrativo y, de cualquier tipo, que se aplicaban al colegiado individualmente se han de aplicar también a las Sociedades Profesionales y éstas son además competencia de los Colegios. Esto obligó también a la Organización Médica Colegial a establecer un régimen disciplinario singular puesto que en las Sociedades no se persigue la conducta individual sino la colectiva de una persona jurídica y a tipificar las conductas susceptibles de sanción.

La Ley establece que si alguno de los socios incurriera en causa de inhabilitación o de incompatibilidad, esta puede afectar al resto de los socios respecto de la responsabilidad social y mercantil, salvo que el socio inhabilitado sea excluido de la Sociedad, hecho que se tendrá que comunicar al Registro de Sociedades Profesionales.

Parece necesario añadir un apartado al Artículo 2, proponiéndose la siguiente redacción: *“Las Sociedades Profesionales inscritas en el Registro del Colegio están sometidas al mismo régimen disciplinario”*.

V.3.2. Sobre drogadicción

Se podría colocar en el Artículo 9 del Capítulo III, añadiendo la siguiente redacción: *El médico debe implicarse en la prevención, cura y reinserción social de las personas con dependencia de sustancias, utilizando los apoyos técnicos y humanos para ayudarle a superar la situación de dependencia, en colaboración con la familia y las organizaciones sanitarias y sociales que se ocupan de estas situaciones.*

V.3.3. Sobre la segunda opinión médica

Prácticamente casi todos los códigos europeos incluyen una referencia a la segunda opinión, por lo que convendría incluir este aspecto en el Código.

Podría colocarse un Artículo 10 bis en el Capítulo III, del siguiente tenor:

1. El médico no puede éticamente poner dificultades a la realización práctica de la segunda opinión médica, sino que deberá facilitar su ejercicio, transmitiendo al segundo consultor lo antes posible la documentación necesaria para que pueda elaborar el parecer que se le solicita.

2. En ningún caso se podrá producir, de resultas de discrepancias, una suspensión de los cuidados que el paciente ha de recibir. Compete al consultor originario prestar esa atención hasta que otro colega se haga cargo del paciente.

3. Deberá tenerse como contraria a la ética cualquier solicitud de segunda opinión médica no autorizada por el paciente capaz o, si no disfrutara de capacidad legal, por su representante legítimo. Constituiría de otro modo una invasión indebida de la intimidad del paciente.

V.3.4. Sobre prevención de la enfermedad

Se podría colocar un Artículo 21 bis en el Capítulo V.

Un fenómeno a tener en cuenta es el creciente protagonismo de la dimensión preventiva de la Medicina y el impacto del estilo de vida en la promoción de la salud, lo cual sitúa al médico ante funciones de consejero y educador, e incluso de comunicador social¹⁰⁵.¹¹⁰ La necesidad de modelos de organización sanitaria que garanticen la equidad exige que en la formación médica estén presentes conceptos relacionados con la gestión de recursos: eficiencia, conciencia del coste, sostenibilidad del sistema sanitario, educación para la salud desde la infancia., etc.

Establecer las prioridades de la investigación médica es una cuestión de ética social a la que no siempre se ha prestado la debida atención. Es de especial importancia la investigación sobre las causas de mortalidad prematura evitable, como por ejemplo: accidentes (de circulación, de trabajo, etc.), hábitos tóxicos, estilos de vida poco saludables (sedentarismo, alimentación, ETS,...), suicidio, etc.

Un campo de especial interés es la promoción de estilos de vida saludables, donde juegan un papel decisivo los medios de comunicación, las familias y las instituciones educativas.

Para el buen ejercicio de la prevención de la enfermedad se requiere de completa independencia profesional, lo que significa que los médicos deben disfrutar de completa independencia en el ejercicio de sus funciones, quedando habilitados para emitir juicios y consejos también en cuanto a la protección de la salud de los trabajadores y su seguridad de conformidad con su conocimiento y su conciencia. Se debe dar especial atención a los dilemas éticos que puedan surgir de la consecución simultánea de objetivos que pueden estar en competencia, tales como la protección del empleo y la protección de la salud, el derecho a

la información y a la confidencialidad, y los conflictos entre intereses individuales y colectivos. En nuestros días, teniendo en cuenta la complejidad de los factores externos que se mezclan sobre la salud, es especialmente importante la prevención en la salud ocupacional, que debe enfocarse a la promoción y mantenimiento del más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones; la prevención de daños a la salud causados por sus condiciones de trabajo; la ubicación y mantenimiento de trabajadores en un ambiente de trabajo adaptado a sus capacidades fisiológicas y psicológicas; y, resumiendo, la adaptación del trabajo al hombre, y de cada hombre a su tarea⁴⁷.

El médico debe brindar consejos honestos y competentes al paciente sobre la forma de cumplir con sus responsabilidades en materia de salud, incluyendo la protección y la promoción, y del riesgo que pueden significar para su salud sus hábitos. El médico debe promover aquellas actividades preventivas de valor probado. Una acción preventiva nueva debería incluir información acerca de su efectividad para evitar futuras enfermedades en comparación con aplicar tratamiento a una enfermedad actual, respondiendo a la pregunta ¿para quién y en qué circunstancias esa acción preventiva es mejor que un tratamiento? (Gérvás J, 2008)¹¹¹ Las decisiones acerca de las acciones preventivas prioritarias en una población necesitan tener en cuenta el riesgo relativo y el riesgo atribuible y haber superado muy robustos análisis de impacto.

Los resultados de los exámenes practicados en el marco de la vigilancia de la salud en el puesto de trabajo deben ser explicados al trabajador involucrado⁴⁷. También se deben comunicar al paciente las medidas preventivas para evitar el contagio y la propagación de la enfermedad (artículo 22 del Código de Deontología de los Médicos de Cataluña).

En el terreno de la prevención de la enfermedad hay que tener en cuenta la protección de la comunidad y el ambiente. Con miras a contribuir con la salud pública y ambiental, el médico debe promover y participar, cuando resulte indicado, en la identificación, evaluación, asesoramiento y difusión en materia de prevención de los peligros detectados, y tiene la obligación de ponerlos en conocimiento de la autoridad competente. Los mismos criterios rigen para el abuso o el uso inadecuado de la información de salud ocupacional, la adulteración o retención de hallazgos, la violación de la confidencialidad médica o la protección inadecuada de los archivos, particularmente aquellos que se guardan en soporte informático.

Se proponen los siguientes apartados:

1. Todo médico, cualquiera que sea su actividad médica, debe atender tanto al aspecto preventivo y educativo de su misión como al aspecto curativo. En la promoción de estilos de vida saludables colaborará con los medios de comunicación, las familias y las instituciones educativas.

2. El médico debe brindar consejos honestos y competentes al paciente sobre la forma de cumplir con sus responsabilidades en materia de salud, incluyendo la protección y la promoción, y del riesgo que pueden significar para su salud sus hábitos. El médico debe promover aquellas actividades preventivas de valor probado.

3. Los resultados de los exámenes practicados en el marco de la vigilancia de la salud en el puesto de trabajo deben ser explicados al trabajador involucrado. El médico de un centro de medicina preventiva o de medicina del trabajo debe transmitir todo resultado útil

al médico designado por aquel a quien ha examinado o, si se trata de un niño o un incapacitado, al designado por sus representantes legales.

V.3.5. Sobre el llamado error médico

Parece adecuado que debería incluirse en el Artículo 10 del Capítulo V un artículo sobre la oportunidad de revelar al paciente el llamado error médico, separando la materia del artículo 31.

El mal llamado corporativismo médico, que tanto denigra a la profesión y nada tiene que ver con el compañerismo, se suele deber a que las víctimas de errores médicos graves y sus familiares se pueden encontrar con:

- Muertes debidas a errores médicos que no son tratadas de forma honesta, dejando a los parientes abatidos, con su trauma y sin posibilidades de obtener una conclusión.
- Negación de información veraz sobre el estado iatrogénico, es decir sobre la naturaleza y alcance del error. Los profesionales de la salud pueden mostrar una actitud evasiva y proporcionar información equívoca por su dificultad de aceptar y asumir los resultados del error. Ocurre también que con frecuencia que son excusados por parte de aseguradoras médicas de la tarea de proporcionar las evidencias de los daños.
- Gran dificultad para obtener documentación con un registro médico completo y fiable: la documentación crítica puede desaparecer y alguna, para escarnio del paciente, ha sido falsificada. En algunos casos no existen registros disponibles.
- Informes médicos con observaciones despectivas con evaluaciones psiquiátricas infundadas.
- Negación de un diagnóstico legítimo y un tratamiento eficaz, lo que supone el ostracismo del paciente, ya que ofrecer asistencia y cuidados sería reconocer que el daño se ha producido.
- Negación o dificultad de obtener segundas opiniones.
- Dificultad en seguir el proceso legal para obtener una compensación económica, debido al excesivo costo, y la renuncia de la mayoría de expertos médicos a declarar contra sus colegas.
- Los pacientes con lesiones iatrogénicas suelen ser considerados como litigantes potenciales; admitir la verdad sobre los daños sufridos y darles información sobre el hecho es visto como algo contraproducente que puede ayudarlos a ganar la causa en caso de enfrentamiento legal.
- La alianza profesional parece ser más fuerte que la alianza de los pacientes inocentes y vulnerables, para con quienes los médicos y cirujanos tienen compromiso, ético, moral y legal de proporcionar asistencia médica adecuada.

Los servicios médicos en Europa son muy buenos; no obstante, los errores son inevitables y algunos de estos tienen serias consecuencias para el paciente. Recientes investigaciones en Estados Unidos, Reino Unido y Australia muestran que en torno al 10% de los pacientes son víctimas de errores sanitarios. De ese 10%, aproximadamente el 1% sufre consecuencias muy graves que le causan la muerte o lesiones permanentes. Estos pacientes ven reducida su calidad de vida a niveles ínfimos y muchos son privados de su capacidad de ganarse la vida. Estos errores sanitarios suponen un costo enorme para el Sistema Social Europeo.

La cultura médica actual de “negación y ocultismo” tiene que ser revisada y sustituida por una cultura de claridad y honestidad, en la que los profesionales de la salud se hagan cargo de sus errores y establezcan una relación sincera con sus pacientes afectados (Collazo E, 2003)¹¹². Pero también es cierto que es la masificación la que provoca el aumento de estos problemas: con menos masificación habría menos errores.

Se propone añadir el siguiente párrafo: *El medico debe poner inmediatamente los medios adecuados para solucionar, si fuera posible, las lesiones indebidas sufridas por un paciente como consecuencia de la asistencia recibida. Debería pedir disculpas y ofrecerle una explicación clara, honesta, constructiva y adecuada lo que sucedió y de sus consecuencias. El medico no debe permitir que las quejas de un paciente afecten negativamente la atención que debe proporcionarle.*

V.3.6. Sobre la esterilización

Se podría colocar en el Artículo 25.

Bien claro deja la Constitución que los padres deben prestar asistencia de todo orden a los hijos (Art. 39.3) y que los disminuidos psíquicos precisan especial protección (Art. 49). Los padres tienen la obligación de respetar la dignidad de su hija/hijo con retraso mental, ya que - aunque en ocasiones la ley se lo otorgue- no tienen un absoluto dominio sobre los hijos, precisamente por su dignidad. Antes de llegar a la esterilización existen alternativas menos gravosas para la integridad corporal del retrasado mental, al que, precisamente por ser más débil, hay que proteger más.

Una muchacha deficiente debe ser protegida de las agresiones, tanto más cuanto más indefensa es. Si se la esteriliza, se la convierte en un puro objeto sexual. Podrán abusar de ella quienes quieran: el padre, los agresores, los negociantes del sexo. Esterilizarla, aunque sea legalmente, es agraviarla, es robarle a mano armada el resto fundamental de dignidad que le queda: la capacidad de ser madre.

La esterilización no protege a las mujeres con deficiencia mental de la violación o abuso sexual. La esterilización no retrae a los agresores. La esterilización evita la gestación, pero una mujer estéril puede ser violada, abusada más todavía que si fuera fértil. Queda mucho más vulnerable al abuso sexual puesto que la esterilización elimina la prueba más evidente de esos abusos. Lo que preocupa a los padres es que no quede embarazada la hija y su despreocupación es entonces total. Lo mismo pasa con los padres de muchachas retrasadas, que pueden seguir siendo acusados maliciosamente de perversión sexual, y de molestar, de no saber reprimir sus tendencias. Pero sexualidad y fertilidad no son lo mismo.

La esterilización, desde el punto de vista de la Bioética, no es un derecho, es una aberración, un atentado que la persona puede realizar o permitir contra si misma, igual que el suicidio (Collazo E, 2006)⁹⁹. Poseemos la corporalidad como administradores, no como dueños con potestad para destruirla, puesto que no nos hemos dado la vida a nosotros mismos, sino que recibimos la existencia de otros. A nadie se le pide el propio consentimiento ni para nacer ni para morir, y ningún hombre puede evitar recibir la vida ni puede evitar perderla. El ser humano es responsable de su cuerpo, no como propietario, sino como soporte biológico de su vida y parte constitutiva de su persona. Este es el principio ético de responsabilidad sobre sí mismo: el cuerpo, más allá de la conservación y de la expansión, debe ser mantenido y realizado del mismo modo que debe ser realizada y perfeccionada la persona. Es verdaderamente sarcástico esterilizar a un retrasado mental en nombre del "mayor interés del incapaz"; habría que decir "en mayor interés de quienes les es molesto ayudarle dignamente".

Los padres, los que llevan instituciones de deficientes, quieren protegerse de conflictos de gestaciones de mujeres deficientes o de querellas de supuesta paternidad contra los que dependen de ellos. Esas preocupaciones son verdaderas: pero la solución no está en la

esterilización decretada por el juez. Eso es muy grave. Se rompe el artículo 14 de la Constitución: hay españoles de clase A y de clase B, unos cuya integridad física y moral es respetada y otros que son sometidos a penas y tratos inhumanos y degradantes. Unos que tienen derecho a la libertad y seguridad y otros que la pierden por conspiración de los fuertes.

Si el Derecho debe aspirar a regular la sociedad que queremos, y queremos respetar la dignidad de las personas con retraso mental, no parece adecuado que permita esterilizarlas como si fuesen animales a los que hay que controlar, por mucho que se acuda a los especialistas, creándoles una sexualidad ficticia. Fomentar la dignidad de esas personas, enseñarles a comportarse en la sociedad y en la vida como seres autónomos, que es enseñarles la importancia de la responsabilidad, eso es realizar la función pedagógica del Derecho.

Si hay que proteger de abusos hay que equipar mejor las instituciones, hay que educar mejor, hay que supervisar el transporte de esas chicas, enseñarlas autodefensa. No es decente esterilizar para que los deficientes puedan vivir libertariamente una vida heterosexual activa. Se equipara la esterilidad al placer o frenesí sexual, esterilidad con seguridad contra abuso. Es como si dijeran: te esterilizamos y ya no tenemos que preocuparnos de ti. Al agresor se le allana el camino. En vez de reforzar la protección -estableciendo penas disuasorias para los abusos sexuales sobre deficientes e incapaces- buscamos la vía fácil de despreciar la biología y la persona.

Los derechos humanos son presentados cada vez más como el lenguaje común y el sustrato ético de las relaciones internacionales. La universalidad, la indivisibilidad y la interdependencia de los derechos humanos sirven como garantía para la salvaguarda de la dignidad humana. Estos derechos se basan en la ley natural inscrita en el corazón del hombre y presente en las diferentes culturas y civilizaciones. Arrancar los derechos humanos de este contexto, como se ha pretendido, significa restringir su ámbito y ceder a una concepción relativista, según la cual el sentido y la interpretación de los derechos podrían variar, negando su universalidad en nombre de diferentes contextos culturales, políticos, sociales e incluso religiosos. No basta una interpretación positivista que redujera la justicia a legalidad, y entendiera así los derechos humanos como resultado exclusivo de medidas legislativas. La libertad no puede ser invocada para justificar ciertos excesos que conducen a una regresión en el concepto de ser humano.

El principio terapéutico de totalidad es un principio capital dentro de la bioética. Da pie y sanción a la cirugía, exigiendo la existencia conjunta de algunas circunstancias para que su aplicación fundamente una cierta proporcionalidad a la terapéutica quirúrgica: a) que la operación esté orientada al bien del organismo sobre el que se incide; b) que se intervenga sobre la parte enferma; c) que no exista otro modo razonable de curar la enfermedad; d) que se realice en el momento de la necesidad; e) que se dé una alta probabilidad de mejoría; f) que haya consentimiento por parte del paciente.

La Ley General de Sanidad indica en su artículo 10.5 que el paciente tiene derecho “A que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento”.

Se propone añadir el siguiente párrafo: *La esterilización irreversible es permitida cuando se produce como consecuencia inevitable de una terapéutica encaminada a tratar o prevenir un estado patológico grave. En particular es necesario: a) Que se haya demostrado*

su necesidad. b) *Que otros medios reversibles no puedan resolver correctamente el problema;* y c) *Que, salvo circunstancia especiales, los dos cónyuges hayan sido debidamente informados sobre la irreversibilidad de la operación y sus consecuencias.*

V.3.7. Sobre la anticoncepción postcoital

Su lugar está en el Capítulo VI, Artículo 23.

El mecanismo de acción de la píldora del día después incluye, entre otros, un componente de significado ético fuerte: impide la anidación y, con ello, el desarrollo del embrión humano. Se sabe que lo hace, pero se ignora cuántas veces lo hace. En consecuencia, recetar el médico o tomar la mujer la píldora del día después son acciones con fuerte carga de responsabilidad, en las que juegan un papel muy relevante factores de dos órdenes: uno que se podría asignar al área de la ética biológica; el otro, al de la ética profesional. El factor ético-biológico consiste en saber qué es lo que ocurre en el organismo de la mujer cuando hace uso de la píldora del día después: sólo sabiéndolo no se darán palos de ciego y será posible actuar con conocimiento y racionalidad. El factor ético-profesional consiste en analizar, a la luz de los principios de la Deontología médica, qué requisitos -de información no sesgada, de respeto por las personas y sus convicciones morales- habrían de exigirse para que un médico pueda prescribir la píldora del día después.

Una situación así obliga a actuar, en la duda, con menos datos de los necesarios, lo cual crea conflictos. Con razón, quienes profesan un respeto profundo a todos los seres humanos sin excepción, estiman que jamás uno de ellos puede ser expuesto al riesgo próximo de ser destruido, aunque ese riesgo no esté cuantificado. Basta con que la píldora del día después sea de hecho capaz de privar de la oportunidad de vivir al embrión humano para que sea condenable. Quienes no profesan aquel respeto prefieren negar el problema ético valiéndose de ciertos cambios del lenguaje.

El artículo 25 del Código de Ética y Deontología Médica dice que "*el médico deberá dar información pertinente en materia de reproducción humana a fin de que las personas que la han solicitado puedan decidir con suficiente conocimiento y responsabilidad*". El Código declara que la información sobre la reproducción humana es un área privilegiada, especial. En nuestro caso, impone al médico, en especial al ginecólogo y al médico general, el deber de informar sobre la píldora del día después no de modo rutinario, sino cualificadamente, pues la información que dan a quienes le preguntan ha de servirles a éstos para tomar decisiones con conocimiento suficiente y con suficiente responsabilidad. Tal información ha de ser objetiva, inteligible, adecuada.

Con datos parciales, oscuros o sesgados no puede llegarse a decisiones responsables. Es criterio general que el consentimiento del paciente no sería genuino, esto es, ni libre ni informado, si el médico le ocultara información que el paciente tuviera por éticamente significativa. Con respecto a la píldora del día después, quien ha de juzgar es la propia mujer.

El artículo 8 del código dice que "*en el ejercicio de su profesión, el médico respetará las convicciones de sus pacientes y se abstendrá de imponerles las propias*". Respetar a las personas es respetar sus convicciones. Como es lógico, las convicciones que el médico no puede imponer no son sólo las políticas, ideológicas o religiosas. Son también las técnicas y científicas. El médico ha de manifestar sus opiniones y recomendaciones que hagan al caso, pero ha de hacerlo sin abusar de su posición de poder. Si piensa el médico que el embrión

humano es respetable sólo después de haberse implantado o incluso más tarde, esa es su opinión, pero no puede imponerla a quien tiene a la fecundación por comienzo de la existencia humana. No puede olvidar el médico que, para mucha gente, son inaceptables aquellas formas de regulación de la reproducción que permiten la fecundación y provocan luego la pérdida del embrión.

La situación definida como contracepción de urgencia no exime de ese diálogo singular y libre de prejuicios entre el médico y la mujer. No pertenece la prescripción de píldora del día después al pequeño número de situaciones de urgencia extremada en las que puede prescindirse del consentimiento informado. En el caso de la presunta prescripción de la píldora del día después no puede prescindirse de entablar con la mujer una relación inteligente, informativa, éticamente respetuosa, que tenga en cuenta sus creencias y valores. La autorización para comercializar la píldora del día después trae a primer plano esos dos aspectos básicos de la ética profesional de la Medicina: el respeto a las convicciones del paciente y la comunicación de la verdad.

Propuesta de redacción: *“En tanto, no se descarte totalmente de forma científica el efecto antiimplantatorio de la píldora postcoital no es ética su prescripción ni su administración, sin una explicación objetiva, inteligible y adecuada sobre este mecanismo de acción”*.

V.3.8. Sobre la reproducción asistida

Se pueden intercalar en el Artículo 24 del Capítulo VI.

El texto de la nueva Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida¹¹³ hace referencia a la importancia del ámbito privado en la aplicación de estas técnicas y a la necesidad de compensar la “asimetría de información” entre los que acuden en busca de un tratamiento y quienes lo aplican, dados los diferentes intereses de unos y otros. Esta situación se ve potenciada por la obligación de comunicar las “tasas de éxito” como forma de que los usuarios conozcan la calidad de los centros, circunstancia que puede entrar en conflicto con los valores deontológicos y afectar a la información previa a la obtención del consentimiento.

A diferencia de otras situaciones clínicas, los problemas médicos que se abordan a través de las técnicas de reproducción asistida suelen ir acompañados de una importante carga emocional y de una ausencia de percepción de enfermedad en las personas implicadas, circunstancias que requieren una mayor dosis de prudencia e información para evitar crear falsas expectativas o tomar decisiones no exentas de riesgo.

El diagnóstico preimplantacional sólo debe aplicarse con el fin de poder corregir la enfermedad antes del nacimiento, no con el fin de matar (“realizar selección embrionaria”). La auténtica selección para obtener embriones sanos debe realizarse previamente a la fecundación, analizando la composición genética de los gametos para deducir si existe probabilidad de enfermedad genética y exclusivamente en el caso de semen o tejido ovárico donado (no en el caso de matrimonios establecidos). El diagnóstico preimplantacional no debe realizarse antes de la fase de blastocisto, ya que no es inocuo para el embrión y su viabilidad.

Se proponen los siguientes párrafos:

La selección para obtener embriones sanos debe realizarse previamente a la fecundación, analizando la composición genética de los gametos para deducir si existe probabilidad de enfermedad genética.

El diagnóstico preimplantacional sólo debe aplicarse con el fin de poder corregir la enfermedad antes del nacimiento y para excluir enfermedades ligadas al sexo. El diagnóstico preimplantacional no debe realizarse si no es inocuo para el embrión y su viabilidad.

Cualquier óvulo fertilizado debe ser normalmente implantado y no destruido deliberadamente. Si la pareja ha decidido no hacer uso de sus óvulos fertilizados, se debe considerar la posibilidad de donación.

El médico no participará ni directa ni indirectamente en ningún proceso de clonación humana con finalidades reproductivas. No se podrán crear nuevos embriones con finalidades de experimentación.

V.3.9. Sobre cuidados paliativos

Se podría colocar en el Capítulo VII.

En caso de enfermedad incurable y terminal, el médico no puede permanecer ajeno a las necesidades del paciente y de sus allegados y ha de saber confortarles en ese trance final. Para ello, necesita, además de conocer suficiente medicina paliativa, tener sensibilidad para percibir las necesidades físicas y morales del moribundo y cooperar para que no le falte ni el consuelo humano ni la atención espiritual que, de ordinario, son la necesidad primordial del paciente y sus familiares y amigos (Collazo E, 2007)¹¹⁴.

Se podría añadir un Artículo en el sentido de especificar que *“Es deber médico fundamental ayudar al paciente a asumir la muerte de acuerdo con sus creencias y con aquello que haya dado sentido a su vida”* y *“El médico no está obligado a atender las recomendaciones del paciente reflejadas en el documento de voluntades anticipadas cuando vayan contra la buena praxis médica o contra su conciencia”*. *“Antes de suprimir los medios que mantienen artificialmente la vida, el médico debe asegurarse de que el paciente está en muerte cerebral permanente”*. *“La alimentación y la hidratación son cuidados normales y medios ordinarios para la conservación de la vida mientras se demuestre que cumplen su propia finalidad, aunque el paciente se encuentre inconsciente. No es ético interrumpirlos o no administrarlos si la muerte del paciente es consecuencia de esa decisión”*.

La investigación sobre cuidados paliativos y tratamiento del dolor está todavía en sus inicios y se debe seguir impulsando.

El tratamiento de la situación de agonía debe pretender evitar el sufrimiento y la angustia (artículo 70 del Código de Deontología de los Médicos de Cataluña). La sedación en la agonía es un recurso final, aceptable éticamente cuando existe una indicación médica correcta y se hayan agotado los demás recursos terapéuticos. En una medicina humana, no tiene cabida la incompetencia terapéutica ante el sufrimiento terminal. No es ético el tratamiento insuficiente, ni el excesivo ni el abandono, por lo que el médico competente sólo está obligado a sedar hasta el nivel requerido para aliviar los síntomas.

V.3.10. Sobre el trasplante facial

Los trasplantes de células, tejidos y órganos sólidos están implantados en nuestra sociedad. El problema surge ante un tipo diferente de trasplante, como es el facial, que implica reemplazar la cara de un paciente por la cara de un donante, en el que las repercusiones psicológicas, éticas y sociales son diferentes y prácticamente desconocidas. La cara juega un papel central en la percepción de la identidad personal y en la comunicación humana, por lo que inevitablemente se producen crisis de identidad originadas por el cambio de aspecto. Otro problema es la inexpresividad mímica y la falta de sensibilidad del trasplante de una cara congelada, aunque se están produciendo avances en este terreno. Existe también la tentación del paciente de abandonar el tratamiento inmunosupresor, necesariamente intenso y cargado de efectos colaterales, y la rehabilitación postoperatoria, que requiere mucho tiempo. Además, están los problemas de quien había incubado expectativas irreales; también este campo está empezando a tener solución con los programas de trasplante facial virtual iniciados en Londres. Es imprescindible efectuar una preselección de pacientes capaces psicológicamente de soportar semejante operación.

Además de los problemas técnicos existen los éticos. Es necesario obtener un consentimiento informado muy claro y expreso por parte del receptor, por lo que hay que presentarle una correcta cuenta de riesgos y beneficios, lo cual es casi imposible mientras no haya suficiente experiencia. Hay que juzgar si la motivación del trasplante es realmente reconstructiva o simplemente cosmética, dilucidar hasta que punto es aceptable reducir (por inmunosupresión o rechazo) la expectativa de vida a cambio de una mejora, ciertamente cuestionable, de su calidad. El trasplante de rostro puede ser una opción para restaurar caras gravemente desfiguradas de pacientes que hayan agotado todos los medios convencionales de reconstrucción, y puede permitir que los pacientes se reintegren a la sociedad.

Con las actuales técnicas microquirúrgicas, tomando tejido del propio paciente, se pueden resolver la mayoría de los problemas que se presentan en la clínica, con la ventaja de no necesitar terapia inmunosupresora. Hay un aspecto muy importante: el impacto psicológico de la donación en los familiares del donante y de ver la cara del fallecido en otra persona, ya que son los parientes del donante los que deciden si se le extraen los tejidos faciales antes de desconectarlo de la máquina que le mantiene con vida de forma artificial, dado que el donante presumiblemente era una persona con muerte cerebral. Como siempre será importante una abundante investigación preclínica. El futuro definirá qué pacientes se beneficiarán de los trasplantes de cara, una vez que se demuestre que su resultado es lo suficientemente bueno para justificar la terapia inmunosupresora de por vida y afrontar las posibles complicaciones tanto físicas como psicológicas, pero indudablemente su avance es imparable, por lo que parece conveniente contemplarlo en el futuro Código.

Se propone la siguiente redacción para un nuevo apartado en el Artículo 28: *“En tanto el trasplante facial no se dote de la suficiente experiencia clínica, los médicos que los realicen están obligados a informar al paciente receptor y a los familiares del donante, de forma clara e inteligible, de su carácter controvertido. El proceso de consentimiento informado ha de ser exquisito y riguroso. No es ético realizar un trasplante facial sin una rigurosa selección previa basada en componentes psicológicos y sin un objetivo inequívocamente reparador.*

V.3.11. Sobre publicación de la investigación médica

Podrían incluirse en el Capítulo XV las siguientes especificaciones:

Los autores tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación de los resultados de su investigación. Tienen el deber de poner a disposición del público los resultados de su investigación en seres humanos y son responsables de la integridad y exactitud de sus informes. Se deben publicar tanto los resultados negativos e inconclusos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y conflictos de intereses.

V.3.12. Sobre la investigación y utilización terapéutica de embriones humanos.

Corresponde colocarlo en el Capítulo IX.

El médico debe estar abiertamente a favor de la investigación, fundamento del progreso de la Medicina, con tal de que sea verdaderamente humana. Lo es si cumple los requisitos que le imponen tanto la Declaración de Helsinki, de la Asociación Médica Mundial, que orienta científicamente y éticamente a los médicos en sus investigaciones en seres humanos, así como el Convenio de Oviedo, del Consejo de Europa, que protege los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina, que fue unánimemente ratificado por nuestro parlamento y que es norma de máximo rango en nuestro Derecho.

Es muy alto el costo ético que implica la selección genética de embriones para obtener un donante histocompatible que pueda curar a un hermano enfermo. La existencia de esos embriones queda condicionada a que sirvan o no para ese fin. De un lado, el daño que así se causa supera en mucho el beneficio que se busca, pues, por intentar salvar una vida, se sacrifican de ordinario de diez a veinte o más, entre ellas las de los embriones sanos desechados por ser incompatibles. De otro lado, aún cuando la curación del enfermo se alcanzara, se correría el riesgo de producir un daño psicológico y ético incalculable: tanto al niño curado, si llegara a conocer el exorbitante precio que se ha pagado por su vida, como al niño donante, consciente de que debe su vida en exclusiva al doble azar genético de estar libre de la enfermedad hereditaria y de ser compatible con su hermano. Entre hermanos así pueden crearse relaciones de dependencia anormales.

Es comprensible y conmovedora la aspiración de los padres a remediar las enfermedades genéticas de sus hijos. Pero, en una sociedad sana, se ha de dar prioridad a las alternativas que ni atentan contra la dignidad humana, ni reducen a ningún ser humano a la condición de medio para alcanzar un fin por noble y justificado que parezca. Una de esas prioridades ha sido la creación de bancos de sangre de cordón umbilical.

La investigación destructiva, que reduce los embriones humanos a cosas consumibles es incompatible con el respeto mínimo exigido por el sujeto humano en experimentación biomédica. No hay objetivos de investigación tan valiosos que puedan alcanzarse legítimamente a costa de vidas humanas. Así lo declaró el Código de Nuremberg, lo afirma la Declaración de Helsinki y nos lo impone el Convenio relativo a los Derechos Humanos y a la Biomedicina, que, en su Artículo 2, proclama la primacía del ser humano al decir que “*el interés y el bienestar del ser humano deberán prevalecer sobre el interés exclusivo de la sociedad y de la ciencia*”.

Las promesas que algunos científicos han anunciado y muchos medios de comunicación han divulgado y divulgan sobre el potencial terapéutico de las células madre embrionarias se apoyan en ilusiones y hasta el momento se han quedado sólo en un potencial carente de datos científicos sólidos y probados, mientras la investigación sobre células madre adultas avanza a pasos agigantados y ya ha obtenidos curaciones clínicas.

El médico, en el terreno de la investigación, debe inspirarse en criterios de justicia y equidad, profundizando en los problemas de la distribución de los recursos sanitarios, analizando lo que cuestan y lo que proporcionan las diferentes intervenciones sanitarias, y ayudando a determinar las prioridades terapéuticas, en especial para las enfermedades que afectan a sectores muy numerosos de la población especialmente, sin olvidar las llamadas enfermedades raras.

A pesar de que la ley española regula la clonación¹¹⁵, parece conveniente un Artículo con esta posible redacción: “*Son contrarias a la ética: 1) la comercialización, tráfico y uso industrial de embriones humanos y sus células; 2) cualquier tipo de selección eugenésica de embriones humanos; 3) utilizar embriones con fines cosméticos o semejantes; 4) la fusión de embriones entre sí o cualquier otro procedimiento dirigido a producir quimeras; 5) el intercambio genético humano, o recombinado con otras especies, para la producción de híbridos; 6) la transferencia de gametos o embriones humanos en el útero de otra especie animal, o la operación inversa; 7) la ectogénesis o creación de un ser humano individualizado en el laboratorio; 8) la clonación humana con finalidades reproductivas; 9) la creación de nuevos embriones con finalidades de experimentación*”.

V.3.13. Sobre la gestión clínica y las relaciones con las compañías de seguro sanitario

Podría colocarse en el Capítulo XIII.

En un nuevo entorno laboral, caracterizado por el sostenido aumento del costo de la salud, se han establecido nuevos mecanismos de control, incluyendo pago por adelantado, grupos relacionados con el diagnóstico, revisiones de utilización, acuerdos de proveedor preferido y diversas formas de medicina gestionada. Estos mecanismos a menudo condicionan y reducen la fidelidad del médico hacia el paciente a través de una mezcla de incentivos y medidas disuasorias, que a veces ponen el interés del médico en conflicto con el mejor interés del paciente, produciendo serios conflictos éticos, además de conflictos de fidelidad. Todos estos arreglos crean en el médico un incentivo para limitar la atención a los pacientes, situación al menos en principio muy preocupante. El paciente está en una posición muy diferente cuando el médico tiene incentivos para restringir los tratamientos necesarios que cuando el médico tiene incentivos para ofrecer los tratamientos innecesarios. En la última situación, los pacientes pueden obtener otra opinión. En la primera, los pacientes pueden ignorar la necesidad de un tratamiento porque nadie se lo ha recomendado.

La situación se ha plasmado en la gestión clínica. De una parte, el médico tiene su obligación de cuidado clínico y, por tanto, de buscar lo mejor para su paciente, y de otra su condición de gestor de recursos, y la necesidad de que mire por el control del gasto. El papel que deben desempeñar los médicos ahora es doble: de médico y de gestor.

Hay al menos dos aspectos que son relevantes: el problema de la doble lealtad, generado por la presencia de terceros pagadores, y de cómo los conflictos de intereses que de ello surgen debilitan el modelo hipocrático al enfrentarlo a la ética corporativa, y por otra parte la necesidad de que el médico asuma su responsabilidad en la distribución de recursos, como estrategia para conservar su autonomía, pero a la vez la necesidad que esto implica de renegociar el contrato entre la profesión y la sociedad.

Cualquier mecanismo de distribución de recursos genera el problema de la doble lealtad; la única posibilidad de recuperar la lealtad del médico exclusivamente con el paciente es volviendo a la responsabilidad del paciente por la totalidad del costo de la atención, y es obvio que eso no va a ocurrir. La doble lealtad no es pues un problema generado exclusivamente por el asegurador, sino también por cualquier mecanismo de dispersión de riesgos y costos financieros, cualquiera que sea su escala.

Si el médico es quien finalmente determina cómo se utiliza gran parte de los presupuestos para salud, y si los individuos ya no llegan al médico por su propia cuenta sino amparados por un tercero pagador, es claro que el médico tiene hoy en día la obligación de hacer una utilización racional de los recursos; si no lo hace, los terceros pagadores lo harán por él: lo presionarán a seguir protocolos, lo someterán a revisión por pares o a segundas opiniones, o finalmente lo obligarán a asumir riesgo financiero bajo contratos de capacitación u otros incentivos monetarios. Ello supone inevitablemente tomar decisiones trágicas; restringir el acceso de unos para permitir un mejor acceso a otros, y de este modo contribuir a que los recursos sean usados de manera eficiente sin necesidad de tener un supervisor que le coarta su autonomía a base de desautorizaciones y órdenes incuestionables. La sociedad debe entender que si espera que sus médicos siempre busquen el beneficio del paciente sin importar el costo, estarán generando un resultado subóptimo en la utilización de los recursos para salud (Ortiz-Pommier A, 2004)¹¹⁶.

Mucho es lo que se habla en los últimos tiempos de la pérdida de confianza de la sociedad en la figura del médico y en general en la profesión médica. ¿Qué es de verdad lo que ha sucedido, que se ha transformado en una paradoja? Mientras mayor ha sido el desarrollo de la tecnología y la capacidad de la Medicina para resolver algunos problemas de salud, mayor es su situación de desprestigio. ¿Cuál es en realidad el verdadero privilegio que los médicos sienten que han perdido?: el privilegio perdido ha sido la confianza. Hay quienes sostienen que todavía la Medicina es la profesión más valorada por la población en los países europeos y en muchos otros del mundo entero, y que por tanto la opinión negativa de los ciudadanos se dirige más al sistema sanitario que a los médicos, por no haber cumplido con el objetivo de colocar al paciente en el centro del sistema, burocratizar el sistema, favorecer la falta de información, la generación de listas de espera y la saturación de los servicios de urgencia.

Se propone añadir el siguiente Artículo: *El médico que desempeña un cargo directivo en la administración pública o privada o instituciones sin fines de lucro, está obligado a respetar la ética profesional y velar por el cumplimiento de lo establecido en este Código. Sus obligaciones con el Estado y con la institución no lo eximen de sus deberes éticos con sus colegas y pacientes. Debe respetarse siempre el derecho de interpelación a los directivos por parte de otros directivos o por cualquier miembro del Colegio.*

V.3.14. Sobre el trato con pacientes en circunstancias especiales

Podría colocarse en el artículo 37.

No todos los pacientes son iguales, ni para el médico generalista ni para el especialista, lo cual además depende de las circunstancias concretas en un momento determinado de ambos actores, médico y paciente, lo cual requiere un tacto especial y una comunicación fluida para confluir en la relación eficiente (Collazo E, 2008)¹¹⁷. Las habilidades de comunicación y las virtudes que el médico debe ejercer de forma constante en la diaria labor asistencial son elementos fundamentales de la relación médico-enfermo, especialmente en casos cronicados y problemáticos (Collazo E, 2008)^{118, 119}.

Durante la conversación con el paciente violento, el médico debe evitar la contra agresividad por todos los medios disponibles; aparentar calma y control de la situación; hablar suavemente, sin provocar al paciente ni emitir juicios sobre él; intentar que el paciente y él mismo permanezcan sentados; no acercarse demasiado al enfermo; evitar mantener la mirada distante o fija en éste; escucharle atentamente; si empieza a hablar; dar la impresión, especialmente con los pacientes con trastornos de personalidad, de que es capaz de ponerse en su lugar; y reconocer los signos que predisponen a la violencia al paciente: su forma de andar, la repetición de la misma palabra o frase, o cualquier otro signo de advertencia.

Teniendo en cuenta que la agresividad al personal sanitario va en aumento, se propone añadir el siguiente párrafo: *El medico requerido para examinar o tratar un paciente violento no tiene obligación de ponerse en peligro, ni a otro personal sanitario, pero debería intentar persuadir al paciente para que permita su examen y el tratamiento necesario. En cumplimiento del deber de protección, en caso de agresión, la empresa o la administración deben garantizar la seguridad y salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo; debe ser la dirección del centro sanitario quien realice la presentación de la demanda para que se pueda salvaguardar la intimidad del médico agredido.*

V.3.15. Sobre los test genéticos

Se podría colocar en un Capítulo nuevo. La predicción genética se está convirtiendo en un problema importante, derivando hacia un comportamiento eugenésico, fundamentalmente porque se olvida con gran frecuencia que somos mucho más que la suma de nuestros genes. Aunque más pruebas prenatales puedan emocionar a los científicos, hay un grave peligro: que la excesiva facilidad y simplicidad de las pruebas vuelvan las decisiones de vida o muerte muy fáciles de adoptar. Preocupaciones de eugenesia o de salud pública no pueden justificar ningún homicidio, aunque fuera ordenado por las propias autoridades.

Se propone la siguiente redacción:

No es ético utilizar una muestra biológica para realizar un análisis distinto al fin para el que se había obtenido el consentimiento. Si, por necesidad, hubiese que disponer de una muestra biológica obtenida con otro fin para realizar un análisis genético será imprescindible obtener el consentimiento. Si se hubiese dado el consentimiento para que la muestra se utilice para trabajos de investigación se tomarán las debidas precauciones para

conservar el anonimato de la muestra, realizando, por ejemplo, una disociación entre los datos de origen y la muestra utilizada con finalidad distinta.

Una muestra biológica obtenida para realizar una identificación a partir de las regiones hipervariables del genoma no se podrá utilizar para análisis del ADN codificante. En la identificación de personas será preferible partir inicialmente del ADN mitocondrial, que establece únicamente la relación de parentesco maternal.

Sólo se deban realizar pruebas de investigación de paternidad y maternidad cuando conste el consentimiento de todas las partes implicadas. Las muestras que no se hayan obtenido lícitamente, que no estén indubitadamente identificadas o no cuenten con el consentimiento informado de las personas implicadas deben destruirse.

A la hora de autorizar, ejecutar, interpretar o revelar los resultados de un análisis se tendrá muy en cuenta que la información que revela el ADN no sólo es propiedad del donante de la muestra analizada, sino que es compartida con otros miembros de la familia y que dicha información afecta a derechos fundamentales de las personas implicadas, muchas veces a menores o al cónyuge. Por ello los informes deben ser redactados e interpretados por personal médico especializado en estas materias.

El médico tiene derecho a acogerse a la objeción de conciencia si fuese obligado a realizar pruebas genéticas preimplantación en embriones si a su juicio las pruebas tienen una finalidad que su conciencia rechaza.

V.3.16. Sobre el dopaje deportivo

El dopaje deportivo es la culminación de una medicina de los resultados, pero no es sólo un problema del deporte de alta competición, pese a que son esos casos los que acaparan la atención de los medios de comunicación y llegan a la opinión pública; parece conveniente desarrollar una estrategia transversal que sirva de pauta y referencia para la élite y el conjunto de los deportistas.

Resulta difícil de explicar la aparición del dopaje sin la intervención médica. Se trata de un problema ético del médico que pone sus conocimientos al servicio de un objetivo que nada tiene que ver con la salud del paciente. Es necesario que el médico se oponga a intervenir en actividades que tengan que ver con el dopaje; existe la obligación ética de denunciar esta práctica.

El punto de vista deontológico prohíbe que se tenga en cuenta, en el diagnóstico o en el tratamiento, toda consideración vinculada a un imperativo de resultado. En efecto, la ética médica condena todo acto dictado por un interés o una presión que no respondan a una preocupación por la salud.

Se debe castigar severamente a los médicos que estén implicados en el dopaje, ya que constituye una violación inequívoca de la ética médica y no es de recibo poner en riesgo la salud de nadie; además, constituye un delito al existir una Ley de Protección de la Salud y Lucha contra el Dopaje en el Deporte.

El médico siempre puede, según su leal saber y entender, negarse a participar en y denunciar las consecuencias de los ritmos de vida derivados del imperativo de rendimiento.

Aportar un mayor bienestar a los pacientes presupone también una educación acerca de modos de vida no traumatizantes. Al médico le incumbe la responsabilidad de informar sobre el origen de las patologías. Y, lo que hace sin rodeos tratándose de un exceso de peso o de una patología resultante del consumo de tabaco o de alcohol, debería poder hacerlo a propósito de la dimensión mortífera de la práctica de los deportes.

Se propone añadir un Capítulo nuevo con los siguientes párrafos:

Es falta grave contra la ética propiciar cualquier forma de dependencia a drogas, proporcionando o prescribiendo drogas, estupefacientes o alucinógenos a las personas adictas con propósito de lucro o por condescendencia, incluido el caso de los deportistas.

El médico está obligado a informar a los deportistas de los efectos perjudiciales que los diferentes procedimientos de dopaje conllevan. No podrán dar nunca por aceptable esa conducta antiética en sus colegas, sino que está obligado a denunciarlos ante las instancias colegiales.

La valoración de idoneidad para la práctica del deporte debe basarse en criterios de cuidado de la salud y de la integridad física y psíquica del sujeto. Debe informarle acerca de los riesgos eventuales que puede ocasionarle una actividad deportiva concreta.

V.3.17. Sobre el médico docente

Se podría colocar en un Capítulo nuevo, añadiendo el siguiente Artículo.

El médico con años de práctica tiene una responsabilidad profesional y personal con sus colegas jóvenes y los estudiantes de Medicina. Debe enseñar a los médicos en formación los valores profesionales correctos y el comportamiento indispensable para tratar con otros. No se deben delegar en los médicos en formación tareas para las que no son totalmente competentes, excepto bajo supervisión directa, ni olvidar que la responsabilidad última de los actos realizados corresponde a quien es garante del entrenamiento.

La elevada responsabilidad asignada a los docentes, de contribuir a la formación integral de los futuros médicos, justifica el que deban satisfacer los requerimientos de orden ético en el mayor grado posible. El ejercicio de la docencia médica, en todos sus niveles, exige como cualidades fundamentales: moral, ética, aptitud, conocimientos, experiencia, justicia y capacidad para deliberar y reflexionar sin precipitación ni apasionamiento.

El médico docente, en el ámbito de la libertad de cátedra, debe tener fortaleza para rechazar imposiciones o autoritarismos de cualquier índole, especialmente los que contravengan la ética médica. El médico docente debe rechazar cualquier acción que pudiera inducir a cometer irregularidades académicas o administrativas contra la ética.

El médico docente debe ser concreto en el desarrollo de los programas, transmitiendo los conocimientos comprobados por la experiencia y la investigación, aceptados en el consenso universal e informar sobre los avances de la investigación en puntos aún no resueltos, alentando a sus colaboradores y alumnos, para que contribuyan mediante comunicaciones científicas, al mayor desarrollo y avance de la medicina.

El docente tiene el deber de inculcar a sus discípulos el debido interés por las disciplinas de orden humanístico y científico, ya que el progreso de la Medicina exige un elevado nivel cultural. Quien se dedica a la docencia debe desarrollar las habilidades, actitudes y prácticas de un profesor competente.

Cualquier personal relacionado con la salud, incluidos los estudiantes, debe ser tratado con respeto y dignidad. Los estudiantes de Medicina deben conocer y practicar las normas éticas de este Código. En presencia de pacientes o de personal no médico hay que evitar corregir a otros en lo relativo a la práctica médica; esto es válido tanto para el médico jefe como para sus subalternos y también en los hospitales.

El médico docente debe tener en cuenta que, en la práctica, todo juicio clínico incorpora un elemento de orden ético. Con elevada frecuencia, en un paciente determinado, el elemento de orden ético excede en importancia los aspectos técnico y científico, aún teniendo en cuenta que para actuar éticamente es preciso contar previamente con esos conocimientos.

V.4. Modelo final con las modificaciones propuestas

Teniendo en cuenta los apartados anteriores, se propone la siguiente redacción para el futuro Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial de España.

CAPITULO I.- DEFINICIÓN Y AMBITO DE APLICACIÓN

Artículo 1

1. La deontología médica es el conjunto de principios y reglas éticas que han de inspirar y guiar la conducta profesional del médico.

Artículo 2.

1. Los deberes que impone este Código, en tanto que sancionados por una Entidad de Derecho Público, obligan a todos los médicos en el ejercicio de su profesión, cualquiera que sea la modalidad en que la practiquen.

2. El incumplimiento de alguna de las normas de este Código supone incurrir en falta disciplinaria tipificada en los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial, cuya corrección se hará a través del procedimiento normativo en ellos establecido, siendo independientes de las que son juzgadas y sancionadas de acuerdo a las leyes civiles, penales y disposiciones administrativas, por las autoridades competentes.

3. Las Sociedades Profesionales inscritas en el Registro del Colegio están sometidas al mismo régimen disciplinario.

Artículo 3.

1. La Organización Médica Colegial asume como uno de sus objetivos primordiales la promoción y desarrollo de la Deontología profesional. Dedicará atención preferente a difundir los preceptos de este Código y se obliga a velar por su cumplimiento. Los médicos no están obligados a cumplir las normas de salud que no respeten los preceptos de este Código y si se le obligara deberá denunciarlo por escrito a su Colegio.

CAPITULO II.- PRINCIPIOS GENERALES

Artículo 4.

1. La profesión médica está al servicio del hombre y de la sociedad. En consecuencia, respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad, son los deberes primordiales del médico.
2. El médico debe atender con la misma diligencia y solicitud a todos los pacientes, sin discriminación alguna.
3. La principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de éste debe anteponerse a cualquier otra conveniencia. En ningún caso el médico puede rechazar la asistencia por miedo a que la enfermedad del paciente le suponga un riesgo personal. Deberá poner los medios a su alcance para minimizar los riesgos antes de iniciar el tratamiento.
4. El médico nunca perjudicará intencionadamente al paciente ni le atenderá con negligencia. Evitará también cualquier demora injustificada en su asistencia.

Artículo 5.

1. Todo médico, cualquiera que sea su especialidad o la modalidad de su ejercicio, debe prestar ayuda de urgencia al enfermo o al accidentado.
2. En situaciones de catástrofe, epidemia o grave riesgo para el médico, éste no puede abandonar a sus enfermos, salvo que fuere obligado a hacerlo por la autoridad competente. Se presentará voluntariamente a colaborar en las tareas de auxilio sanitario.
3. En caso de huelga, el médico no queda exento de sus obligaciones éticas hacia sus pacientes a quienes debe asegurar los cuidados urgentes e inaplazables, sin menoscabo de la obligación y responsabilidad de la Administración o de la empresa sanitaria de planificar y asegurar la debida asistencia sanitaria en estos casos.

Artículo 6.

1. El médico ha de ser consciente de sus deberes profesionales para con la comunidad. Está obligado a procurar la mayor eficacia de su trabajo y el rendimiento óptimo de los medios que la sociedad pone a su disposición. Se entiende por acto médico toda actividad lícita, desarrollada por un profesional médico, legítimamente capacitado, sea en su aspecto docente, asistencial, investigador u otras, conducente a la curación de una enfermedad, al alivio de un padecimiento o a la promoción integral de la salud; se incluyen, por tanto, actos diagnósticos, curativos, de alivio del dolor, la preservación y promoción de la salud, por medios directos e indirectos.
2. Siendo el sistema sanitario el instrumento principal de la sociedad para la atención y promoción de la salud, los médicos han de velar para que en él se den los requisitos de calidad, suficiencia asistencial y mantenimiento de los principios éticos. Están obligados a denunciar las deficiencias, en tanto puedan afectar a la correcta atención de los pacientes.

CAPITULO III. RELACIONES DEL MEDICO CON SUS PACIENTES

Artículo 7

1. La eficacia de la asistencia médica exige una plena relación de confianza entre médico y paciente. Ello presupone el respeto del derecho de éste a elegir o cambiar de médico o de centro sanitario. Individualmente los médicos han de facilitar el ejercicio de este derecho e institucionalmente procurarán armonizarlo con las previsiones y necesidades derivadas de la ordenación sanitaria.
2. Es un deber deontológico para ejercer la Medicina en España, tanto en el ámbito de la Sanidad pública, como de la privada, poseer un conocimiento suficiente de la lengua

española, que le permita ejercer con seguridad y garantías; y que permita al enfermo comunicar sus padecimientos y problemas con la certeza de que son bien comprendidos e interpretados y poder así recibir del médico los consejos y la información que el acto médico exige.

3. El médico debe cuidar su forma de vestir y su conducta durante los actos propios de la profesión de forma que no obstaculice la plena confianza del paciente.

Artículo 8

1. En el ejercicio de su profesión el médico respetará las convicciones de sus pacientes y se abstendrá de imponerles las propias.

2. El médico actuará siempre con corrección y respetará con delicadeza la intimidad de su paciente. En todo acto médico debe facilitar el uso de los medios apropiados que conduzcan al respeto del pudor, de las emociones y de la intimidad del cuerpo del paciente. El comportamiento falto de dignidad y respeto hacia el paciente o sus familiares es inaceptable. El médico nunca debe usar su posición con el fin de establecer una relación de naturaleza abusiva, sexual o emocional.

Artículo 9

1. Cuando el médico acepta atender a un paciente se compromete a asegurarle la continuidad de sus servicios, que podrá suspender si llegará al convencimiento de no existir hacia él la necesaria confianza. Advertirá entonces de ello con la debida antelación al paciente o a sus familiares y facilitará que otro médico, el cual transmitirá toda la información necesaria, se haga cargo del paciente.

2. El médico ha de respetar el derecho del paciente a rechazar total o parcialmente una prueba diagnóstica o el tratamiento. Deberá informarle de manera comprensible de las consecuencias que puedan derivarse de su negativa.

3. Si el paciente exigiera del médico un procedimiento que éste, por razones científicas o éticas, juzga inadecuado o inaceptable, el médico, tras informarle debidamente, queda dispensado de actuar.

4. El médico podrá comunicar al Colegio de Médicos su condición de objetor de conciencia a los efectos que considere procedentes, especialmente si dicha condición le produce conflictos de tipo administrativo o en su ejercicio profesional. El Colegio le prestará el asesoramiento y la ayuda necesaria.

5. El médico en ningún caso abandonará al paciente que necesitara su atención por intento de suicidio, huelga de hambre o rechazo de algún tratamiento. Respetará la libertad de los pacientes competentes. Tratará y protegerá la vida de todos los aquellos que sean incapaces, pudiendo solicitar la intervención judicial, cuando sea necesario.

6. El médico debe implicarse en la prevención, cura y reinserción social de las personas con dependencia de sustancias, utilizando los apoyos técnicos y humanos para ayudarle a superar la situación de dependencia, en colaboración con la familia y las organizaciones sanitarias y sociales que se ocupan de estas situaciones.

Artículo 10.

1. Los pacientes tienen derecho a recibir información sobre su enfermedad y el médico debe esforzarse en dársela con delicadeza y de manera que pueda comprenderla. Respetará la decisión del paciente de no ser informado y comunicará entonces los extremos oportunos al familiar o allegado que haya designado para tal fin, excepto en casos de conflicto ético en los que se encuentren involucradas terceras personas.

2. Un elemento esencial de la información debida al paciente es darle a conocer la identidad del médico que en cada momento le está atendiendo.

3. El trabajo en equipo no impedirá que el paciente conozca cual es el médico responsable de la atención que se le presta y que será su interlocutor principal ante el equipo asistencial.
4. Cuando las medidas propuestas supongan para el paciente un riesgo significativo el médico le proporcionará información suficiente y ponderada a fin de obtener, preferentemente por escrito, el consentimiento específico imprescindible para practicarlas. No es ético a utilizar el consentimiento informado como un arma defensiva frente a hipotéticas reclamaciones por parte de pacientes.
5. Si el enfermo no estuviese en condiciones de dar su consentimiento por ser menor de edad, estar incapacitado o por la urgencia de la situación, y resultase imposible obtenerlo de su familia o representante legal, el médico deberá prestar los cuidados que le dicte su conciencia profesional para respetar la vida humana y la dignidad de la persona.
6. La opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y su grado de madurez. El concepto de menor maduro no implica la eliminación de la intervención de los padres como garantes de su salud. Aún en las situaciones en las que el menor sea considerado maduro por el médico y por tanto con capacidad de decidir, los padres o tutores legales deben ser informados sobre el acto médico que se pretende llevar a cabo y recabar su consentimiento.
7. El médico tiene la obligación legal de informar siempre a los padres del menor en caso de actuaciones de grave riesgo para la salud, en casos de aborto y esterilización, en la práctica de ensayos clínicos, la práctica de reproducción humana asistida y otras, así como de obtener su consentimiento previo.
8. Cuando los responsables de un paciente incapacitado o menor rechacen, aunque sea por razones de conciencia, un tratamiento que los conocimientos médicos reconozcan como válido y necesario para su vida, el médico, en caso de urgencia, debe prescindir del consentimiento.
9. El médico debe poner inmediatamente los medios adecuados para solucionar, si fuera posible, las lesiones indebidas sufridas por un paciente como consecuencia de la asistencia recibida. Debería pedir disculpas y ofrecerle una explicación clara, honesta, constructiva y adecuada lo que sucedió y de sus consecuencias. El médico no debe permitir que las quejas de un paciente afecten negativamente la atención que debe proporcionarle.

Artículo 10 bis

1. El médico no pueda éticamente poner dificultades a la realización práctica de la segunda opinión médica, sino que deberá facilitar su ejercicio, transmitiendo al segundo consultor lo antes posible la documentación necesaria para que pueda elaborar el parecer que se le solicita.
2. En ningún caso se podrá producir, de resultas de discrepancias, una suspensión de los cuidados que el paciente ha de recibir. Compete al consultor originario prestar esa atención hasta que otro colega se haga cargo del paciente.
3. Deberá tenerse como contraria a la ética cualquier solicitud de segunda opinión médica no autorizada por el paciente capaz o, si no disfrutara de capacidad legal, por su representante legítimo. Constituiría de otro modo una invasión indebida de la intimidad del paciente.

Artículo 11.

1. Es derecho del paciente obtener un certificado médico o informe realizado por el médico que le ha atendido, relativo a su estado de salud o enfermedad o sobre la asistencia prestada. Su contenido será auténtico y veraz y será entregado únicamente al paciente o a la persona por él autorizada.
2. El médico certificará sólo a petición del paciente, de su representante legalmente autorizado o por imperativo legal. Especificará qué datos y observaciones ha hecho por sí mismo y cuáles

ha conocido por referencia. Si del contenido del dictamen pudiera derivarse algún perjuicio para el paciente, el médico deberá advertírselo.

3. El médico no debe expedir un certificado a familiares o personas que están bajo su dependencia civil.

4. La emisión por parte del médico que atiende habitualmente a un paciente, de certificados o informes médicos a una compañía de seguros, requiere consentimiento informado y expreso de éste. Si el médico realiza el reconocimiento del paciente por encargo de la compañía seguros, deberá informar al paciente, antes de actuar, del título en virtud del cual actúa, y de que su informe y conclusiones se entregarán a la aseguradora.

5. El deber deontológico de colaborar en los estudios de auditorías económica y de gestión, no obliga al médico a remitir a las aseguradoras médicas el informe clínico y los datos de identificación del paciente como medio de prueba del acto médico realizado, para avalar y documentar la facturación presentada por su ejercicio profesional.

6. Como principio general, la autocertificación se ha de tener como contraria a la ética profesional. Están ética y legalmente prohibidos los certificados médicos de complacencia.

7. El médico no está obligado a expedir un certificado si la falta de pruebas o de datos, o la carencia de una competencia específica, no le permiten afirmar los hechos que habrían de ser acreditados.

8. No se deben incluir en los certificados o informes médicos valoraciones de los hechos constatado, ni valoraciones críticas sobre la actuación de los profesionales que han intervenido. En un certificado médico están fuera de lugar las expresiones que pudieran desacreditar o desprestigiar a otros médicos.

Artículo 12.

1. El consultorio médico deberá ser acorde con el respeto debido al enfermo y contará con los medios adecuados para los fines que ha de cumplir.

2. Es falta de ética del médico ofrecer en venta medicamentos u otros productos de uso terapéutico o sugerir a sus pacientes que los adquieran en determinadas farmacias o establecimientos, salvo casos especiales que el Colegio de Médicos deberá autorizar expresamente.

Artículo 13

1. Los actos médicos quedarán registrados en la correspondiente historia clínica. El médico tiene el deber y el derecho de redactarla.

2. El médico y, en su caso, la institución para la que trabaja, están obligados a conservar, las historias clínicas y los elementos materiales de diagnóstico. En caso de no continuar con su conservación por transcurso del tiempo podrá destruir el material citado que no se considere relevante, sin perjuicio de lo que disponga la legislación especial. En caso de duda deberá consultar a la Comisión de Deontología del Colegio.

3. Cuando un médico cesa en su trabajo privado su archivo podrá ser transferido al colega que le suceda, salvo que los pacientes manifiesten su voluntad en contra. Cuando no tenga lugar tal sucesión, el archivo deberá ser destruido, de acuerdo con lo dispuesto en el apartado anterior.

4. Las historias clínicas se redactan y conservan para la asistencia del paciente u otra finalidad que cumpla las reglas del secreto médico y cuente con la autorización del médico y del paciente. Los padres, como legítimos representantes y responsables legales y morales de los actos del menor, tienen derecho de acceso a la información contenida en la historia, pero no como si fuese su propia historia.

5. El análisis científico y estadístico de los datos contenidos en las historias y la presentación con fines docentes de algunos casos concretos pueden proporcionar informaciones muy

valiosas, por lo que su publicación y uso son conformes a la deontología, siempre que se respete rigurosamente la confidencialidad y el derecho a la intimidad de los pacientes.

6. El médico está obligado, a solicitud y en beneficio del paciente, a proporcionar a otro colega los datos necesarios para completar el diagnóstico, así como a facilitarle el examen de las pruebas realizadas.

CAPITULO IV.- SECRETO PROFESIONAL DEL MEDICO

Artículo 14.

1. El secreto médico es inherente al ejercicio de la profesión y se establece como un derecho del paciente a salvaguardar su intimidad ante terceros.

2. El secreto profesional obliga a todos los médicos cualesquiera que sea la modalidad de su ejercicio. El hecho de ser médico no confiere por si mismo el derecho a conocer información confidencial de un paciente. Para acceder a información de las historias clínicas para la realización de investigación médica en sentido clásico se requiere el adecuado consentimiento del paciente.

3. El médico guardará secreto de todo lo que el paciente le haya confiado y de lo que de él haya conocido en el ejercicio de la profesión.

4. La muerte del paciente no exime al médico del deber del secreto.

Artículo 15

1. El médico tiene el deber de exigir a sus colaboradores discreción y observancia escrupulosa del secreto profesional. Ha de hacerles saber que ellos también están obligados a guardarlo.

2. En el ejercicio de la Medicina en equipo, cada médico es responsable de la totalidad del secreto. Los directivos de la institución tienen el deber de facilitar los medios necesarios para que esto sea posible.

Artículo 16.

1. Con discreción, exclusivamente ante quien tenga que hacerlo, en sus justos y restringidos límites y, si lo estimara necesario, solicitando el asesoramiento del Colegio, el médico podrá revelar el secreto en los siguientes casos:

a. Por imperativo legal.

b. En las enfermedades de declaración obligatoria.

c. En las certificaciones de nacimiento y defunción.

d. Si con su silencio diera lugar a un perjuicio al propio paciente o a otras personas; o a un peligro colectivo.

e. Cuando se vea injustamente perjudicado por causa del mantenimiento del secreto de un paciente y éste permite tal situación.

f. Cuando comparezca como denunciado ante el Colegio o sea llamado a testimoniar en materia disciplinaria.

g. Cuando el paciente lo autorice. Sin embargo, esta autorización no debe perjudicar la discreción del médico, que procurará siempre mantener la confianza social hacia su confidencialidad.

2. Siempre que el médico sea llamado para tratar a un paciente, y verifique que es víctima de abuso, maltrato, o acciones malévolas, debe tomar las precauciones adecuadas para protegerlo, habitualmente comunicándolo a las autoridades policiales o al organismo social competente.

3. Cuando el médico sea requerido por la justicia para testificar en relación a un paciente en materias que conoce gracias a su profesión, tiene que dar a conocer al juez que éticamente está obligado a guardar el secreto profesional y pedirle que le exima de testificar.

4. Para facilitar información a los medios de comunicación sobre pacientes individuales que ingresan en un hospital con ocasión de accidentes o catástrofes, o sean personajes públicos, no sólo deberá contarse con la autorización del paciente, sino que no deberán ofrecerse evaluaciones diagnósticas o pronósticas sin el conocimiento y autorización del médico responsable del paciente.

5. Las cautelas deben extremarse cuando las cámaras de televisión acuden al escenario de un accidente o entran en las áreas de urgencia o en las salas de un hospital. Los médicos responsables o los directores de las instituciones sanitarias deberán oponerse con la energía necesaria a que, en esas circunstancias tan sensibles y especiales, pueda sufrir menoscabo la intimidad de los pacientes y sus allegados o se falte al respeto que se debe a los profesionales que les atienden.

Artículo 17.

1. Los sistemas de informatización médica no comprometerán el derecho del paciente a la intimidad.

2. Los sistemas de informatización utilizados en las instituciones sanitarias mantendrán una estricta separación entre la documentación clínica y la documentación administrativa.

3. Los bancos de datos sanitarios extraídos de historias clínicas estarán bajo la responsabilidad de un médico

4. Los bancos de datos médicos no pueden ser conectados a una red informática no médica.

5. El médico podrá cooperar en estudios de auditoria (epidemiológica, económica, de gestión...), con la condición expresa de que la información en ellos utilizada no permita identificar ni directa ni indirectamente, a ningún paciente en particular.

6. Los profesionales sanitarios y no sanitarios que, por el desempeño de sus funciones, tienen contacto con la documentación clínica informatizada, están obligados a guardar el secreto profesional sobre esa información y sus claves de acceso; esta exigencia se mantendrá aunque se extinga el vínculo profesional. Igualmente, son responsables de la custodia y protección de la confidencialidad de dicha información.

7. Nadie, excepto el personal sanitario encargado de la atención asistencial de un paciente, podrá tener acceso a los datos completos de su historia clínica, ya que exclusivamente a ellos ha dado permiso el paciente.

CAPITULO V.- CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Artículo 18.

1. Todos los pacientes tienen derecho a una atención médica de calidad humana científica. El médico tiene la responsabilidad de prestarla, cualquiera que sea la modalidad de su práctica profesional y se compromete a emplear los recursos de la ciencia médica de manera adecuada a su paciente, según el arte médico, los conocimientos científicos vigentes y las posibilidades a su alcance.

2. El médico no debe indicar exploraciones o tratamientos que no tienen otro fin que su protección. La Medicina defensiva es contraria a la ética médica. Las exploraciones complementarias nunca deben practicarse de manera rutinaria, indiscriminada o abusiva.

3. El tiempo necesario para cada acto médico debe ser fijado por el criterio profesional del médico que hará un juicio práctico sobre el tiempo de consulta teniendo en cuenta las necesidades individuales de cada paciente y la obligación de procurar la mayor eficacia en su trabajo, así como el rendimiento óptimo de los medios que la sociedad pone a su disposición. En condiciones ordinarias, se debe establecer un tiempo mínimo decente como límite infranqueable.

Artículo 19.

1. El médico debe abstenerse de actuaciones que sobrepasen su capacidad. En tal caso, propondrá que se recurra a otro compañero competente en la materia.
2. Si un médico observara que por razón de edad, enfermedad u otras causas, se deteriora su capacidad de juicio o su habilidad técnica, deberá pedir inmediatamente consejo a algún compañero de su absoluta confianza para que le ayude a decidir si debe suspender o modificar temporal o definitivamente su actividad profesional.
3. Si el médico no fuera consciente de tales deficiencias y éstas fueran advertidas por otro compañero, éste está obligado a comunicárselo y, en caso necesario, lo pondrá en conocimiento del Colegio de Médicos, de forma objetiva y con la debida discreción. No supone esta actuación faltar al deber de confraternidad, porque el bien de los pacientes ha de ser siempre prioritario.
4. Será negligente aquel que poseyendo el conocimiento, las destrezas y los medios adecuados, no los haya aplicado.

Constituye impericia la falta de los conocimientos o destrezas requeridos para el acto médico de que se trata.

Actúa con imprudencia aquel médico que poseyendo los recursos y preparación necesarios para la atención de un paciente, los aplicare inoportuna o desproporcionadamente, como también si, careciendo de los recursos o preparación adecuados, efectuare una atención sometiendo al paciente a un riesgo innecesario.

Un diagnóstico equivocado, o el fracaso de un tratamiento o de cualquier otra acción médica, habiéndose usado todos los elementos disponibles, no constituyen necesariamente negligencia. La falta de recursos tecnológicos, cuya existencia no dependa del médico tratante, no conduce a responsabilidad alguna para el facultativo.

5. Los casos de médicos con problemas de adicción o enfermedades mentales, conocidos por la Junta Directiva de los Colegios de Médicos o por sus Comisiones de Ética y Deontología, deben ser valorados por colegas competentes y con experiencia en este terreno con el fin de sentar un programa terapéutico y de rehabilitación personificado.

6. No es ético, ni deontológicamente correcto, que un médico actúe como simple espectador ante las acciones injustas de los demás en el equipo de trabajo hacia un compañero; este comportamiento es altamente destructivo desde el punto de vista psicológico.

Artículo 20.

1. El médico debe disponer de libertad de prescripción y de las condiciones técnicas que le permitan actuar con independencia y garantía de calidad. En caso de que no se cumplan esas condiciones deberá informar de ello al organismo gestor de la asistencia y al paciente.
2. Individualmente o por mediación de sus Organizaciones el médico debe llamar la atención de la comunidad sobre las deficiencias que impiden el correcto ejercicio de su profesión. El ejercicio profesional se ha de realizar en las mejores condiciones posibles para salvaguardar la salud de los pacientes y de los propios profesionales
3. La relación del médico con las compañías farmacéuticas y sanitarias debe estar regida por los principios y valores característicos de la profesión médica: rigor científico y racionalidad, espíritu de cooperación, sentido de servicio a los pacientes y responsabilidad ante la sociedad. Este mismo compromiso de lealtad profesional del médico también ha de inspirar sus relaciones con las entidades proveedoras de servicios de salud, sean públicas o privadas.
4. Es incompatible con la deontología médica solicitar o aceptar contraprestaciones a cambio de prescribir un medicamento o utilizar un producto sanitario. Este criterio debe tenerse en cuenta a la hora de establecer acuerdos de colaboración con la industria sanitaria para facilitar la asistencia a congresos, actividades formativas o cualquier otro tipo de ayuda.

5. El médico es el único responsable del contenido de la receta o prescripción y de los efectos, en el paciente, de los medicamentos contenidos en ella, dentro de la peculiaridad de cada caso. Dicha responsabilidad cesa si la prescripción o receta es modificada o repetida en su uso sin su conocimiento y consentimiento.
6. Infringe la ética profesional el médico que aceptare financiación, total o parcial, de actividades ajenas a la profesión médica, por parte de empresas de productos clínicos o farmacéuticos, tales como viajes con fines turísticos, u otras similares.
7. Los médicos con responsabilidades en la dirección y gestión relacionada con la adquisición de suministros sanitarios tienen un deber deontológico de ejemplaridad que rebasa el nivel mínimo que exige la norma legal, tanto ante los médicos y el personal de su institución, como ante los usuarios. Los incentivos directos a la prescripción –positivos o negativos- son también contrarios a la ética cuando proceden de los gestores del centro sanitario. Un médico asalariado no puede en ningún caso aceptar una remuneración fundada en normas de productividad, de rendimiento horario o cualquier otra disposición que tuviere como consecuencia una limitación o un abandono de su independencia o atentara a la calidad de sus cuidados.
8. Los médicos que asumen responsabilidades directivas en aquellas actividades científicas y de formación médica que reciben financiación de entidades comerciales privadas deben garantizar la independencia de los contenidos de los programas que ellos desarrollan, y expresarán con claridad y transparencia la naturaleza del patrocinio recibido.
9. Es obligación del médico que participa en investigaciones o en estudios farmacológicos patrocinados por la industria farmacéutica comunicar e informar, tanto en medios científicos como de comunicación en general, sus vinculaciones con la industria.
10. Cuando un médico participa en una investigación científica promovida por una empresa farmacéutica deberá condicionar su participación a disponer de plena libertad para su publicación, independientemente de que los resultados sean favorables o no desde la perspectiva de la empresa promotora.
11. El médico que en calidad de experto hace recomendaciones tanto en medios científicos como en medios de comunicación general debe hacer constar, si existen, sus vinculaciones con la industria.

Artículo 21.

1. El ejercicio de la Medicina es un servicio basado en el conocimiento científico, en la destreza técnica y en actitudes éticas, cuyo mantenimiento y actualización son un deber individual del médico y un compromiso de todas las organizaciones y autoridades que intervienen en la regulación de la profesión. La educación sanitaria de los pacientes es un componente importante de la práctica médica de calidad.
2. En tanto las llamadas Medicinas no convencionales no hayan conseguido dotarse de base científica, los médicos que las aplican están obligados a informar a los pacientes, de forma clara e inteligible, de su carácter complementario.
3. Los actos especializados deben quedar reservados a los médicos que posean el título correspondiente, sin perjuicio de que cualquier titulado en Medicina pueda en ocasiones realizar actos que, en otras circunstancias, quedarían reservados a los especialistas. Las fronteras entre las técnicas asistenciales que son de común aceptación existen, aunque sean permeables. A ningún médico, si posee la destreza y los conocimientos necesarios, se le puede impedir que los aplique en beneficio de sus pacientes, tenga o no título de especialista.
4. Es contrario a la Deontología que un médico se titule especialista sin serlo. Atenta contra las normas éticas el médico que, sin serlo, actúa como especialista de un modo habitual de

forma que pueda inducir a error a los pacientes acerca de su cualificación profesional: es obligado hacer constar de modo explícito la carencia personal de titulación especializada como parte de la información debida a los pacientes.

Artículo 21 bis.

1. Todo médico, cualquiera que sea su actividad médica, debe atender tanto al aspecto preventivo y educativo de su misión como al aspecto curativo. En la promoción de estilos de vida saludables colaborará con los medios de comunicación, las familias y las instituciones educativas.
2. El médico debe brindar consejos honestos y competentes al paciente sobre la forma de cumplir con sus responsabilidades en materia de salud, incluyendo la protección y la promoción, y del riesgo que pueden significar para su salud sus hábitos. El médico debe promover aquellas actividades preventivas de valor probado.
3. Los resultados de los exámenes practicados en el marco de la vigilancia de la salud en el puesto de trabajo deben ser explicados al trabajador involucrado. El médico de un centro de medicina preventiva o de medicina del trabajo debe transmitir todo resultado útil al médico designado por aquel a quien ha examinado o, si se trata de un niño o un incapacitado, al designado por sus representantes legales.

Artículo 22.

1. No son éticas las prácticas inspiradas en el charlatanismo, las carentes de base científica y que prometen a los enfermos curaciones; los procedimientos ilusorios o insuficientemente probados que se proponen como eficaces; la simulación de tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas; y el uso de productos de composición no conocida; y el ejercicio de la Medicina mediante consultas exclusivamente por carta, teléfono, radio, prensa o internet.
2. No se debe facilitar el uso del consultorio o encubrir de alguna manera a quien se dedica al ejercicio ilegal de la profesión.
3. Es contraria a las normas éticas y deontológicas la petición indiscriminada de información clínica mediante conversaciones telefónicas; la actuación correcta implica ineludiblemente el contacto personal y directo entre el médico y el enfermo.
4. El uso del correo electrónico y de la telemedicina es éticamente aceptable dentro de la relación médico paciente, siempre que sea clara la identificación mutua y que no sea la primera vez que se establece esa relación; el médico debe actuar como lo haría en el ámbito de la relación directa. Constituye una excepción en telemedicina el caso en el que no hay alternativas prácticas disponibles, como el tratamiento de emergencia remoto de una persona con buena salud o donde proporciona acceso a servicios médicos en lugares en los que de otro modo dichos servicios no estarían disponibles.
5. Las reglas habituales de confidencialidad y de seguridad también se aplican a la documentación en la telemedicina. Los métodos de almacenamiento o transmisión pueden ser utilizados sólo si se garantizan la confidencialidad y la seguridad. Los datos del paciente y otra información sólo puede ser transmitida al médico u otro profesional de la salud por solicitud o con el permiso del paciente y hasta cuando lo haya aprobado. La información transmitida debe estar relacionada con el problema en cuestión.

CAPITULO VI DE LA REPRODUCCION HUMANA

Artículo 23.

1. El médico es un servidor de la vida humana. No obstante, cuando la conducta del médico respecto al aborto y a la esterilización de los deficientes mentales se lleve a cabo en los supuestos legalmente despenalizados, no será sancionada estatutariamente.

2. El médico tiene la obligación moral de poner todos los medios a su alcance y de hacer todo lo posible para evitar las causas que inducen al aborto, y de dar a las mujeres que acuden a él el máximo apoyo psicológico y humano.
3. El médico siempre debe intentar resolver el conflicto entre la salud de la madre y la vida del feto sin que éste muera, puesto que la vida es un bien superior a la salud.
4. Si tras la práctica de un aborto el feto nace vivo el médico tiene el deber de reanimarlo y luchar por su vida, ya que pasa a ser su paciente.
5. El médico que realiza un aborto o atiende un nacimiento fallido tiene la obligación de preocuparse de que el cuerpo muerto no sea mal usado. La explotación del producto del aborto con fines comerciales está prohibida.
6. En tanto, no se descarte totalmente de forma científica el efecto antiimplantatorio de la píldora postcoital no es ética su prescripción ni su administración, sin una explicación objetiva, inteligible y adecuada sobre este mecanismo de acción.

Artículo 24.

1. Al ser humano embrionfetal enfermo se le debe tratar de acuerdo con las mismas directrices éticas, incluido el consentimiento informado de los progenitores, que se aplican a los demás pacientes.
2. El médico únicamente podrá efectuar una intervención que trate de modificar el genoma humano con fines preventivos, diagnósticos o terapéuticos. Se prohíben las intervenciones dirigidas a la modificación de características genéticas que no estén asociadas a una enfermedad y las que traten de introducir cualquier modificación en el genoma de los descendientes.
3. Salvo en los casos que sea preciso para evitar una enfermedad hereditaria grave ligada al sexo, el médico no utilizará técnicas de asistencia a la procreación para elegir el sexo de la persona que va a nacer. El médico debe tener presente que no todo lo que es factible técnicamente es éticamente aceptable.
4. La selección para obtener embriones sanos debe realizarse previamente a la fecundación, analizando la composición genética de los gametos para deducir si existe probabilidad de enfermedad genética.
5. El diagnóstico prenatal nunca podrá convertirse en un instrumento de selección eugenista o para satisfacer las preferencias de los progenitores. El diagnóstico preimplantacional sólo debe aplicarse con el fin de poder corregir la enfermedad antes del nacimiento y para excluir enfermedades ligadas al sexo. El diagnóstico preimplantacional no debe realizarse si no es inocuo para el embrión y su viabilidad.
6. El deber de información sobre la posibilidad de realizar pruebas prenatales sólo existe cuando se dan circunstancias que evidencien o permitan sospechar la existencia de un riesgo de que el feto presente algún tipo de anomalía, pero no en embarazos que pueden considerarse normales.
7. El médico se halla obligado a solicitar por escrito la autorización de los padres para realizar pruebas diagnósticas prenatales indicadoras de anormalidades fetales. El médico debe proporcionarles la información preventiva mas amplia y adecuada acerca del significado y del valor predictivo de la prueba, de los riesgos que ésta implique para el embarazo, de las consecuencias que la enfermedad genética tenga sobre la salud, aunque no se posible intervenir en la prevención o en el tratamiento.
8. Cualquier óvulo fertilizado debe ser normalmente implantado y no destruido deliberadamente. Si la pareja ha decidido no hacer uso de sus óvulos fertilizados, se debe considerar la posibilidad de donación.
9. El médico nunca aceptará prueba ni tratamiento dirigido a una manipulación genética de un colectivo.

10. El médico no debe requerir test genéticos o predictivos con fines exclusivos de seguros u ocupacionales sin la previa y expresa consentimiento escrito del interesado, que es el único destinatario de la información.

11. El médico no participará ni directa ni indirectamente en ningún proceso de clonación humana con finalidades reproductivas. No se podrán crear nuevos embriones con finalidades de experimentación.

Artículo 25.

1. El médico deberá dar información pertinente en materia de reproducción humana a fin de que las personas que la han solicitado puedan decidir con suficiente conocimiento y responsabilidad.

2. Ninguna intervención mutilante puede ser practicada sin motivos médicos muy serios, y, salvo urgencia o imposibilidad, sin información al interesado y sin su consentimiento.

3. Comete falta grave contra la ética, el médico que participa en la decisión o en el diseño o en la programación o en las acciones o campañas o jornadas destinadas a eliminar la capacidad reproductiva de un grupo nacional, étnico, social o religioso.

4. La esterilización irreversible es permitida cuando se produce como consecuencia inevitable de una terapéutica encaminada a tratar o prevenir un estado patológico grave. En particular es necesario: a) Que se haya demostrado su necesidad. b) Que otros medios reversibles no puedan resolver correctamente el problema; y c) Que, salvo circunstancia especiales, los dos cónyuges hayan sido debidamente informados sobre la irreversibilidad de la operación y sus consecuencias.

Artículo 26.

1. El médico tiene el derecho a negarse por razones de conciencia a aconsejar alguno de los métodos de regulación y de asistencia a la reproducción, a practicar la esterilización o a interrumpir un embarazo. Informará sin demora de su abstención y ofrecerá, en su caso, el tratamiento oportuno al problema por el que se le consultó. Respetará siempre la libertad de las personas interesadas de buscar la opinión de otros médicos. Y debe considerar que el personal que con él colabora tiene sus propios derechos y deberes.

CAPITULO VII.- DE LA MUERTE

Artículo 27

1. El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Y cuando ya no lo sea, permanece su obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir el bienestar del enfermo, aún cuando de ello pudiera derivarse, a pesar de su correcto uso, un acortamiento de la vida. En tal caso el médico debe informar a la persona más allegada al paciente y, si lo estima apropiado, a éste mismo.

2. El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas. Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar el tratamiento para prolongar su vida y a morir con dignidad. Y cuando su estado no le permita tomar decisiones, el médico tendrá en consideración y valorará las indicaciones anteriores hechas por el paciente y la opinión de las personas vinculadas responsables.

3. El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste.

4. Es deber médico fundamental ayudar al paciente a asumir la muerte de acuerdo con sus creencias y con aquello que haya dado sentido a su vida.

5. El médico no está obligado a atender las recomendaciones del paciente reflejadas en el documento de voluntades anticipadas cuando vayan contra la buena praxis médica o contra su conciencia.
6. Antes de suprimir los medios que mantienen artificialmente la vida, el médico debe asegurarse de que el paciente está en muerte cerebral permanente.
7. La alimentación y la hidratación son cuidados normales y medios ordinarios para la conservación de la vida mientras se demuestre que cumplen su propia finalidad, aunque el paciente se encuentre inconsciente. No es ético interrumpirlos o no administrarlos si la muerte del paciente es consecuencia de esa decisión.
8. La sedación en la agonía es un recurso final, aceptable éticamente cuando existe una indicación médica correcta y se hayan agotado los demás recursos terapéuticos. No es legítima la sedación ante síntomas difíciles de controlar, pero que no han demostrado su condición de refractarios.

CAPITULO VIII.- DEL TRASPLANTE DE ORGANOS

Artículo 28

1. Dados los beneficios del trasplante de órganos es recomendable que el médico fomente la donación.
2. Comete falta grave contra la ética profesional, el médico que, con propósito de lucro o sin él, propicia o ejecuta tráfico o comercio de material genético, partes de células, células, tejidos u órganos de origen humano.
3. Es falta grave a la ética ocasionar directa o indirectamente la muerte del embrión o del feto humanos, especialmente cuando es con la finalidad de obtener material genético, partes de células, células, tejidos u órganos.
4. Para la extracción de órganos y tejidos procedentes de cadáveres al menos dos médicos comprobarán el fallecimiento del paciente, de acuerdo con los datos más recientes de la ciencia. Estos médicos serán independientes del equipo responsable del trasplante y redactarán por separado sus correspondientes informes. Los médicos encargados de la extracción comprobarán por todos los medios a su alcance que el donante no expresó, por escrito o verbalmente, su rechazo a la donación.
5. Para la realización de trasplantes de órganos o tejidos procedentes de sujetos vivos, dos médicos certificarán que la donación no afecta al estado general del donante. El médico responsable de la extracción se asegurará del libre consentimiento del donante y de que no haya mediado violencia coacción, presión emocional, económica o cualquier otro vicio en el consentimiento. Además, el médico responsable se compromete a: a) velar en cada caso para que el riesgo para el donante y el beneficio para el receptor mantengan una proporción razonable, b) actuar siguiendo un protocolo consensuado con todos los profesionales implicados en el proceso y consultar con el Comité de Ética Asistencial del centro, c) asegurarse de que las condiciones personales del donante sean adecuadas y el proceso de información sea lo suficientemente detallado y prolongado para que su decisión sea un acto libre y meditado.
6. La donación entre sujetos vivos nunca es exigible, moral ni legalmente.
7. En tanto el trasplante facial no se dote de la suficiente experiencia clínica, los médicos que los realicen están obligados a informar al paciente receptor y a los familiares del donante, de forma clara e inteligible, de su carácter controvertido. El proceso de consentimiento informado ha de ser exquisito y riguroso. No es ético realizar un trasplante facial sin una rigurosa selección previa basada en componentes psicológicos y sin un objetivo inequívocamente reparador.

CAPITULO IX.- EXPERIMENTACIÓN MÉDICA SOBRE EL SER HUMANO

Artículo 29

1. El avance en Medicina está fundado en la investigación y por ello no puede prescindir, en muchos casos, de la experimentación sobre seres humanos, que sólo podrá realizarse cuando lo que se quiere experimentar haya sido satisfactoriamente estudiado y de acuerdo con los criterios, reglas o principios fijados en la Ley.
2. La investigación médica en seres humanos cumplirá las garantías exigidas al respecto con las declaraciones de la Asociación Médica Mundial. Requieren una particular protección en este asunto aquellos seres humanos biológica, social o jurídicamente débiles o vulnerable.
3. Deberá recogerse el consentimiento libre y explícito del individuo sujeto de experimentación de quien tenga el deber de cuidarlo en caso de que se a menor o incapacitado. Previamente se le habrá informado de forma adecuada de los objetivos, métodos y beneficios previstos del experimento, así como de los riesgos y molestias potenciales. También se le indicará su derecho a no participar en la experimentación y a retirarse en cualquier momento, sin que por ello resulte perjudicado.
4. Los riesgos o molestias que conlleve la experimentación no serán desproporcionados ni le supondrán al sujeto merma de su conciencia moral o de su dignidad. El médico interrumpirá la experimentación si se detecta un posible peligro.
5. El médico está obligado a mantener una clara distinción entre los procedimientos en fase de ensayo y los que ya han sido aceptados como válidos para la práctica correcta de la Medicina del momento. En ensayo clínico de nuevos procedimientos no privará al paciente de recibir un tratamiento válido.
6. El médico está obligado a utilizar prácticas validadas. No es deontológico usar procedimientos no autorizados, a no ser que formen parte de un proyecto de investigación debidamente formalizado.
7. No es ética la manipulación o la ocultación de datos epidemiológicos, ya sea para obtener beneficios personales o de grupo, o por motivos ideológicos.
8. El médico no utilizará seres humanos embrio-fetales en experimentación médica. Es contraria a la ética la creación de nuevas formas de vida para propósitos experimentales y la destrucción deliberada e intencional de vida humana ya formada in vitro.
9. Son contrarias a la ética: 1) la comercialización, tráfico y uso industrial de embriones humanos y sus células; 2) cualquier tipo de selección eugenésica de embriones humanos; 3) utilizar embriones con fines cosméticos o semejantes; 4) la fusión de embriones entre sí o cualquier otro procedimiento dirigido a producir quimeras; 5) el intercambio genético humano, o recombinado con otras especies, para la producción de híbridos; 6) la transferencia de gametos o embriones humanos en el útero de otra especie animal, o la operación inversa; 7) la ectogénesis o creación de un ser humano individualizado en el laboratorio; 8) la clonación humana con finalidades reproductivas; 9) la creación de nuevos embriones con finalidades de experimentación

CAPITULO X.- DE LA TORTURA Y VEJACIÓN DE LA PERSONA

Artículo 30.

1. El médico, en su práctica profesional, jamás debe participar, secundar o admitir actos de tortura o de malos tratos, cualesquiera que sean, los argumentos invocados para ello. Está obligad, por el contrario, a denunciarlos, a la autoridad competente.
2. El médico no participará en ninguna actividad que signifique una manipulación de la conciencia, al margen de cuales sean los cargos atribuidos a la víctima y sus motivos o creencias.

3. El médico que conociere que cualquier persona y, más aún si es menor o incapacitado, para cuya atención ha sido requerido, es objeto de malos tratos deberá poner los medios necesarios para protegerlo, poniéndolo en conocimiento de la autoridad competente

CAPITULO XI.- RELACIONES DE LOS MEDICOS ENTRE SI Y CON OTROS PROFESIONALES SANITARIOS

Artículo 31

1. La confraternidad entre los médicos es un deber primordial y sobre ella sólo tienen precedencia los derechos del paciente.
2. Los médicos deben tratarse entre sí con la debida deferencia, respeto y lealtad, sea cual fuere la relación jerárquica que exista entre ellos. Tienen la obligación de defender al compañero o colega que es objeto de ataques o denuncias injustos.
3. Los médicos compartirán sin ninguna reserva, en beneficio de sus pacientes, sus conocimientos científicos.
4. Los médicos se abstendrán de criticar despreciativamente las actuaciones profesionales de sus colegas. Hacerlo en presencia de los pacientes, de sus familiares o de terceros es una circunstancia agravante. Proteger celosamente el respeto a los colegas es deber médico que ha de cumplirse con particular delicadeza y exigencia.
5. La relación entre los médicos no ha de propiciar su desprestigio público. Las discrepancias profesionales han de ser discutidas en privado o en sesiones apropiadas. En caso de no llegar a un acuerdo acudirán al Colegio, que tendrá una misión de arbitraje en estos conflictos. No se pueden nunca justificar injurias a un compañero, ni siquiera de forma sutil. No existe limitación en el derecho a la libertad de pensamiento o de libre expresión, pero la crítica no puede suponer falta de respeto.
6. No supone faltar al deber de confraternidad el que un médico comunique a su Colegio, de forma objetiva y con la debida discreción las infracciones de sus colegas contra las reglas de la ética médica o de la práctica profesional. Tampoco cuando el médico actúe dentro de los límites propios de la libertad de expresión.
7. El médico no debe procurar para sí u otros, cargos o funciones que están siendo desempeñadas satisfactoriamente por otro colega. Los médicos se abstendrán del acoso de cualquier tipo entre colegas o con el personal a su cargo.

Artículo 32

1. En interés del enfermo debe procurarse sustituir, cuando sea necesario, a un colega temporalmente impedido. El médico que haya sustituido a un compañero no debe atraer para sí los enfermos de éste.
2. El médico no interferirá en la asistencia que esté prestando otro compañero. No se considera interferencia la situación de urgencia o la libre consulta por parte del paciente a otro médico, quien le advertirá, sin embargo, del perjuicio de una dirección médica múltiple no consensuada.
3. Cuando lo estime oportuno el médico propondrá al colega que considere más idóneo como consultor o aceptará al que elija el paciente. Si sus opiniones difirieran radicalmente y el paciente o su familia decidieran seguir el dictamen del consultor, el médico que venía tratando al paciente quedará en libertad para suspender sus servicios.

Artículo 33

1. El ejercicio de la Medicina en equipo no debe dar lugar a excesos de actuaciones médicas.
2. Sin perjuicio de las posibles responsabilidades subsidiarias, la responsabilidad deontológica del médico no desaparece ni se diluye por el hecho de trabajar en equipo.

3. La jerarquía dentro del equipo asistencial deberá ser respetada, pero nunca podrá constituir un instrumento de dominio o exaltación personal. Quien ostente la dirección del grupo cuidará de que exista un ambiente de exigencia ética y de tolerancia para la diversidad de opciones profesionales. Y aceptará la abstención de actuar cuando alguno de sus componentes oponga una objeción razonada de ciencia o de conciencia.

4. Los Colegios no autorizarán la constitución de grupos profesionales en los que pudiera darse la explotación de alguno de sus miembros por parte de otros.

Artículo 34

1. El médico debe mantener buenas relaciones con los demás profesionales al servicio de la salud y tendrá en consideración las opiniones de ellos acerca del cuidado de los enfermos.

2. El médico respetará el ámbito de las peculiares competencias de las personas que colaboran con él. Procurará que cada miembro del grupo cumpla correctamente sus responsabilidades específicas. Cuidará de que todos, teniendo como propósito común prioritario el bien del paciente, trabajen coordinadamente dentro del equipo asistencial.

3. No es lícito dejar bajo la responsabilidad de otro personal sanitario la toma de iniciativas y la solución de problemas relativos al diagnóstico y la terapéutica, los cuales exigen siempre el juicio y la participación activa del médico, ya que de otro modo pueda llevar a aquellos a ejercer ilegalmente la Medicina.

4. El médico adaptará sus recetas a las necesidades de cada paciente. Evitará toda colisión con los farmacéuticos. Respetará la libre elección de farmacéutico por parte de los pacientes. Le está prohibido al médico ejercer influencia sobre los pacientes para favorecer determinadas farmacias. El médico debe, siempre que tenga conocimiento de hechos que implican imprudencia o incompetencia del farmacéutico, notificarlos a su Colegio Profesional, si una previa comunicación, que siempre ha de ser amistosa y cuidadosa de la reputación profesional, de los errores producidos en la dispensación no hubiera surtido el necesario efecto. La cooperación entre médico y farmacéutico ha de transcurrir siempre por vías de racionalidad y consenso.

CAPITULO XII RELACIONES CON LA CORPORACION MEDICA COLEGIAL

Artículo 35

1. El médico, cualquiera que sea su titulación profesional o jerárquica, tiene el deber de comparecer a la llamada que se le haga desde el Colegio.

2. Es obligación del médico colegiado prestar su colaboración a la vida corporativa y contribuir económicamente a las cargas correspondientes.

Artículo 36

1. La Organización Médica Colegial ha de esforzarse por conseguir que las normas de este Código sean respetadas y protegidas por la ley, y por intentar que se cambien todas las disposiciones legales de cualquier orden que se opongan a ellas.

2. Los directivos de la Organización Médica Colegial están obligados a mantener la unidad deontológica de toda la colegiación y deben ajustar sus decisiones a las normas estatutarias y deontológicas.

3. La Organización Médica Colegial defenderá a los colegiados que se vean perjudicados por causa del cumplimiento de las normas de este Código.

4. La Junta Directiva tiene el deber de preservar como secreta la información y la documentación relacionada con las cuestiones deontológicas de sus colegiados.

5. La Organización Médica Colegial tiene el deber de velar por la calidad de la enseñanza de la Medicina, de la que no debe faltar la docencia de la ética y la deontología médica. Debe poner sus medios y la influencia necesaria para conseguir que los médicos mantengan su competencia profesional.
6. La Organización Médica Colegial tiene el deber de intervenir acerca de la organización sanitaria y sobre todos aquellos aspectos que puedan afectar a la salud de la población.
7. El médico elegido para órganos institucionales de la Organización Médica Colegial debe cumplir el encargo con diligencia e imparcialidad en interés del colectivo y observar prudencia y reserva en el desarrollo de sus propios cometidos.
8. Los directivos de la Organización Médica Colegial, más aún que quienes no lo son, están obligados a promover el interés común de la profesión médica, de la Organización Médica Colegial y de todos los colegiados. A tales intereses colectivos deben subordinar cualquier otra conveniencia profesional de carácter particular o de grupo. Su conducta nunca supondrá favoritismo o abuso de poder, y ni siquiera infundirá sospechas de ello.
9. Los directivos no obstruirán las legítimas actuaciones de las Juntas o Asambleas, ni impedirán el ejercicio libre y responsable del derecho a decidir los asuntos por votación. Tendrán en cuenta y serán respetuosos con las opiniones de las minorías colegiales.
10. Debe respetarse siempre el derecho de interpelación a los directivos por parte de otros directivos o por los colegiados. Son actuaciones condenables, por ser contrarias al espíritu democrático, obstruir la expresión regular del legítimo pluralismo colegial, poner dificultades burocráticas a la libre y legítima inscripción de candidaturas, o beneficiarse unilateralmente los directivos en funciones de los recursos burocráticos del Colegio.
11. Cuando en el ejercicio de sus cargos, los directivos se vean solicitados, al tratar de algún asunto, por intereses que, a su propio juicio o en opinión de personas razonables, pudieran limitar su independencia de criterio, deberán abstenerse de participar tanto en la elaboración del expediente preparatorio como en la deliberación y votación de tal asunto.

CAPITULO XIII EL TRABAJO EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

Artículo 37

1. El médico está obligado a promover la calidad y la excelencia de la institución en que trabaja. Secundará lealmente las normas que tiendan a la mejor asistencia de los enfermos. Pondrá en conocimiento de la dirección del centro las deficiencias de todo orden, incluidas las de naturaleza ética, que perjudiquen esa correcta asistencia. Y si no fueran corregidas las denunciará ante el Colegio de Médicos o a las autoridades sanitarias, antes de hacerlo a otras medios.
2. Las normas de la institución respetarán la libertad profesional del médico y señalarán que éste ejerce, en el área de su competencia, una autoridad efectiva sobre el personal colaborador.
3. Se prohíbe cualquier cláusula contractual, estatutaria o reglamentaria que reconozca competente para juzgar conflictos deontológicos entre médicos a quien no lo sea.
4. Los médicos que ocupan cargos directivos en instituciones sanitarias deben velar para que las prestaciones se adapten a las auténticas necesidades asistenciales de la población y a las posibilidades reales de financiación, evitando que se ofrezcan servicios sanitarios sin la debida dotación de medios humanos y materiales.
5. El médico que desempeña un cargo directivo en la administración pública o privada o instituciones sin fines de lucro, está obligado a respetar la ética profesional y velar por el cumplimiento de lo establecido en este Código. Sus obligaciones con el Estado y con la institución no lo eximen de sus deberes éticos con sus colegas y pacientes. Debe respetarse

siempre el derecho de interpelación a los directivos por parte de otros directivos o por cualquier miembro del Colegio.

6. El Colegio de Médicos cuidará de que se evite la publicidad en los casos de denuncia contra algún médico cuya culpabilidad no esté demostrada. El Colegio de Médicos cuidará de que los médicos asalariados puedan desarrollar su tarea dentro de la institución o la empresa en las dignas y debidas condiciones de trabajo.

7. El médico requerido para examinar o tratar un paciente violento no tiene obligación de ponerse en peligro, ni a otro personal sanitario, pero debería intentar persuadir al paciente para que permita su examen y el tratamiento necesario. En cumplimiento del deber de protección, en caso de agresión, la empresa o la administración deben garantizar la seguridad y salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo; debe ser la dirección del centro sanitario quien realice la presentación de la demanda para que se pueda salvaguardar la intimidad del médico agredido.

CAPITULO XIV DE LA PUBLICIDAD

Artículo 38

1. La publicidad ha de ser objetiva, prudente y veraz, de modo que no levante falsas esperanzas o propague conceptos infundados.

2. El médico podrá comunicar a la prensa y a otros medios de difusión no dirigidos a médicos, información sobre sus actividades profesionales, siempre que dicha información sea verídica, discreta, prudente y expresada de manera que pueda entenderse.

3. El médico deberá abstenerse de publicar textos que recomienden o llamen la atención sobre su capacidad profesional, sus conocimientos, sus servicios o su cualificación con el fin de obtener ventaja profesional o beneficio económico así como promover agradecimientos públicos de pacientes o manifestaciones en su favor, o de servirse de ellos como elemento de publicidad.

4. En la publicidad no deberán figurar listas de enfermedades o síntomas, técnicas diagnósticas y/ o terapéuticas, según normas deontológicas de las organizaciones médicas de los Países Comunitarios, salvo excepciones, con el Visado Colegial correspondiente.

5. Cuando el médico participe en programas educativos o informativos audiovisuales, no podrá realizar publicidad directa, personal o institucional y rechazará la publicidad que indirectamente pudiera beneficiarle. Nunca facilitará datos cerca de su actividad profesional que induzcan indebidamente a la captación de pacientes, especialmente si ésta se desarrolla en el ámbito privado.

6. Cometen una grave falta a la ética profesional los que prometen la prestación de servicios gratuitos o descuentos, así como quienes explícita o implícitamente mencionen tarifas de honorarios.

7. Los médicos que ejerzan en organismos públicos o privados deben cuidar que los modos de información utilizados en ellos se ajusten a las normas deontológicas de la profesión. La información o la publicidad institucional no le eximen al médico de su responsabilidad individual. Debe velar por el uso que se hace de su nombre y de sus declaraciones, no permitiendo que se utilicen con fines publicitarios o promocionales, dejando claro cuándo interviene a título personal y cuándo lo hace en representación de una institución pública o privada.

8. Los médicos no deberán participar por regla general en campañas de publicidad promocional o comparativa de las instituciones que supongan intereses claramente lucrativos personales o institucionales o vayan en contra de las normas deontológicas.

9. Es contraria a la ética cualquier explotación publicitaria de un éxito médico en beneficio de una persona, grupo, escuela, o institución sanitaria, así como utilizarlo para desacreditar la

capacidad profesional, los conocimientos, los servicios o la cualificación de otros médicos o instituciones.

10. Los médicos no aceptarán que las instituciones o empresas sanitarias entrevisten a los pacientes o utilicen su imagen como medio de publicidad en beneficio institucional. En dichas circunstancias los médicos deben garantizar que se ha informado enteramente a los pacientes y que su participación se obtuvo libremente y, en caso, de duda informarán adecuadamente a su Colegio de Médicos.

11. Los profesionales de la Medicina, al colaborar con los medios de comunicación, tienen un deber deontológico de objetividad y prudencia. Esto exige la especial responsabilidad de no promover un concepto consumista de la salud, evitando despertar falsas esperanzas o propagar conceptos infundados.

CAPITULO XV DE LAS PUBLICACIONES PROFESIONALES

Artículo 39

1. El médico tiene el deber de comunicar prioritariamente a los medios profesionales los descubrimientos que haya realizado o las conclusiones derivadas de sus estudios y ensayos científicos, cualquiera que sea su signo.

2. El médico no podrá emplear en las publicaciones científicas escritas, orales o visuales, ningún nombre o detalle que permita la identificación del paciente o de la persona sobre la que se investiga. Cuando no pueda obviar esta posibilidad de identificación, el médico deberá disponer el consentimiento explícito del interesado.

3. En materia de publicaciones científicas son contrarias a los deberes deontológicos las siguientes actuaciones:

- Dar a conocer de modo prematuro o sensacionalista procedimientos de eficacia todavía no determinada o exagerar ésta.
- Falsificar o inventar datos
- Plagiar lo publicado por otros autores.
- Dejarse incluir como autor a quien no ha contribuido sustancialmente al diseño y realización del trabajo.
- No mencionar todas las fuentes de financiación del trabajo que motiva la publicación.
- Realizar publicaciones repetitivas.

4. Los autores tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación de los resultados de su investigación. Tienen el deber de poner a disposición del público los resultados de su investigación en seres humanos y son responsables de la integridad y exactitud de sus informes. Se deben publicar tanto los resultados negativos e inconclusos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y conflictos de intereses.

CAPITULO XVI DE LOS HONORARIOS

Artículo 40

1. El acto médico no podrá tener como fin exclusivo el lucro.

2. El ejercicio de la Medicina es el medio de vida del médico y éste tiene derecho a ser remunerado de acuerdo con la importancia y las circunstancias y cualificación profesional.

3. Los honorarios médicos serán dignos y no abusivos. Se prohíben las prácticas dicotómicas, la percepción de honorarios por actos no realizados y la derivación de pacientes con fines lucrativos entre instituciones y centros.

4. Las reclamaciones y litigios podrán someterse al arbitraje de los Colegios.

5. El médico no percibirá comisión alguna por sus prescripciones, ni por los materiales empleados en la atención a los pacientes, ni podrá exigir o aceptar retribuciones de intermediarios.
6. El médico que trabaja por cuenta de una entidad, oficial o privada, sujeto a una remuneración fija o a un contrato previo, no podrá percibir ningún pago directo del paciente; si lo hiciere, comete grave falta ética. Igual gravedad reviste el acto de insinuar a pacientes de la institución para que se conviertan en sus pacientes privados.
7. Comete falta grave contra la ética el médico que, en su condición de directivo, funcionario, administrador o consultor, interviene en la determinación o regulación de los honorarios de otros médicos y decide o contribuye a que dichos honorarios sean dignos y acordes a su cualificación.
8. Es manifestación de buen compañerismo la cortesía profesional, esto es, que el médico exima del pago de honorarios al colega y a las personas que dependen económicamente de él. Esta práctica se extiende también a la viuda y huérfanos menores. La atención prestada en esos casos ha de tener la misma calidad que la dada a los otros pacientes. No caen dentro de la exención los gastos ocasionados por el material utilizado. El deber deontológico señalado decae cuando alguna entidad corre con el pago de dichos honorarios.

CAPITULO XVII MEDICOS PERITOS Y FUNCIONARIOS

Artículo 41

1. Los médicos funcionarios y los que actúan en calidad de peritos deberán también acomodar sus actividades profesionales a las exigencias de este Código.
2. El médico perito debe comunicar previamente al interesado el título en virtud del cual actúa, la misión que le ha sido encargada y por quién. Si el paciente se negara a ser examinado, el médico renunciará a hacerlo y se limitará a poner tal extremo en conocimiento del mandante.
3. La actuación como peritos o médicos inspectores es incompatible con la asistencia médica al mismo paciente.
4. Si en el curso de su actuación, el médico perito o inspector hubiera obtenido algún dato que traduce un riesgo importante para la vida o la salud del paciente, considerará si conviene al bien de este comunicarlo.
5. El médico perito debe cumplir con las obligaciones éticas de la práctica asistencial, y extremar la prudencia, minuciosidad y el razonamiento científico en sus conclusiones.
6. La obligación del médico como testigo únicamente alcanza a cuestiones generales de la asistencia prestada, sin que exista obligación de hacer valoraciones técnicas o científicas.
7. El médico es un profesional con deber de secreto, que por razón de deber profesional o por razón de materia, tratarse de hechos de carácter reservado o secreto, puede negarse de forma razonada a declarar, correspondiendo en todo caso al juez la decisión de liberar al testigo del interrogatorio.
8. La designación como perito en un proceso penal conlleva la obligación de acudir a la llamada del juez y aceptar la pericia, salvo que pueda alegarse causa fundamentada que excuse la asistencia o la emisión de informe. En el ámbito de derecho civil el cargo de perito no es obligatorio, debiendo aceptar el cargo previamente al estudio y reconocimiento del paciente, y debiendo abstenerse cuando concurren las causas de recusación o tacha.

CAPITULO XIX PRUEBAS GENETICAS

Artículo 42

1. No es ético utilizar una muestra biológica para realizar un análisis distinto al fin para el que se había obtenido el consentimiento. Si, por necesidad, hubiese que disponer de una muestra biológica obtenida con otro fin para realizar un análisis genético será imprescindible obtener el consentimiento... Si se hubiese dado el consentimiento para que la muestra se utilice para trabajos de investigación se tomarán las debidas precauciones para conservar el anonimato de la muestra, realizando, por ejemplo, una disociación entre los datos de origen y la muestra utilizada con finalidad distinta.
2. Una muestra biológica obtenida para realizar una identificación a partir de las regiones hipervariables del genoma no se podrá utilizar para análisis del ADN codificante. En la identificación de personas será preferible partir inicialmente del ADN mitocondrial, que establece únicamente la relación de parentesco maternal.
3. Sólo se deban realizar pruebas de investigación de paternidad y maternidad cuando conste el consentimiento de todas las partes implicadas. Las muestras que no se hayan obtenido lícitamente, que no estén indubitadamente identificadas o no cuenten con el consentimiento informado de las personas implicadas deben destruirse.
4. A la hora de autorizar, ejecutar, interpretar o revelar los resultados de un análisis se tendrá muy en cuenta que la información que revela el ADN no sólo es propiedad del donante de la muestra analizada, sino que es compartida con otros miembros de la familia y que dicha información afecta a derechos fundamentales de las personas implicadas, muchas veces a menores o al cónyuge. Por ello los informes deben ser redactados e interpretados por personal médico especializado en estas materias.
5. El médico tiene derecho a acogerse a la objeción de conciencia si fuese obligado a realizar pruebas genéticas preimplantación en embriones si a su juicio las pruebas tienen una finalidad que su conciencia rechaza.

CAPITULO XX SOBRE EL DOPAJE DEPORTIVO

Artículo 43

1. Es falta grave contra la ética propiciar cualquier forma de dependencia a drogas, proporcionando o prescribiendo drogas, estupefacientes o alucinógenos a las personas adictas con propósito de lucro o por condescendencia, incluido el caso de los deportistas.
2. El médico está obligado a informar a los deportistas de los efectos perjudiciales que los diferentes procedimientos de dopaje conllevan. No podrán dar nunca por aceptable esa conducta antiética en sus colegas, sino que está obligado a denunciarlos ante las instancias colegiales.
3. La valoración de idoneidad para la práctica del deporte debe basarse en criterios de cuidado de la salud y de la integridad física y psíquica del sujeto. Debe informarle acerca de los riesgos eventuales que puede ocasionarle una actividad deportiva concreta.

CAPITULO XXI DEL MEDICO Y LA DOCENCIA

Artículo 44

1. El médico con años de práctica tiene una responsabilidad profesional y personal con sus colegas jóvenes y los estudiantes de Medicina. Debe enseñar a los médicos en formación los valores profesionales correctos y el comportamiento indispensable para tratar con otros. No se deben delegar en los médicos en formación tareas para las que no son totalmente competentes, excepto bajo supervisión directa, ni olvidar que la responsabilidad última de los actos realizados corresponde a quien es garante del entrenamiento.
2. La elevada responsabilidad asignada a los docentes, de contribuir a la formación integral de los futuros médicos, justifica el que deban satisfacer los requerimientos de orden ético en

el mayor grado posible. El ejercicio de la docencia médica, en todos sus niveles, exige como cualidades fundamentales: moral, ética, aptitud, conocimientos, experiencia, justicia y capacidad para deliberar y reflexionar sin precipitación ni apasionamiento.

3. El médico docente, en el ámbito de la libertad de cátedra, debe tener fortaleza para rechazar imposiciones o autoritarismos de cualquier índole, especialmente los que contravengan la ética médica. El médico docente debe rechazar cualquier acción que pudiera inducir a cometer irregularidades académicas o administrativas contra la ética.

4. El médico docente debe ser concreto en el desarrollo de los programas, transmitiendo los conocimientos comprobados por la experiencia y la investigación, aceptados en el consenso universal e informar sobre los avances de la investigación en puntos aún no resueltos, alentando a sus colaboradores y alumnos, para que contribuyan mediante comunicaciones científicas, al mayor desarrollo y avance de la medicina.

5. El docente tiene el deber de inculcar a sus discípulos el debido interés por las disciplinas de orden humanístico y científico, ya que el progreso de la Medicina exige un elevado nivel cultural. Quien se dedica a la docencia debe desarrollar las habilidades, actitudes y prácticas de un profesor competente.

6. Cualquier personal relacionado con la salud, incluidos los estudiantes, debe ser tratado con respeto y dignidad. Los estudiantes de Medicina deben conocer y practicar las normas éticas de este Código. En presencia de pacientes o de personal no médico hay que evitar corregir a otros en lo relativo a la práctica médica; ésto es válido tanto para el médico jefe como para sus subalternos y también en los hospitales.

7. El médico docente debe tener en cuenta que, en la práctica, todo juicio clínico incorpora un elemento de orden ético. Con elevada frecuencia, en un paciente determinado, el elemento de orden ético excede en importancia los aspectos técnico y científico, aún teniendo en cuenta que para actuar éticamente es preciso contar previamente con esos conocimientos.

DISPOSICIÓN FINAL

1. Las declaraciones de la Comisión Central de Deontología aprobadas por la Asamblea general de la Organización Médica Colegial tienen naturaleza normativa e igual carácter vinculante que los preceptos contenidos en este Código. Serán dadas a conocer a todos los colegiados desde el Consejo General y también a través de los medios de comunicación del Consejo General, de los Consejos Autonómicos y de los Colegios Provinciales.

2. La Comisión Central de Deontología tendrá como uno de sus deberes primordiales el emprender las iniciativas precisas para la actualización permanente de este Código. Con igual finalidad, podrán realizar propuestas todos los médicos colegiados, quienes las orientarán a través de las Comisiones Deontológicas, a los colegios, a los Consejos Autonómicos o al Consejo General.

VI. CONCLUSIONES

VI. CONCLUSIONES

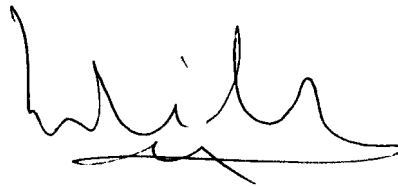
PRIMERA: Los conflictos actuales de índole médica, con repercusión deontológica, identificados como más habituales corresponden al trato entre profesionales, a las cuestiones de la reproducción, a la excesiva presión asistencial, a las relaciones con la empresa sanitaria o sus representantes y a la malpraxis por diversos motivos.

SEGUNDA: Los temas no contemplados o insuficientemente tratados en el Código de 1999 se agrupan en los siguientes: asociaciones profesionales, drogadicción, segunda opinión médica, prevención de la enfermedad, error médico, reproducción (esterilización, anticoncepción postcoital, reproducción asistida), cuidados paliativos, trasplante facial, publicación de la investigación médica, utilización terapéutica de embriones humanos, gestión clínica y compañías de seguro sanitario, test genéticos, dopaje, docencia de la Medicina.

TERCERA: Con respecto a las actitudes de los colegiados ante la ética institucional se ha encontrado que existe un importante número de ellos que desconocen la deontología y no acuden al Código como guía de conducta y solución de conflictos. Este hallazgo conduce a la necesidad de potenciar la docencia de la deontología tanto en el pregrado como en el postgrado.

CUARTA: La Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial ha emitido, desde el año 2000, quince Declaraciones y once Informes sobre temas generales que necesitaban ser clarificados o precisaban el establecimiento de una norma.

QUINTA: El estudio realizado da lugar a una propuesta de modificación del Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial de España, dada la necesidad de la actualización del mismo.



Fdo.: Eliseo Collazo Chao

VII. BIBLIOGRAFÍA

VII. BIBLIOGRAFÍA

1. - Sokolowski R. The fiduciary relationship and the nature of professions. En Pellegrino DE, Veatch RM, Langan JP, eds. Ethics, trust and the professions. Philosophical and cultural aspects. Washington; Georgetown University Press, 1991:23-43.
- 2.- Gracia D. Ética profesional y Ética institucional:¿convergencia o conflicto? Rev Esp Salud Pública 2006; 80: 457-467.
3. - Royal College of Physicians. Doctors in society: medical professionalism in a changing world. Report of a Working Party of the Royal College of Physicians of London. London: RCP, 2005.
- 4.- <http://www.cgcom.es/deontologia>.
- 5.- Gisbert JA, Verdú F, Luna A. Moral, Ética y Deontología Médicas. Organización Médica Colegial. En: Medicina Legal y Toxicología. Gisbert Calabuig-E Villanueva Cañadas. 6º edición, Masson, año 2004, pgs. 125-142.
- 6.- Diagnóstico y valoración de la satisfacción de los colegiados, sobre los servicios que presta el Colegio de Médicos. COMCORDOBA (Revista del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Córdoba) 2007;53:18-23.
- 7.- Meneses de Marín Gomes A, Ferreira Moura E, Freitas Amorin R. The place of ethics and bioethics in medical education. Revista Brasileira de Educação Médica 2006; 30(2):56-65.
- 8.- Primera Reunión Nacional de Presidentes de Comisiones Deontológicas. Sede de la Organización Médica Colegial. Madrid, 22 de septiembre de 2006.
- 9.- III Jornadas de Reflexión de la Organización Médica Colegial. Toledo, 25 y 26 de mayo de 2007.
- 10.- VI Jornadas de Comisiones de Deontología de Colegios de Médicos. Funciones para el futuro de las Comisiones de Deontología. Guadalajara, 26 y 27 de octubre de 2007.
11. - Ribeiro T. Ethics, science and utilitarianism. Acta Med Port 1997; 10(11):803-7.
12. - Downes T, Channer KS. Ethical problems in clinical practice. Postgrad Med J. 2003 Mar; 79(929):151-3.
- 13.- Spinsanti S. Etica bio-medica. Cinisello Balsamo: Paoline, 1988:12.
- 14.- Oppes M. ¿Cuál es el futuro de la Deontología médica? Medicina y Ética 2007; 2:109-118.
- 15.- Muñoz Garrido R. Deontología en la sociedad actual. Capítulo del libro “Bioética y Justicia” (Actas el Seminario conjunto sobre Bioética y Justicia, Madrid, 6 a 8 Octubre 1999. Ministerio de Sanidad y Consumo-Consejo General del Poder Judicial, Madrid 2000.
- 16.- D’agostino F. Bioetica, Torino: Giappichelli, 1998: 65.

- 17.- Code de Déontologie de la Fédération des Médecins Suisses (2006). Versión francesa en: http://www.fmh.ch/ww/fr/pub/fmh/code_de_deontologie.htm.
18. - Ärztliche Berufsordnung (2002). Alemania. En : <http://www.aekhb.de/pdf/Berufsordnung.pdf> .
19. - <http://www.cgcom.es/deontologia/documentos>.
- 20.- Hariharan S, Jonnalagadda R, Walrond E, Moseley H. Knowledge, attitudes and practice of healthcare ethics and law among doctors and nurses in Barbados. *BMC Medical Ethics* 2006; 7:7.
- 21.- Altisent R. Etica, Deontología y derecho: lógicas diferentes en una misma dirección. *Aten Primaria* 2007; 39(5):225-6.
22. - Cruess SR, Johnston S, Cruess RL. Professionalism for medicine: opportunities and obligations. *Med J Aust*. 2002 Aug 19; 177(4):208-11.
- 23.- Weingarten MA. With luck, good doctors make a difference. *British Journal of General Practice* 2003; 53:960-962
- 24.- <http://www.juntadeandalucia.es/salud/principal/documentos.asp?pagina=estadisticas>
25. - Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte. *Dtsch Ärzteblatt* 1997;94:A-2354-A2363.
- 26.- Code de Deontologie Medicale. Conseil de l'Ordre National des Médecins. Decreto N°. 95-1000. *Diario Oficial de la República Francesa de septiembre de 1995*. En : www.conseil-national.medecin.fr.
- 27.- Code de Deontologie Medicale (2007). Conseil National de L 'Ordre des Medecins de Bélgica. En: www.ordomedic.be.
- 28.- Gedragsregels voor artsen (2003). Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst . En: www.knmg.nl.
29. - Code of Medical Ethics. Finnish Medical Association. http://www.laakariliitto.fi/e/ethics/code_of_ethics.html.
30. - Good Medical Practice (2006). General Medical Council. United Kingdom. En: www.gmc-uk.org.
- 31.-The Meaning of Fitness to Practise (2006). General Medical Council. United Kingdom. www.gmc-uk.org/concerns/the_investigation_process/The_Meaning_of_Fitness_to_Practise.pdf.
- 32.- Collazo E. Consentimiento informado en la práctica médica. Fundamentos bioéticos y aspectos prácticos. *Cirugía Española* 2002; 71(6):319-324.

-
- 33.- Good Practice – A Guide for Departments of Anaesthesia, Critical Care and Pain Management (2006). Royal College of Anaesthetists and the Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland.
http://www.aagbi.org/publications/guidelines/docs/goodpractice%20_guidefordepartments06.pdf
34. - A Guide to Ethical Conduct and Behaviour (2004). The Medical Council. Ireland.
<http://www.medicalcouncil.ie/>
35. - American College of Physicians. Ethics Manual. Ann Intern Med 1998; 128:576-594.
- 36.- Ethical Guidelines on the Use of Assisted Reproductive Technology in Clinical Practice and Research. Australian Government. National Health and Medical Research Council. En:
<http://www.ag.gov.au/cca>
- 37.- Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial de España. En:
http://www.cgcom.es/sites/default/files/estatutos_omc_0.pdf
- 38.- Código de Deontología de los Médicos de Cataluña (2004).
http://www.facme.org/pdf/Codigo_Deontologico_de_los_Medicos_de_Cataluna.pdf.
- 39.- Código Deontológico del Col.legi de Metges d'Andorra (2001). <http://www.collegidemetges.ad/>
- 40.- Código Deontológico del Consejo de Colegios Médicos Valencianos (2002).
<http://www.comv.es/web/normativa/norma.php?id=51>
- 41.- Vianna JAR, Rocha LE. Comparação do código de ética médica do Brasil e de 11 países. Rev Assoc Med Bras 2006; 52(6): 435-40
- 42.- Código de Ética del Colegio Médico de Chile (A.G.) (2004).
http://www.colegiomedico.cl/%C3%89tica/Normativas/C%C3%B3digo_de_%C3%89tica/tabid/248/Default.aspx.
- 43.- Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú (2004).
<http://www2.cmp.org.pe/content/view/327/147/>
- 44.- Código de Ética y Deontología Médica del Colegio Médico de El Salvador (2001).
http://www.colegiomedico.org.sv/Detalles/Publicaciones/C_digo_de_tica_y_Deontolog_a_19.html.
- 45.- Código de Deontología Médica de la Federación Médica Venezolana (1985).
<http://www.saludfmv.org/archivos/deontologia.pdf>.
- 46.- Código Internacional de Ética Médica. World Medical Association. En: www.wma.net.
- 47.- Código Internacional de Ética para los Profesionales de la Salud Ocupacional. Actualización marzo 2002. http://www.icohweb.org/core_docs/code_ethics_spanish.pdf.

-
- 48.- Código de Ética de la Federación Ibero Latinoamericana de Cirugía Plástica (1982). <http://www.filacp.org/espanol/codigo.htm>.
- 49.- Código de Ética y Deontología Médica del Colegio Interamericano de Radiología. <http://www.cir-radiologia.org/etica.php>.
- 50.- Código Deontológico de la Asociación de Especialistas en Sexología (1996). España. <http://www.aees.org.es/docs/codg.htm>.
- 51.- Código Deontológico. Ordem dos Médicos de Portugal. En: ww.ordemdosmedicos.pt.
- 52.- Codice di Deontologia Medica (2006). Federazione Nazionale degli Ordini provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri. Italia. En: http://portale.fnomceo.it/Jcmsfnomceo/cmsfile/attach_3819.pdf.
- 53.- Collazo E. Valoración de los Artículos 33 y 59 del Código de Deontología de los Médicos de Cataluña (2005), anulados judicialmente. Cuadernos de Bioética (en prensa).
- 54.- Código Español de Buenas Prácticas de Promoción de Medicamentos y de Interrelación de la Industria Farmacéutica con los Profesionales Sanitarios (2008). Unidad de Supervisión Deontológica. En: www.farmaindustria.es
- 55.- Declaración de la Asociación Médica de Australia On-line and other Broadband Connected Medical Consultations. En: <http://www.ama.com.au/web.nsf/doc/WEEN-6VD2CU>
- 56.- Declaración de la Asociación Médica de Finlandia Ethical Guidelines in Telemedicine. En: <http://www.laakariliitto.fi/e/ethics/telemed/html>
- 57.- III Seminario de Comisiones de Deontología de Colegios Oficiales de Médicos. Conclusiones. Sede de la Organización Médica Colegial. Madrid, 2 de marzo de 2007.
- 58.- Código de Ética y Deontología Médica del Colegio Mexicano de Urología. Boletín del Colegio Mexicano de Urología 2005; 20(2): 62-70.
- 59.- García Guerrero, Julio. Problemas éticos y deontológicos en el ejercicio de la Medicina en Instituciones Penitenciarias. VII Jornadas de Comisiones Deontológicas de Colegios de Médicos de España. Madrid, 14-16 de enero de 2009. Libro de Actas.
- 60.- Girela López E, Collazo Chao E. Problemas específicos y modelo de comunicación de las comisiones de ética y deontología con los médicos en Instituciones Penitenciarias. VII Jornadas de Comisiones Deontológicas de Colegios de Médicos de España. Madrid, 14-16 de enero de 2009. Libro de Actas.
- 61.- Code of Ethics of Stony Brook University Hospital (State University of New York). En: <http://www.uhmc.sunysb.edu/prevmed/mns/imcs/contexts/spring02.pdf>.
- 62.- Herranz G. El Código de Ética y Deontología Médica. En: Formación en Responsabilidad Profesional. Coordinador General: Ricardo de Lorenzo y Montero. En <http://www.aeds.org/unidad6/codigoedm.htm>.

-
- 63.- Herranz G. Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica. Pamplona; Eunsa: 1992.
64. - Nandi P. Ethical aspects of clinical practice. Arch Surg 2000; 135:22-25.
- 65.- Collazo E. Humanización de la Medicina. En "Bioética en las Ciencias de la Salud", pg. 13-24. Ediciones El Partal. Granada, 2001.
- 66.- Rehman S, Nietert P, Cope D, Kilpatrick A. What to wear today? Effect of doctor's attire on the trust and confidence of patients. Am J Med. 2005; 118(11):1279-8.
- 67.- Collazo E. El médico al que alaban los enfermos. Médicos de Andalucía 2007;3:25.
68. - Klufft RP. Treating the patient who has been sexually exploited by a previous therapist. Psychiatr Clin North Am 1989; 12: 483-500.
- 69.- Bayer T, Coverdale J, Chiang E. A national survey of physicians' behaviors regarding sexual contact with patients. South Med J. 1996; 89(10):977-82.
70. - Coverdale J, Thomson A, White G. Social and sexual contact between general practitioners and patients in New Zealand: attitudes and prevalence. British Journal of General Practice 1995; 45:245-247.
71. - Wilbers D, Veenstra G, van de Wiel H, Weijmar W. Sexual contact in the doctor-patient relationship in the Netherlands. BMJ 1992; 304:1531-4.
- 72.- Gartrell N, Milliken N, Goodson W, Thiemann S, Lo B. Physician-patient sexual contact-Prevalence and problems. West J Med 1992; 157:139-143.
- 73.- Schniederjan S, Donovan GK. Ethics versus education: pelvic exams on anesthetized women. J Okla State Med Assoc. 2005; 98(8):386-8.
74. - Wilson RF. Unauthorized Practice: Teaching Pelvic Examination on Women Under Anesthesia. J Am Med Womens Assoc. 2003; 58(4):217-220.
75. - Chescheir NG. A Response: Teaching Pelvic Examination on Women Under Anesthesia. J Am Med Womens Assoc. 2003; 58(4):221-222.
76. - Galletly CA. Crossing professional boundaries in medicine: the slippery slope to patient sexual exploitation. MJA 2004; 181: 380-383.
77. - Committee on Ethics, American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 373: Sexual misconduct. Obstet Gynecol. 2007; 110(2 Pt 1):441-4.
78. - Cameron J. New college data may shed light on issue of sexual abuse by physicians. Can Med Assoc J 1996; 154 (10):1553-1555.
79. - CMA Policy Summary. The patient-physician relationship and the sexual abuse of patients. Can Med Assoc J 1994; 150 (11):1884 A-C.

-
- 80.- Collazo E. Asistencia sanitaria a los testigos de Jehová. En "Bioética en las Ciencias de la Salud", pg. 415-428. Ediciones El Partal. Granada, 2001.
- 81.- Collazo E. La historia clínica en los procesos quirúrgicos. Aspectos bioéticos y fundamentos deontológicos. *Cir Esp.* 2008; 84(5):241-5.
- 82.- Collazo E. Conflictos entre la protección de datos y el acceso a la historia clínica. En: *Guías de Ética en la práctica médica. Intimidad, confidencialidad y secreto.* Pg. 33-59. Fundación de Ciencias de la Salud. Editorial Ergón, Madrid 2005
- 83.- Collazo E. Malpraxis médica en la provincia de Córdoba. *COMCORDOBA (Revista del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Córdoba)* 2007; 52:19-20.
- 84.- Ética de la Prescripción. Foro: Prescripción en Andalucía. *COMCORDOBA* 2006; 45:20-21.
85. - Emanuel E. Justice and Managed Care: Four Principles for the Just Allocation of Health Care resources. *Hasting Center Report* 2000; 30 (3): 8-16.
86. - Williams A. Applying Economics in a Hostile Environment: the health sector. *Gaceta Sanitaria*, 2001; 15(1):68-73.
- 87.- García C, Ortega D, Biagini L. Interacciones industria & radiología: logros innegables, conflictos de intereses posibles. Los obsequios de la industria. *Rev Chil Radiol* 2006; 12 (4); 179-185.
- 88.- Delgado Fagundes MJ, Gomes Alves Soares M, Diniz NM, Ribeiro Pires J, Garrafa V. Análise Bioética da propaganda e publicidade de medicamentos. *Ciência Saúde Coletiva* 2007; 12 (1):221-229.
- 89.- Grupo de Ética de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria. La ética en la relación con la industria farmacéutica. Encuesta de opinión a médicos de familia en Cataluña. *Aten Primaria* 2004; 34(1):6-15.
- 90.- Díaz Grávalos GJ, Palmeiro Fernández G, Núnñez Masid E, Casado Górriz I. Opinión de médicos de atención primaria de Ourense acerca de varias características de la prescripción farmacéutica. *Rev Esp Salud Pública.* 2001; 75(4):361-73.
- 91.- Collazo E. Acerca de las Medicinas Complementarias. *COMCORDOBA (Revista del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Córdoba)* 2003;19:41-42.
- 92.- Collazo E. Acerca de las Medicinas Complementarias (II). *COMCORDOBA (Revista del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Córdoba)* 2004; 21:33-34.
- 93.- Informe del Instituto de Política Familiar (IPF) "El aborto en España: 23 años después" ante la subcomisión parlamentaria encargada de estudiar la ley del aborto. 25 de noviembre de 2008.
- 94.- Collazo E. Un sufrimiento llamado aborto. *COMCORDOBA (Revista del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Córdoba)* 2008; 61:13-14.

- 95.- Collazo E. Aborto: tribulaciones y soluciones. Médicos de Andalucía 2008 (junio); 54:22-23.
- 96.- Collazo E. Algunos problemas éticos de la nueva Ley de Técnicas de Reproducción Asistida. COMCORDOBA (Revista del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Córdoba) 2005; 35:24.
- 97.- Collazo E. Esterilización de personas con retraso mental. Cuadernos de Bioética 1999.
- 98.- Collazo E. La manipulación de la ética y la ciencia. Médicos de Andalucía 2008 (septiembre-octubre); 56:29.
- 99.- Collazo E. Diccionario de Bioética. Director: Carlos Simón Vázquez. Voces Alimentación artificial, Comités de Ética, Esterilización de deficientes. Editorial Monte Carmelo. Burgos 2006.
- 100.- Collazo E. Eutanasia, hoy. Abulcasis (Boletín Informativo del Ilustre Colegio de Médicos de la Provincia de Córdoba) 1992; 132-133:27-28.
- 101.- Collazo E. El derecho a una muerte digna. COMCORDOBA (Revista del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Córdoba) 2005; 31:56-57.
- 102.- Collazo E. ¿Por qué la eutanasia atenta contra la humanidad? COMCORDOBA (Revista del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Córdoba) 2005; 32:34-35.
- 103.- Real Decreto 2070/1999, de 30 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención y utilización clínica de órganos humanos y la coordinación territorial en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos. BOE 3/2000 de 4 de enero de 2000, pág. 179-190.
- 104.- López Moratalla N, Iraburu MJ. Los quince primeros días de la vida humana. Eunsa. Pamplona 2004.
- 105.- Los Valores de la Medicina. Coordinador Marcos Gómez Sancho. Organización Médica Colegial de España. 2008.
http://www.medicosypacientes.com/noticias/2008/06/08_06_30_valores.
- 106.- Kottow MH. Conflictos en ética de investigación con seres humanos. Cad Saúde Pública 2005; 21 (3):862-869.
- 107.- Collazo E. Debate sobre el uso de células madre. COMCORDOBA (Revista del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Córdoba) 2003;13:25-26.
- 108.- Collazo E. La subcomisión de Ética Sanitaria. COMCORDOBA (Revista del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Córdoba) 2008; 64:12-13.
- 109.- Collazo E. Las vicisitudes de la actual vacuna del virus del papiloma humano. COMCORDOBA (Revista del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Córdoba) 2008; 65:48-49.

- 110.- Nandi PL. Ethical Aspects of Clinical Practice. Arch Surg 2000; 135:22-25.
111. - Gervas J, Starfield B, Heath I. Is clinical prevention better than cure? Lancet 2008; 372: 1997-99.
- 112.- Collazo E. Descubrir y prevenir los errores sanitarios. COMCORDOBA (Revista del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Córdoba) 2003; 17:34-35.
- 113.- Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. BOE 126, de 27 mayo 2006, pág 19947- 19956.
- 114.- Collazo E. Significados de “calidad de vida” en la salud. Médicos de Andalucía 2007 (diciembre); 5:22.
- 115.- Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica. BOE 159, de de 4 de julio de 2007, pág 28826-28848.
- 116.- Ortiz-Pommier A. Conflicto de intereses en la relación clínica. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2004; 42(1): 29-36.
- 117.- Collazo E. Previniendo el paciente difícil. En: Relación médico-paciente, pg. 33-46. Edita: Comisión de Ética y Deontología Médica del Colegio Oficial de Médicos. Valladolid 2008.
- 118.- Collazo E. Prevenir las agresiones (I). Médicos de Andalucía 2008 (julio-agosto); 55:18.
- 119.- Collazo E. Prevenir las agresiones (II). COMCORDOBA (Revista del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Córdoba) 2008; 63:14-15.
- 120.- Collazo E. Aspectos prácticos de la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (41/2002).COMCORDOBA (Revista del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Córdoba) 2003; 15:40.
- 121.- Cruceiro-Vidal A. Enseñanza de la bioética y planes de estudios basados en competencias. Educ Med 2008; 11 (2): 69-76.

VIII. ANEXOS

VIII.1.a. Encuesta específica**PREGUNTAS REFERENTES AL EJERCICIO PROFESIONAL:****1. - ¿Tiene plaza en el Sistema Sanitario Público estatal o de la Comunidad Autónoma?**

- Sí 1 - No 2

2. - ¿Cuál es su situación administrativa?

- Médico de Atención Primaria 1
- Jefe de Servicio 2
- Jefe de Sección 3
- Responsable de una Unidad asistencial 4
- Responsable de Centro de Salud, Distrito,... 5
- Adjunto 6
- Residente 7
- Responsable de una Unidad de formación 8
- Pertenece a un comité de ética o investigación 9

3. - ¿En qué año comenzó a ejercer la medicina? _ _ _ _**4. - En su práctica médica ¿ejerce la medicina privada exclusivamente?**

- Sí 1 - No 2

5. - Señale el nivel de gravedad de las patologías de los pacientes que trata habitualmente:

- Muy graves 1 - Graves 2 - Menos graves 3 - Leves 4

6. - ¿Está realizando algún trabajo de investigación? - Sí 1 - No 2

↓

7. - Especifique cuál:**8. - ¿Qué grado de satisfacción le proporciona su actividad profesional como médico****en una escala de 0 a 10 en el ámbito social, en el económico y en el profesional?**

- Socialmente _ _ - Económicamente _ _ - Profesionalmente _ _

9. - ¿Cómo reacciona ante la sobrecarga asistencial? Puntúe de menos a más (de 1 a 8)

- Solicita más pruebas complementarias _____
- Prescribe todo lo que pide el paciente _____
- Proporciona la baja laboral _____
- Ejercita la paciencia _____
- Se toma un respiro para aclarar las ideas, aunque los pacientes protesten _____
- Le echa la culpa al sistema sanitario _____
- Llama a su inmediato superior para protestar _____
- Aconseja al paciente que ponga una reclamación _____

10. - ¿Ha tenido alguna reclamación legal por parte de algún paciente?

- Sí 1 - No 2

11. - ¿Considera que se deben comunicar al paciente los errores causantes de un mal resultado terapéutico? - Si 1 - No 2

↓

12. - ¿Qué tipo de errores se deben comunicar?

- La iatrogenia causada por el médico y sus colaboradores 1
- Los errores diagnósticos 2
- Los errores debidos a insuficiencia y fallos del sistema sanitario 3
- Los errores debidos a la masificación y al estrés del médico y sus colaboradores 4
- Los causados por otros médicos poco cualificados que realizan malos informes, engrosan las facturas, no facilitan la información necesaria o no tienen el título adecuado 5

13. - Por favor, marque los regalos de la industria farmacéutica que ha aceptado en los últimos doce meses

- Ninguno 1
- Bolígrafos, libretas, material de escritorio en general 2
- Comidas en restaurantes 3
- Asistencia a congresos o cursos de formación 4
- Viajes de placer 5
- Ordenadores, agenda electrónica, cámara de fotos 6
- Vehículos 7
- Matrícula de master o cursos de formación 8

14. - ¿Considera que los regalos de la industria farmacéutica influyen en su prescripción?

- Si 1 - No 2

15. - ¿Cuántos años hace que se colegió? — —**16. - En los últimos doce meses, ¿alguno de sus pacientes ha sobrepasado los llamados límites de la relación médico-paciente?**

- Le hizo regalos 1
- Mostró un exceso de afectividad 2
- Usó lenguaje sexual explícito 3
- Intentó conseguir una cita 4
- Intentó tener relaciones sexuales 5
- Le preguntó por cuestiones personales suyas 6
- Le agredió verbalmente 7
- Le agredió físicamente 8
- Solicitó exploración física no procedente 9

17. - En caso de haber contestado afirmativamente la pregunta anterior, los hechos descritos, le afectaron

- Muy positivamente 1 - Positivamente 2 - No me afectaron 3
- Negativamente 4 - Muy negativamente 5

18. - Por favor, califique los hechos anteriormente descritos de más grave a menos grave según su criterio (1 menos grave, 8 más grave)

- Le hizo regalos _____
- Mostró un exceso de afectividad _____
- Usó lenguaje sexual explícito _____
- Intentó conseguir una cita _____
- Intentó tener relaciones sexuales _____
- Le preguntó por cuestiones personales suyas _____
- Le agredió verbalmente _____
- Le agredió físicamente _____

19. - En los últimos doce meses, ¿ha sobrepasado usted los llamados límites de la relación médico-paciente con alguno de sus pacientes?

- Le hizo regalos 1
- Mostró un exceso de afectividad 2
- Usó lenguaje sexual explícito 3
- Intentó conseguir una cita 4
- Intentó tener relaciones sexuales 5
- Le preguntó por cuestiones personales suyas 6
- Le agredió verbalmente 7
- Le agredió físicamente 8
- Intentó exploración física no procedente 9

20. - Las especialidades deberían tener tajantemente especificadas las técnicas, intervenciones y campos de actuación que se pueden realizar en cada una, de forma que otra especialidad no pueda realizarlas. - Si 1 - No 2

21. - ¿Tiene malas relaciones con algún otro médico? - Si 1 - No 2

↓

22. - Esas malas relaciones, ¿sucede en el mismo centro de trabajo? - Si 1 - No 2

↓

23. - Esas malas relaciones obedecen a

- Motivos personales 1 - Motivos profesionales 2

24. - Por favor, puntúe, de 1 a 10, las causas que influyen más en la deshumanización del acto médico (1 menos influencia, 10 más influencia)

- Burn out del medico _____
- Errores en la gestión del sistema sanitario _____
- Aumento de las exigencias del paciente _____
- Falta de habilidades de comunicación del médico _____
- Exceso de burocracia del sistema sanitario _____
- Relativismo de la sociedad _____
- Excesiva presión asistencial _____
- Promesas excesivas del sistema sanitario, mínimas posibilidades de cumplirse _____
- Práctica de la medicina defensiva _____
- Exceso de mercantilismo en las compañías de seguro sanitario _____
- Ausencia de reconocimiento por parte de la sociedad _____
- Ausencia de reconocimiento por parte de la empresa sanitaria _____
- Salarios escasos _____

- Ausencia de protección del médico —

25. - ¿Ha realizado algún curso para mejorar sus habilidades de comunicación con el paciente? - Sí 1 - No 2

26. - ¿Sufre moobing (acoso en el trabajo)?

-Por parte de su jefe 1 -Por parte de sus colegas 2

PREGUNTAS REFERENTES A ÉTICA Y DEONTOLOGIA MÉDICA:

27. - A su parecer, ¿qué es la deontología médica?

28. - ¿Qué lugar debe ocupar la ética médica en la carrera de Medicina?

- Carácter transversal 1 - Asignatura específica 2
- Incluirse en el programa de Medicina Legal y Forense 3

29. - ¿Con qué frecuencia encuentra problemas éticos en su trabajo como médico?

- Diariamente 1
- Semanalmente 2
- Mensualmente 3
- Trimestralmente 4
- Semestralmente 5
- Anualmente 6
- No tengo problemas éticos 7

30. - ¿A quién consulta los problemas éticos?

- A otro médico 1
- Al inmediato superior 2
- A la Comisión de Ética asistencial del hospital o distrito 3
- A la Comisión de Ética y Deontología del Colegio de Médicos 4
- A una asociación profesional 5
- A un sacerdote 6
- Libros, internet 7
- Amigos, familiares 8

31. - ¿Cuáles son los problemas éticos en su práctica diaria que han aparecido desde que usted terminó la carrera de Medicina?

32. - ¿Conoce las funciones de la Comisión de Ética asistencial del hospital o distrito?

- Sí 1 - No 2

33. - ¿Conoce las funciones de la Comisión de Ética y Deontología del Colegio de Médicos?

- Sí 1 - No 2

34. - ¿Está de acuerdo en denunciar al Colegio de Médicos al colega que realiza actos que denigran la profesión? - Sí 1 - No 2

35. - ¿Conoce el vigente Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial de España? - Mucho 1 - Poco 2 - Nada 3

36. - ¿Cuál es su postura ante el vigente Código de Ética y Deontología Médica?
- Lo ignora 1 - Lo consulta 2 - Lo acata 3 - Lo estudia críticamente 4

↓

37. - ¿Justifique, por favor, por qué actúa de esa manera?

38. - Cite varios aspectos del vigente Código de Ética y Deontología Médica que considera insuficiente o deficientemente tratados

39. - Es preferible la existencia de códigos autonómicos a la de un único código de conducta para el conjunto nacional de la profesión médica. - Sí 1 - No 2

40. - ¿Cree que disminuiría la publicidad engañosa si cada anuncio de servicios médicos privados estuviera visado y avalado públicamente por el Colegio Oficial de Médicos de la provincia? - Sí 1 - No 2

41. - ¿Conoce si, en su centro de trabajo, existe algún médico que se droga, emborracha o padece enfermedad mental no controlada? - Sí 1 - No 2

↓

42. - Si su respuesta ha sido afirmativa, ¿ha puesto esa circunstancia en conocimiento del Colegio de Médicos con el fin de que se le pueda ayudar?
- Si 1 - No 2

43. - ¿Considera que si la empresa sanitaria cubriera los gastos de matrícula y asistencia a congresos, cursos de formación, etc. cambiaría sus hábitos de prescripción?
- Si 1 - No 2

44. - Teniendo en cuenta sus obligaciones de confidencialidad, ¿cree que puede hacer algo para guardar el secreto profesional de sus pacientes incluso ante la demanda de información que le puedan realizar desde un Juzgado?
- Si 1 - No 2

PREGUNTAS DE OPINION:

45. - Los deseos del paciente se deben respetar siempre - Si 1 - No 2

46. - Siempre se debe informar al paciente de lo que hace incorrectamente
- Si 1 - No 2 - Sólo si es bueno para él 3

47. - Respetar la intimidad del paciente es poco importante - Si 1 - No 2

48. - Los familiares cercanos del paciente deben ser siempre informados de sus enfermedades
- Si 1 - No 2 - Sólo si es bueno para ayudarle 3 - Sólo si lo permite el paciente 4

49. - Cuando hay mucha presión asistencial la postura más ética es pedir pruebas complementarias, con el fin de disminuirla cuanto antes - Si 1 - No 2
50. - Los menores de 16 años nunca deben ser tratados médicamente sin el consentimiento de sus padres - Si 1 - No 2
51. - Defina, por favor, la objeción de conciencia
52. - ¿Ha ejercido en alguna ocasión la objeción de conciencia? -Si 1-No 2
53. - ¿En qué asuntos ejercería el derecho a la objeción de conciencia?
54. - El médico debe negarse a tratar a pacientes violentos o agresivos
- Si 1 - No 2
55. - Teniendo en cuenta el principio de Justicia y la escasez de los recursos del sistema sanitario, ¿estaría de acuerdo en que el médico se involucre en una distribución razonable de los mismos y en contribuir a que no se dispare el gasto sanitario?
- Si 1 - No 2
56. - Si la ley permite el aborto, el médico no puede negarse a realizarlo
- Si 1 - No 2
57. - ¿Le parece bien el uso se la llamada Medicina defensiva?
- Bien 1 - Mal 2 - Desconozco el significado 3
58. - Si un paciente desea morir, el médico debe ayudarle en su propósito
- Si 1 - No 2
59. -¿Opina que el sistema sanitario público funciona a base de la buena voluntad de algunos facultativos, a base de forzar la máquina y a base de ir pidiendo favores a los compañeros, como si el paciente fuera familiar del médico?
-Si 1 -No 2
60. -¿Ha comunicado alguna vez, por escrito, al director del distrito o al gerente del hospital, si así fuera, la carencia de condiciones adecuadas de trabajo para desarrollar de una manera digna su trabajo asistencial?
-Si 1 -No 2

PREGUNTAS DE INDOLE GENERAL:

61. Sexo: - Hombre 1 - Mujer 2

62. Edad: __ __

63. Nacionalidad: _____

PREGUNTAS REFERENTES A SU FORMACION COMO MEDICO:

64. - Fecha de la Licenciatura en Medicina y Cirugía: __ __ __ __

65. .- ¿Posee algún otro título de Licenciado Universitario?- Sí 1 - No 2

↓

66. .- Especifique cuál:

67. .- ¿Posee el título de Doctor? - Sí 1 - No 2

↓

68. .- ¿En qué Departamento y Universidad realizó su Tesis Doctoral?

69. .- ¿Posee algún título de médico especialista? - Sí 1 - No 2

↓

70. .- Especifique cuál o cuáles

¡MUCHAS GRACIAS!

VIII.1.b. Resultados de la encuesta**PREGUNTAS REFERENTES AL EJERCICIO PROFESIONAL:****1. - ¿Tiene plaza en el Sistema Sanitario Público estatal o de la Comunidad Autónoma?**

- Sí 154 (porcentaje válido 55.2) - No 125 (porcentaje válido 44.8)
Nº respuestas 279

2. - ¿Cuál es su situación administrativa?

- Médico de Atención Primaria	108 (44.1)
- Jefe de Servicio	6 (2.4)
- Jefe de Sección	9 (3.7)
- Responsable de una Unidad asistencial	11 (4.5)
- Responsable de Centro de Salud, Distrito,...	4 (1.6)
- Adjunto	93 (38)
- Residente	14 (5.7)
- Responsable de una Unidad de formación	4
- Pertenece a un comité de ética o investigación	4

Nº respuestas 253

3. - ¿En qué año comenzó a ejercer la medicina?

Media 21.7 (desviación típica s=10)

Moda 25

Nº respuestas 279

4. - En su práctica médica ¿ejerce la medicina privada exclusivamente?

- Sí 61 (22) - No 216 (78)
Nº respuestas 277

5. - Señale el nivel de gravedad de las patologías de los pacientes que trata habitualmente:

- Muy graves 34 (12.3) - Graves 72 (26.1) - Menos graves 114 (41.3) - Leves 56 (20.3)

Nº respuestas 276

6. - ¿Está realizando algún trabajo de investigación?

- Sí 67 (24.1) - No 211 (75.9)
Nº respuestas 278

7. - Especifique cuál:

Disfunción eréctil
 HTA
 Esquizofrenia
 Tumores hipofisarios
 Estenosis traqueal
 Síndrome intestino irritable
 Retinopatía diabética
 Ventilación no invasiva
 Glaucoma
 Enfermedades cardiacas congénitas
 Inmunología
 Funciones cerebrales superiores
 Cáncer (3)
 Artritis reumatoide
 Trastornos del sueño
 Psiquiatría y derecho penal
 Toxicidad farmacológica
 Dolor torácico
 Enfermedad inflamatoria intestinal y embarazo
 Ulceras varicosas
 Neumología
 Cáncer colorectal
 Aneurismas cerebrales
 Violencia de género (2)
 Síndrome metabólico
 Insuficiencia cardiaca
 Nutrición parenteral
 Alcoholismo
 EPOC grave
 Seguridad en pacientes hospitalizados
 Menopausia
 Melanoma
 Psoriasis
 Trastorno mental grave
 Queratoplastia endotelial

Nº respuestas 38

8. .- ¿Qué grado de satisfacción le proporciona su actividad profesional como médico en una escala de 0 a 10 en el ámbito social, en el económico y en el profesional?

- Socialmente	- Económicamente	- Profesionalmente
Nº respuestas 277	Nº respuestas 278	Nº respuestas 277
Media 6.6 (s=1.85)	Media 5.6 (s=1.87)	Media 6.9 (s=2.03)
Moda 8	Moda 7	Moda 8

9. .- ¿Cómo reacciona ante la sobrecarga asistencial? Puntúe de menos a más (de 1 a 8)

- Solicita más pruebas complementarias
Nº respuestas 236 Media 3.47 (s=2.21) Moda 1
- Prescribe todo lo que pide el paciente
Nº respuestas 228 Media 3.01 (s=2.15) Moda 1
- Proporciona la baja laboral
Nº respuestas 216 Media 2.56 (s=2.04) Moda 1
- Ejercita la paciencia
Nº respuestas 244 Media 6.62 (s=2.11) Moda 8
- Se toma un respiro para aclarar las ideas, aunque los pacientes protesten
Nº respuestas 234 Media 4.55 (s=2.39) Moda 7
- Le echa la culpa al sistema sanitario
Nº respuestas 236 Media 5.55 (s=2.30) Moda 8
- Llama a su inmediato superior para protestar
Nº respuestas 222 Media 3.00 (s=2.06) Moda 1
- Aconseja al paciente que ponga una reclamación
Nº respuestas 227 Media 3.50 (s=2.40) Moda 1

10. .- ¿Ha tenido alguna reclamación legal por parte de algún paciente?

- Sí 84 (30.2) - No 194 (69.8)
Nº respuestas 278

11. .- ¿Considera que se deben comunicar al paciente los errores causantes de un mal resultado terapéutico?

- Si 223 (79.6) - No 54 (19.3)
Nº respuestas 277

12. .- ¿Qué tipo de errores se deben comunicar?

- La iatrogenia causada por el médico y sus colaboradores 138 (98.6)
Nº respuestas 140
- Los errores diagnósticos 165 (100)
Nº respuestas 165
- Los errores debidos a insuficiencia y fallos del sistema sanitario 188 (99.5)
Nº respuestas 189

- Los errores debidos a la masificación y al estrés del médico y sus colaboradores 164
(100)
Nº respuestas 164

- Los causados por otros médicos poco cualificados que realizan malos informes, engrosan las facturas, no facilitan la información necesaria o no tienen el título adecuado 134
(100)
Nº respuestas 134

13. .- Por favor, marque los regalos de la industria farmacéutica que ha aceptado en los últimos doce meses

- Ninguno	34 (6.27)
- Bolígrafos, libretas, material de escritorio en general	230 (42.43)
- Comidas en restaurantes	111 (20.47)
- Asistencia a congresos o cursos de formación	133 (24.53)
- Viajes de placer	5 (0.92)
- Ordenadores, agenda electrónica, cámara de fotos	6 (1.10)
- Vehículos	1 (0.18)
- Matrícula de master o cursos de formación	22 (4.05)

Nº respuestas 279 (acumuladas 542)

14. .- ¿Considera que los regalos de la industria farmacéutica influyen en su prescripción?

- Si 72 (26.2) - No 203 (73.8)
Nº respuestas 275

15. .- ¿Cuántos años hace que se colegió?

Nº respuestas 275 Media 21.41 (s=9.91) Moda 25

16. .- En los últimos doce meses, ¿alguno de sus pacientes ha sobrepasado los llamados límites de la relación médico-paciente?

- Le hizo regalos	110 (30.3)
- Mostró un exceso de afectividad	58 (15.97)
- Usó lenguaje sexual explícito	12 (3.3)
- Intentó conseguir una cita	12 (3.3)
- Intentó tener relaciones sexuales	0
- Le preguntó por cuestiones personales suyas	55 (15.15)
- Le agredió verbalmente	66 (18.18)
- Le agredió físicamente	5 (1.37)
- Solicitó exploración física no procedente	45 (12.39)

Nº respuestas 196 (acumuladas 363)

17. .- En caso de haber contestado afirmativamente la pregunta anterior, los hechos descritos, le afectaron

- Muy positivamente 4 (2.1) - Positivamente 26 (13.4) - No me afectaron 113 (58.2)
 - Negativamente 33 (17) - Muy negativamente 17 (8.8)

Nº respuestas 194

18. .- Por favor, califique los hechos anteriormente descritos de más grave a menos grave según su criterio (1 menos grave, 8 más grave)

- Le hizo regalos

Nº respuestas 175 Media 1.51 (s=1.15) Moda 1

- Mostró un exceso de afectividad

Nº respuestas 150 Media 2.73 (s=1.66) Moda 2

- Usó lenguaje sexual explícito

Nº respuestas 129 Media 5.91 (s=1.92) Moda 8

- Intentó conseguir una cita

Nº respuestas 136 Media 5.32 (s=2.08) Moda 4

- Intentó tener relaciones sexuales

Nº respuestas 131 Media 7.24 (s=1.05) Moda 8

- Le preguntó por cuestiones personales suyas

Nº respuestas 148 Media 4.35 (s=2.19) Moda 3

- Le agredió verbalmente

Nº respuestas 160 Media 6.85 (s=1.55) Moda 8

- Le agredió físicamente

Nº respuestas 130 Media 7.71 (s=1.09) Moda 8

19. .- En los últimos doce meses, ¿ha sobrepasado usted los llamados límites de la relación médico-paciente con alguno de sus pacientes?

- | | |
|---|------------|
| - Le hizo regalos | 9 (21.95) |
| - Mostró un exceso de afectividad | 11 (26.82) |
| - Usó lenguaje sexual explícito | 0 |
| - Intentó conseguir una cita | 1 (2.43) |
| - Intentó tener relaciones sexuales | 0 |
| - Le preguntó por cuestiones personales suyas | 16 (39.02) |
| - Le agredió verbalmente | 2 (4.87) |
| - Le agredió físicamente | 0 |
| - Intentó exploración física no procedente | 2 (4.87) |

Nº respuestas 36 (acumuladas 41)

20. .- Las especialidades deberían tener tajantemente especificadas las técnicas, intervenciones y campos de actuación que se pueden realizar en cada una, de forma que otra especialidad no pueda realizarlas.

- Si 86 (31.3) - No 189 (68.7)
Nº respuestas 275

21. .- ¿Tiene malas relaciones con algún otro médico?

- Si 65 (23.5) - No 212 (76.5)
Nº respuestas 277

22. .- Esas malas relaciones, ¿sucede en el mismo centro de trabajo?

- Si 30 (46.1) - No 35 (53.9)
Nº respuestas 65

23. .- Esas malas relaciones obedecen a

- Motivos personales 30(46.1) - Motivos profesionales 35 (53.9)
Nº respuestas 65

24. .- Por favor, puntúe, de 1 a 10, las causas que influyen más en la deshumanización del acto médico (1 menos influencia, 10 más influencia)

- Burn out del medico
Nº respuestas 248 Media 7.7 (s=2.33) Moda 10

- Errores en la gestión del sistema sanitario
Nº respuestas 252 Media 7.2 (s=2.18) Moda 8

- Aumento de las exigencias del paciente
Nº respuestas 260 Media 7.2 (s=2.19) Moda 8

- Falta de habilidades de comunicación del médico
Nº respuestas 248 Media 5.4 (s=2.43) Moda 5

- Exceso de burocracia del sistema sanitario
Nº respuestas 255 Media 7.2 (s=1.99) Moda 8

- Relativismo de la sociedad
Nº respuestas 243 Media 6 (s=2.23) Moda 7

- Excesiva presión asistencial
Nº respuestas 259 Media 8 (s=1.83) Moda 8

- Promesas excesivas del sistema sanitario, con mínimas posibilidades de cumplirse
Nº respuestas 252 Media 7.7 (s=2.12) Moda 10

- Práctica de la medicina defensiva

Nº respuestas 244 Media 7 (s=2.11) Moda 8

- Exceso de mercantilismo en las compañías de seguro sanitario

Nº respuestas 224 Media 6.2 (s=2.36) Moda 7

- Ausencia de reconocimiento por parte de la sociedad

Nº respuestas 247 Media 6.4 (s=2.43) Moda 8

- Ausencia de reconocimiento por parte de la empresa sanitaria

Nº respuestas 245 Media 7 (s=2.43) Moda 10

- Salarios escasos

Nº respuestas 248 Media 6.6 (s=2.60) Moda 8

- Ausencia de protección del médico

Nº respuestas 244 Media 7.8 (s=2.50) Moda 8

25. - ¿Ha realizado algún curso para mejorar sus habilidades de comunicación con el paciente?

- Si 137 (49.3) - No 141 (50.7)

Nº respuestas 278

26. - ¿Sufre moobing (acoso en el trabajo)?

-Por parte de su jefe 44 (60.3) -Por parte de sus colegas 29 (39.7)

Nº respuestas 73

PREGUNTAS REFERENTES A ÉTICA Y DEONTOLOGIA MÉDICA:

27. - A su parecer, ¿qué es la deontología médica?

Nº respuestas 271

La definen más o menos adecuadamente 165 (60.9)

No la definen más o menos adecuadamente 106 (39.1)

28. - ¿Qué lugar debe ocupar la ética médica en la carrera de Medicina?

- Carácter transversal 75 (27.7) - Asignatura específica 122 (46.1)

- Incluirse en el programa de Medicina Legal y Forense 71 (26.2)

Nº respuestas 271

29. - ¿Con qué frecuencia encuentra problemas éticos en su trabajo como médico?

- Diariamente 66 (24.4)

- Semanalmente 61 (22.5)

- Mensualmente 42 (15.5)

- Trimestralmente 17 (6.3)
- Semestralmente 17 (6.3)
- Anualmente 27 (10)
- No tengo problemas éticos 41 (15.1)

Nº respuestas 271

30. - ¿A quién consulta los problemas éticos?

- A otro médico 156 (48)
- Al inmediato superior 41 (12.61)
- A la Comisión de Ética asistencial del hospital o distrito 13 (4)
- A la Comisión de Ética y Deontología del Colegio de Médicos 13 (4)
- A una asociación profesional 4 (1.23)
- A un sacerdote 12 (3.69)
- Libros, internet 45 (13.84)
- Amigos, familiares 41 (12.61)

Nº respuestas 221 (acumuladas 325)

31. - ¿Cuáles son los problemas éticos en su práctica diaria que han aparecido desde que usted terminó la carrera de Medicina?

- Aborto 39 (15.23)
- Atención a pacientes terminales 23 (8.98)
- Píldora postcoital 21 (8.20)
- Certificados y bajas ficticios 21 (8.20)
- Mal trato entre médicos 17 (6.64)
- Eutanasia 16 (6.25)
- Problemas entre la Administración y el médico 14 (5.46)
- Prescripción con ánimo de lucro 14 (5.46)
- Confidencialidad 13 (5.07)
- Relación con la industria farmacéutica 9 (3.51)
- Negligencias 8 (3.12)
- Atención a menores 7 (2.73)
- Problemas de prescripción 4 (1.56)
- Anticoncepción en menores 4
- Medicina defensiva 4
- Problemas con los farmacéuticos 4
- Errores médicos 3 (1.17)
- Agresiones al médico 3
- Manipulación genética 3
- Atención a testigos de Jehová 3
- Objeción de conciencia 2 (0.78)
- Intrusismo 2
- Falta de intimidad en las consultas del SAS 2
- Dolor innecesario 2
- Problemas sociales 2
- Denunciar colegas con adicciones 1 (0.39)

- Cirugía sólo estética no curativa	1
- Maltrato a ancianos	1
- Enfermedades venéreas en menores	1
- Publicidad engañosa	1
- Cirugía en dementes y disminuidos psíquicos	1
- Denunciar malos tratos	1
- No emitir informes escritos solicitados	1
- Trasplantes	1
- Tratamiento en incapaces	1
- Esterilización quirúrgica	1
- Sida	1
- Malos tratos en general	1
- Confidencialidad informática	1
- Suicidio	1
- Pacientes críticos quirúrgicos	1
Nº respuestas 121 (acumuladas 256)	

32. - ¿Conoce las funciones de la Comisión de Ética asistencial del hospital o distrito?

- Sí 72 (26.4)	- No 201 (73.6)
Nº respuestas 273	

33. - ¿Conoce las funciones de la Comisión de Ética y Deontología del Colegio de Médicos?

- Sí 111 (40.2)	- No 165 (59.8)
Nº respuestas 276	

34. - ¿Está de acuerdo en denunciar al Colegio de Médicos al colega que realiza actos que denigran la profesión?

- Sí 220 (83)	- No 45 (17)
Nº respuestas 265	

35. - ¿Conoce el vigente Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial de España?

- Mucho 20 (7.2)	- Poco 131 (47.3)	- Nada 126 (45.5)
Nº respuestas 277		

36. - ¿Cuál es su postura ante el vigente Código de Ética y Deontología Médica?

- Lo ignora 125 (50.6)	- Lo consulta 52 (21.1)	- Lo acata 63 (25.5)
- Lo estudia críticamente 7 (2.8)		

↓
Nº respuestas 247

37. - ¿Justifique, por favor, por qué actúa de esa manera?

- Le falta de tiempo	24 (16.78)
- Ética personal y sentido común	12 (8.39)
- Resuelven los problemas en reuniones y consultas	3 (2.09)
- Es inoperante	5 (3.49)
- Tiene necesidad de consultarlo	19 (13.28)
- No conoce el Código	40 (27.97)
- Tiene desidia	8 (5.59)
- Tiene dificultad para consultarlo	8 (5.59)
- Esta consensuado por los médicos	21 (14.68)
- Está “quemado”	3 (2.09)

Nº respuestas 124 (acumuladas 143)

38. .- Cite varios aspectos del vigente Código de Ética y Deontología Médica que considera insuficiente o deficientemente tratados

- Relaciones con las compañías de seguro sanitario	3 (7.31)
- Intrusismo intraprofesional	3 (7.31)
- Mercantilismo o incentivación en la prescripción	3 (7.31)
- Eutanasia	3 (7.31)
- Aborto	2 (4.87)
- Relaciones con la industria farmacéutica	2 (4.87)
- Prevención	2 (4.87)
- Trato entre médicos	2 (4.87)
- Relación médico-jefe médico o Administración	2 (4.87)
- Cómo tratar los pacientes problemáticos	1 (2.43)
- Negativa a atender a ciertos enfermos	1 (2.43)
- Mala praxis de los colegas	1 (2.43)
- Indicaciones injustificadas de tratamiento	1 (2.43)
- Publicidad engañosa	1 (2.43)
- Obstinación terapéutica	1 (2.43)
- Embarazo y estados críticos	1 (2.43)
- Reproducción	1 (2.43)
- Cuidados paliativos	1 (2.43)
- Relación médico-asociaciones paramédicas	1 (2.43)
- Testamento vital	1 (2.43)
- Confidencialidad y menores	1 (2.43)
- Derecho a la no aplicación de terapias	1 (2.43)
- Dignidad de los honorarios	1 (2.43)
- Limitaciones y deberes del paciente	1 (2.43)
- Derechos que asisten al médico en su ejercicio	1 (2.43)
- Trato a menores	1 (2.43)
- Distribución de recursos asistenciales	1 (2.43)
- Confidencialidad informática	1 (2.43)

Nº respuestas 19 (acumuladas 41)

39. .- Es preferible la existencia de códigos autonómicos a la de un único código de conducta para el conjunto nacional de la profesión médica.

- Sí 31 (11.5) - No 239 (88.5)
Nº respuestas 270

40. .- ¿Cree que disminuiría la publicidad engañosa si cada anuncio de servicios médicos privados estuviera visado y avalado públicamente por el Colegio Oficial de Médicos de la provincia?

- Sí 244 (90.4) - No 26 (9.6)
Nº respuestas 270

41. .- ¿Conoce si, en su centro de trabajo, existe algún médico que se droga, emborracha o padece enfermedad mental no controlada?

- Sí 56 (20.8) - No 213 (79.2)
Nº respuestas 269

42. .- Si su respuesta ha sido afirmativa, ¿ha puesto esa circunstancia en conocimiento del Colegio de Médicos con el fin de que se le pueda ayudar?

- Si 9 (13.8) - No 56 (86.2)
Nº respuestas 65

43. .- ¿Considera que si la empresa sanitaria cubriera los gastos de matrícula y asistencia a congresos, cursos de formación, etc. cambiaría sus hábitos de prescripción?

- Si 82 (30.4) - No 188 (69.6)
Nº respuestas 270

44. .- Teniendo en cuenta sus obligaciones de confidencialidad, ¿cree que puede hacer algo para guardar el secreto profesional de sus pacientes incluso ante la demanda de información que le puedan realizar desde un Juzgado?

- Si 120 (46) - No 141 (54)
Nº respuestas 261

PREGUNTAS DE OPINION:

45. .- Los deseos del paciente se deben respetar siempre

- Si 79 (28.4) - No 199 (71.6)
Nº respuestas 278

46. .- Siempre se debe informar al paciente de lo que hace incorrectamente

- Si 144 (52.2) - No 32 (11.6) - Sólo si es bueno para él 100 (36.2)
Nº respuestas 276

47. .- Respetar la intimidad del paciente es poco importante

- Si 16 (5.8) - No 262 (94.2)
Nº respuestas 278

48. .- Los familiares cercanos del paciente deben ser siempre informados de sus enfermedades

- Si 40 (14.3) - No 11 (3.9) - Sólo si es bueno para ayudarle 58 (20.8)
- Sólo si lo permite el paciente 170 (60.9)

Nº respuestas 279

49. .- Cuando hay mucha presión asistencial la postura más ética es pedir pruebas complementarias, con el fin de disminuirla cuanto antes

- Si 20 (7.3) - No 254 (92.7)
Nº respuestas 274

50. .- Los menores de 16 años nunca deben ser tratados médicamente sin el consentimiento de sus padres

- Si 124 (45.9) - No 146 (54.1)
Nº respuestas 270

51. .- Defina, por favor, la objeción de conciencia

Nº respuestas 271

- La definen más o menos adecuadamente 143 (52.8)
- No la definen más o menos adecuadamente 128 (47.2)

52. .- ¿Ha ejercido en alguna ocasión la objeción de conciencia?

-Si 60 (22.1) -No 212 (77.9)
Nº respuestas 272

53. .- ¿En qué asuntos ejercería el derecho a la objeción de conciencia?

- Aborto	106 (40.45)
- Atención a menores no indicada	3 (1.14)
- Eutanasia	79 (30.15)
- Nunca la ejercería	11 (4.19)
- Suicidio asistido	2 (0.76)
- Píldora postcoital	30 (11.45)
- Cualquier atentado a la vida o la dignidad del ser humano	16 (6.10)
- Esterilización	6 (2.29)
- Bebe medicamento	1 (0.38)
- Anticoncepción	5 (1.90)

- Testigos de Jehová 2 (0.76)
 - Diagnóstico prenatal 1 (0.38)

Nº respuestas 159 (acumuladas 262)

54. .- El médico debe negarse a tratar a pacientes violentos o agresivos

- Si 98 (36.8) - No 168 (63.2)
 Nº respuestas 266

55. .- Teniendo en cuenta el principio de Justicia y la escasez de los recursos del sistema sanitario, ¿estaría de acuerdo en que el médico se involucre en una distribución razonable de los mismos y en contribuir a que no se dispare el gasto sanitario?

- Si 254 (92.7) - No 20 (7.3)
 Nº respuestas 274

56. .- Si la ley permite el aborto, el médico no puede negarse a realizarlo

- Si 93 (34.3) - No 178 (65.7)
 Nº respuestas 271

57. .- ¿Le parece bien el uso se la llamada Medicina defensiva?

- Bien 72 (26.5) - Mal 189 (69.5) - Desconozco el significado 11 (4)
 Nº respuestas 272

58. .- Si un paciente desea morir, el médico debe ayudarle en su propósito

- Si 52 (20.4) - No 203 (79.6)
 Nº respuestas 255

59. .-¿Opina que el sistema sanitario público funciona a base de la buena voluntad de algunos facultativos, a base de forzar la máquina y a base de ir pidiendo favores a los compañeros, como si el paciente fuera familiar del médico?

- Si 216 (79.7) -No 55 (20.3)
 Nº respuestas 271

60. .-¿Ha comunicado alguna vez, por escrito, al director del distrito o al gerente del hospital, si así fuera, la carencia de condiciones adecuadas de trabajo para desarrollar de una manera digna su trabajo asistencial?

- Si 131 (50.2) -No 130 (49.8)

Nº respuestas 261

PREGUNTAS DE INDOLE GENERAL:

61. Sexo:

- Hombre 186 (66.9) - Mujer 92 (33.1)

Nº respuestas 278

62. Edad:

Nº respuestas 275 Media 47.6 (s=9.74) Moda 51

63. Nacionalidad:

- Española 273 (99.3) - Colombiana 1 (0.3) - Alemana 1 (0.3)

Nº respuestas 275

PREGUNTAS REFERENTES A SU FORMACION COMO MEDICO:

64. .- Fecha de la Licenciatura en Medicina y Cirugía:

Nº respuestas 276 Media 22.9 (s=10.02) años desde la Licenciatura Moda 27

65. .- ¿Posee algún otro título de Licenciado Universitario?

- Sí 24 (8.9) - No 245 (91.1)

Nº respuestas 269

66. .- Especifique cuál:

Nº respuestas 11

Biología 1
Ballet clásico 1
Enfermería 3
Historia medieval 1
Psicología 1
Odontología 1
Químicas 1
Derecho 1
Filología inglesa 1

67. .- ¿Posee el título de Doctor?

- Sí 64 (23.2) - No 212 (76.8) Nº respuestas 276

68. .- ¿En qué Departamento y Universidad realizó su Tesis Doctoral?

Nº respuestas Universidad 58

Córdoba	49 (84.5)
Sevilla	3 (5.2)
Complutense	2 (3.4)
Cádiz	1 (1.7)
Granada	3 (5.2)

Nº respuestas Departamento 47

Medicina	15 (31.9)
Ciencias morfológicas	4 (8.5)
Cirugía	3 (6.4)
Inmunología	1 (2.1)
Radiología y terapéutica física	3 (6.4)
Bioquímica	3 (6.4)
Especialidades médico quirúrgicas	3 (6.4)
Fisiología y bioquímica	1 (2.1)
Medicina legal	4 (8.5)
Psiquiatría	2 (4.3)
Medicina preventiva	2 (4.3)
Medicina física	2 (4.3)
Anatomía patológica	1 (2.1)
Microbiología	2 (4.3)
Dermatología	1 (2.1)

69. - ¿Posee algún título de médico especialista?

- Sí 216 (78) - No 61 (22)

Nº respuestas 277

70.- Especifique cuál o cuáles

Nº respuestas 199 (acumuladas 206)

- Medicina Familiar	68
- Psiquiatría	5
- ORL	5
- Anestesia	3
- Oftalmología	9
- Medicina Interna	12
- Pediatría	13
- Rehabilitación	4
- Radiodiagnóstico	8
- Medicina del Trabajo	11
- Traumatología	7
- Endocrinología	2
- Cirugía general y digestiva	6
- Neumología	3
- Gastroenterología	5

- Hematología	1
- Medicina Intensiva	4
- Cirugía Cardiovascular	1
- Inmunología	2
- Nefrología	1
- Dermatología	3
- Ciencias morfofuncionales del deporte	4
- Reumatología	4
- Obstetricia y Ginecología	8
- Neurología	3
- Estomatología	2
- Cirugía Plástica	1
- Medicina Preventiva	2
- Medicina Legal y Forense	2
- Oncología Médica	2
- Urología	3
- Cardiología	1
- Microbiología	1

VIII.2. Resúmenes de las memorias anuales de la Comisión de Ética y Deontología del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Córdoba

Año 2002

TIPOS:	CASOS
1. Intrusismo	7
2. Malpraxis	7
3. Prevaricación, abusos de poder	6
4. Solicitud información	2
5. Conflicto entre compañeros	4
TOTAL	26
RESOLUCIÓN	
1. En curso	0
2. Resuelto	16
3. Denuncia a Administración	2
4. Expediente disciplinario	5
5. Vía Judicial	2
6. Acuerdo interpartes	1
TOTAL	26

Año 2003

TIPOS	CASOS
1. Intrusismo	1
2. Malpraxis	13
3. Prevaricación, abusos de poder	2
4. Solicitud información	3
5. Conflicto entre compañeros	4
6. Conflictos con Administración	2
TOTAL	25
RESOLUCION	
1. En curso	0
2. Resuelto	17
3. Denuncia a Administración	1
4. Expediente disciplinario	2
5. Vía Judicial	4
6. Acuerdo interpartes	1
TOTAL	25

Año 2004

TIPOS	CASOS
1. Intrusismo	3
2. Malpraxis	8
3. Prevaricación, abusos de poder	2
4. Solicitud información	0
5. Conflicto entre compañeros	2
6. Conflictos con Administración	0
TOTAL	15

RESOLUCION	
1. En curso	0
2. Resuelto	6
3. Denuncia a Administración	6
4. Expediente disciplinario	2
5. Vía Judicial	1
6. Acuerdo interpartes	0
TOTAL	15

Año 2005

TIPOS	CASOS
1. Intrusismo	2
2. Malpraxis	8
3. Prevaricación, abusos de poder	1
4. Solicitud información	2
5. Conflicto entre compañeros	3
6. Conflictos con Administración	0
TOTAL	16

RESOLUCION	
1. En curso	0
2. Resuelto	11
3. Denuncia a Administración	1
4. Expediente disciplinario	2
5. Vía Judicial	1
6. Acuerdo interpartes	1
TOTAL	16

Año 2006

TIPOS	CASOS
1. Intrusismo	0
2. Malpraxis	13
3. Prevaricación, abusos de poder	0
4. Solicitud información	1
5. Conflicto entre compañeros	1
6. Conflictos con Administración	0

TOTAL 15

RESOLUCION	
1. En curso	0
2. Resuelto	10
3. Denuncia a Administración	1
4. Expediente disciplinario	0
5. Vía Judicial	1
6. Acuerdo interpartes	3
TOTAL	15

Año 2007

TIPOS	CASOS
1. Intrusismo	1
2. Malpraxis	16
3. Prevaricación, abusos de poder	1
4. Solicitud información	1
5. Conflicto entre compañeros	3
6. Conflictos con Administración	1

TOTAL 23

RESOLUCION	
1. En curso	0
2. Resuelto	17
3. Denuncia a Administración	1
4. Expediente disciplinario	4
5. Vía Judicial	0
6. Acuerdo interpartes	1
TOTAL	23

VIII.3 Declaraciones e Informes de la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico sobre temas generales durante el período 2000-2008.

Se presentan exclusivamente aquellos documentos que no están actualmente publicados en la página web de la Organización Médica Colegial (<http://www.cgcom.es/deontologia>).

- Declaración sobre la Ética de la sedación en la agonía. Abril de 2006.
- Declaración sobre la pericia médica. Enero de 2007.
- Declaración sobre aspectos éticos, deontológicos y legales de los análisis de ADN. Abril de 2008.
- Informe sobre directrices deontológicas sobre información y publicidad médica. Revisión de noviembre de 2005.
- Informe sobre la homeopatía como acto médico. Aprobado por la Comisión Permanente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. 4 de septiembre de 2008.

DECLARACION SOBRE LA ÉTICA DE LA SEDACIÓN EN LA AGONÍA

1. La sedación en la agonía se ha de considerar hoy como el tratamiento adecuado para aquellos enfermos que, en los pocos días u horas que preceden a su muerte, son presa de sufrimientos intolerables que no han respondido a las intervenciones paliativas, incluidas las más enérgicas, con las que se ha intentado aliviar sus síntomas.
2. Los pacientes que padecen una enfermedad terminal, oncológica o no, presentan, a veces, en sus momentos finales algún síntoma que le provoca un sufrimiento insoportable, que puede ser difícil o, en ocasiones, imposible controlar. Esto obliga al médico a disminuir la conciencia del enfermo para garantizar una muerte serena.
3. Hay ideas confusas, en la sociedad y en la profesión, acerca de la sedación en la agonía. La necesidad de disminuir la conciencia de un enfermo en las horas anteriores a su muerte ha sido y es objeto de controversia, en sus aspectos clínicos, éticos, legales y religiosos. Además, quienes no conocen las indicaciones y la técnica de la sedación o carecen de experiencia en medicina paliativa pueden confundirla con una forma lenta de eutanasia.
4. El Código de Ética y Deontología Médica impone al colegiado los deberes prioritarios de respetar la vida y la dignidad de todos sus pacientes, y de poseer los conocimientos y la competencia debidos para prestarles una asistencia de calidad profesional y humana. Esos deberes cobran una intensidad particular en la atención de los pacientes terminales. A ellos se les debe ofrecer el tratamiento paliativo que mejor contribuya a aliviar sus sufrimientos y a mantener su dignidad, al tiempo que se renuncia a tratamientos fútiles, desproporcionados o agresivos, de los que sólo pueda esperarse un alargamiento precario y penoso de sus vidas. Se les deberá ofrecer también la oportuna asistencia espiritual, si así lo desean.
5. Respetar la vida y la dignidad de los enfermos implica, cuando ya su curación no es posible, los deberes cualificados de atender a sus instrucciones previas verbales o escritas, de no causarles nunca daño, de mitigar su dolor y sus otros síntomas con la prudencia y energía necesarias, sabiendo que se está actuando sobre un organismo particularmente vulnerable.
6. En la situación de enfermedad terminal, la auténtica profesionalidad médica impone también la obligación de acompañar y consolar, que no son tareas delegables o de menor importancia, sino actos médicos de mucha categoría, elementos necesarios de la calidad profesional. No tiene cabida hoy, en una medicina verdaderamente humana, la incompetencia terapéutica del sufrimiento terminal, ya tome la forma de tratamientos insuficientes, inadecuados o excesivos, ya de abandono.
7. Por ello, la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico siente la necesidad de ofrecer esta Declaración para dar criterios sobre la naturaleza, la técnica, las indicaciones, el consentimiento del enfermo, a fin de mostrar que la sedación en la agonía, si está bien indicada, bien realizada y autorizada por el enfermo o en su defecto por la familia, constituye buena praxis médica.

8. En tiempos ya pasados, cuando no existía una cultura sanitaria de cuidado y acompañamiento al moribundo, la sedación en la agonía podría haber sido ignorada u objeto de abuso. Hoy, la correcta asistencia a este tipo de enfermos, implica que se recurra a ella sólo cuando es rigurosamente necesaria, tras haber fracasado todos los tratamientos disponibles para el alivio de los síntomas. La sedación representa, pues, el recurso último que se aplica ante la inoperancia demostrada de los otros recursos terapéuticos frente a los síntomas biológicos, emocionales o existenciales del paciente.
9. La sedación, en sí misma no es buena ni mala; lo que puede hacerla éticamente aceptable o reprochable es el fin que busca, y las circunstancias en que se aplica. Los equipos que atienden enfermos en fase terminal necesitan una probada competencia en los aspectos clínicos y éticos de la medicina paliativa, a fin de que la sedación sea indicada adecuadamente. No podrá convertírsela en un recurso que, en vez de servir a los mejores intereses del paciente, sirva para reducir el esfuerzo del médico. La sedación en la agonía es un recurso final: será aceptable éticamente, cuando exista una indicación médica correcta y se hayan agotado los demás recursos terapéuticos.
10. La sedación implica, para el paciente, una decisión de profunda significación antropológica: la de renunciar a experimentar conscientemente la propia muerte. Tiene también para la familia del paciente importantes efectos intelectuales y afectivos. Tal decisión no puede tomarse a la ligera por el equipo médico, sino que ha de ser resultado de una deliberación sopesada y compartida acerca de la ineludible necesidad de disminuir el nivel de conciencia del paciente como estrategia terapéutica.
11. En la actualidad, la necesidad de sedar un enfermo terminal por dolor no controlado es una situación infrecuente, tanto que obliga al médico que se plantea tal opción a cuestionarse antes sobre la calidad del tratamiento que hasta entonces ha ofrecido al paciente. No es legítima la sedación ante síntomas difíciles de controlar, pero que no han demostrado su condición de refractarios.
12. Las indicaciones más frecuentes de sedación en la agonía son las situaciones extremadas de delirio, disnea, dolor, hemorragia masiva, y ansiedad o pánico que no han respondido a los tratamientos indicados, aplicados con la máxima intensidad.
13. La sedación de los enfermos terminales ha planteado importantes problemas morales. Uno de ellos, prioritario, es el de determinar los síntomas que por sus efectos negativos en la calidad de vida y por su refractariedad al tratamiento reclaman la disminución total o parcial del nivel de conciencia del paciente. Otro, dependiente de la creciente afirmación práctica de la autonomía del paciente, implica la respuesta que ha de darse a la petición de sedación que pueda hacer el enfermo basado en motivos psicológicos, tales como el sufrimiento existencial o la angustia vital continuada y no mitigada.
14. Para evaluar, desde un contexto ético-profesional, si está justificada la indicación de la sedación en un paciente agónico, es preciso considerar los siguientes criterios:
 - 14.1. La aplicación de sedación en la agonía exige, del médico, la comprobación cierta y consolidada de ciertas circunstancias:

- e. Que existe una sintomatología grave y refractaria al tratamiento.
- f. Que los datos clínicos indican una situación de muerte inminente o muy próxima.
- g. Que el enfermo ha otorgado su consentimiento libre y bien informado a la sedación en la agonía.
- h. Que el enfermo ha tenido oportunidad de satisfacer sus necesidades familiares, sociales y espirituales.

Si tuviera dudas de la citada indicación, el médico responsable deberá solicitar el parecer de un colega experimentado en el control de síntomas. Además el médico dejará constancia razonada de esa conclusión en la historia clínica, especificando la naturaleza e intensidad de los síntomas y las medidas que empleó para aliviarlos (fármacos y dosis, recursos materiales y humanos). Informará de sus decisiones a los otros miembros del equipo asistencial.

- 14.2. Es lícito tratar con energía el dolor, incluso cuando ese tratamiento pudiera provocar como efecto secundario, el entorpecimiento o menor lucidez, o condujera a una hipotética anticipación no querida o ni buscada de la muerte, sino simplemente tolerada como efecto indeseado del tratamiento.
- 14.3. El inicio de la sedación en la agonía no descarga al médico de su deber de continuidad de los cuidados. Está obligado a sedar solo hasta el nivel requerido para aliviar los síntomas: el uso de la sedación en la agonía es aceptable en la medida en que se mantiene un ajuste apropiado de las dosis de la medicación. Si la dosis de sedantes excediera de la necesaria para alcanzar el alivio de los síntomas, habría razones para sospechar que la finalidad del tratamiento no es el alivio del enfermo, sino la anticipación de su muerte. En la historia clínica y en las hojas de evolución deberán registrarse con el detalle necesario los datos relativos al ajuste de las dosis de los fármacos utilizados, a la evolución clínica de la sedación en la agonía y a los cuidados básicos administrados.
- 14.4. Aunque la sedación en la agonía pueda durar más de lo previsto, no pueden suspenderse los cuidados básicos e higiénicos exigidos por la dignidad del moribundo, por el cuidado y el aseo de su cuerpo.
- 14.5. El enfermo adecuadamente sedado no sufre. En contraste con lo que puede suceder a allegados o cuidadores, el enfermo sedado no tiene prisa alguna para que su vida termine pronto. Es, por ello, necesario evitar, en la intención, en la palabra y en la acción, el más remoto indicio de que la sedación en la agonía se instaura para aliviar la pena de los familiares o la carga laboral de las personas que le atienden.

Apéndice

GLOSARIO DE TÉRMINOS Y CONCEPTOS BÁSICOS EN LA PRÁCTICA DE LA SEDACIÓN

En Medicina se entiende por *sedación* la administración de fármacos adecuados para disminuir el nivel de conciencia del enfermo, con el objetivo de controlar algunos síntomas o de prepararlo para una intervención diagnóstica o terapéutica que pueda ser estresante o

dolorosa. La sedación admite matices y puede hablarse, en función del objetivo, la temporalidad o la intensidad, de sedación primaria o secundaria, continúa o intermitente, profunda o superficial. Por eso se ha llegado a la siguiente clasificación de la sedación:

- a) Según el objetivo:
 - a. *Sedación primaria*: es la disminución de la conciencia de un paciente que se busca como finalidad de una intervención terapéutica.
 - b. Sedación secundaria: es la disminución de la conciencia de un paciente como efecto colateral de un fármaco administrado en el curso de un tratamiento de un síntoma.
- b) Según la temporalidad:
 - a. *Sedación intermitente*: es aquella que permite periodos de alerta del paciente.
 - b. *Sedación continua*: es aquella que mantiene la disminución del nivel de conciencia del paciente de forma permanente.
- c) Según la intensidad:
 - a. *Sedación superficial*: es aquella que permite la comunicación del paciente con las personas que le atienden.
 - b. *Sedación profunda*: es aquella que mantiene al paciente en estado de inconsciencia.

En Cuidados Paliativos entendemos por *sedación* exclusivamente la administración de fármacos apropiados para disminuir el nivel de conciencia del enfermo con el objetivo de controlar algunos síntomas. En el curso del tratamiento de pacientes en fases avanzadas y terminales de su enfermedad, donde la estrategia terapéutica es paliativa, podemos precisar dos conceptos diferentes pero relacionados: *sedación paliativa* y *sedación terminal*, en los que la administración de fármacos sedantes pretende conseguir el manejo de diversos problemas clínicos como la ansiedad, la disnea, el insomnio, las crisis de pánico, la hemorragia masiva, la sedación previa a procedimientos dolorosos, etc.).

SEDACIÓN PALIATIVA

Se entiende por sedación paliativa la administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno más síntomas refractarios y con su consentimiento explícito, implícito o delegado.

SEDACIÓN TERMINAL

Esta denominación fue introducida por Ernk en 1991. Se entiende por sedación terminal la administración deliberada de fármacos para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico y/o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima y con su consentimiento explícito, implícito o delegado. Es un tipo particular de sedación paliativa que se utiliza en el periodo de la agonía por lo que también podríamos denominarla *Sedación en la agonía*.

J. Porta afirma que cuando la indicación es ante un síntoma o problema refractario, se denomina *sedación paliativa* y si el paciente se halla en situación agónica o de últimos días, se denomina sedación paliativa en la agonía o sencillamente, *SEDACIÓN EN LA AGONÍA*.

EUTANASIA

Entendemos que el concepto de eutanasia debe incluir exclusivamente la acción u omisión, directa e intencionada, encaminada a provocar la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada o terminal, a petición expresa y reiterada de ésta.

EUTANASIA PASIVA

Se ha definido como la cesación o no inicio de medidas terapéuticas fútiles o innecesarias en un enfermo que se encuentre en situación de enfermedad terminal. Para evitar confusiones, este término no debería utilizarse, ya que estas actuaciones no constituyen ninguna forma de eutanasia y deben considerarse como parte de la buena práctica.

EUTANASIA INDIRECTA

Se refiere al mecanismo del doble efecto mediante el cual podría a veces adelantarse la muerte como resultado del efecto secundario de un tratamiento analgésico o sedante.

SÍNTOMA REFRACTARIO

El término *refractario* puede aplicarse a un síntoma cuando éste no puede ser adecuadamente controlado a pesar de los intensos esfuerzos para hallar un tratamiento tolerable en un plazo de tiempo razonable sin que comprometa la conciencia del paciente.

SÍNTOMA DIFÍCIL

El término *difícil* puede aplicarse a un síntoma que para su adecuado control precisa de una intervención terapéutica intensiva, más allá de los medios habituales, tanto desde el punto de vista farmacológico, instrumental y/o psicológico.

PRINCIPIO DEL DOBLE EFECTO

Este término, aplicado a los cuidados paliativos, indica que una intervención orientada al alivio del sufrimiento en el final de la vida es aceptable incluso ante el riesgo de causar efectos secundarios previsibles, pero no intencionados. El principio del doble efecto puede aplicarse en el caso de la sedación, entendiendo que el efecto deseado es el alivio del sufrimiento y el efecto indeseado la privación de la conciencia. Y en algunos casos el adelanto del fallecimiento que en cualquier caso era previsible en un corto plazo de tiempo.

DECLARACIÓN SOBRE LA PERICIA MÉDICA

La Comisión Central de Deontología, en su reunión de 26 de Enero de 2007, debatió y aprobó el presente documento que tiene como objetivo establecer los principios éticos que deben seguir los médicos cuando comparecen ante la Administración de Justicia bien sea como peritos, como testigos, y en especial en las situaciones de testigo- perito, es decir en aquellos casos en que, tras responder a las preguntas formuladas en su calidad de testigo, el juez admite, que si tiene los conocimientos técnicos suficientes, se le formulen otras sobre cuestiones periciales.

INTRODUCCIÓN

Cada vez con mayor frecuencia es reclamada la presencia del médico en los procesos judiciales, bien como testigo, bien como perito. Con frecuencia la diferencia entre ambas formas de comparecencia judicial no queda suficientemente aclarada en la citación, planteándose malos entendidos o situaciones conflictivas, que en muchos casos tiene su origen en el desconocimiento que tiene el médico del alcance de las obligaciones legales.

Consideramos que ante cualquier llamamiento judicial es imprescindible para poder actuar correctamente que el médico conozca:

- 1.- En calidad de qué comparecemos, para conocer nuestras obligaciones y derechos.
- 2.- El tipo de proceso judicial para el que se solicita la comparecencia del médico.

Atendiendo a estas cuestiones, analizaremos en primer lugar las obligaciones del médico como testigo, con referencia a la situación más problemática del perito-testigo; y en segundo lugar a las obligaciones del médico como perito.

OBLIGACIONES DEL MEDICO COMO TESTIGO

El **testigo** es toda persona que presta declaración en un proceso judicial sobre hechos presenciados por ella o que ha sabido de referencia, y tienen la obligación de comparecer en el juicio para decir lo que ha visto, oído o conoce de un hecho, sin necesidad de hacer interpretación alguna sobre lo que ha conocido. En este sentido el médico es con mucha frecuencia llamado a declarar en relación con los documentos médicos o médico-legales (parte de lesiones, certificados, informes clínicos) emitidos.

La citación de un médico como testigo conlleva como problema ético fundamental la posibilidad de vulnerar el deber de secreto profesional y traicionar la confianza del paciente, al revelar datos que afectan a su intimidad y que están protegidos por el derecho fundamental a la intimidad y confidencialidad que tienen reconocidos todos los pacientes.

Además este riesgo puede verse agravado con el reconocimiento por la Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC), artículo 370.4, de la figura del **testigo-perito**, que permite al juez admitir del médico manifestaciones que realice en virtud de sus conocimientos, y también el interrogatorio sobre hechos que consten en un informe escrito que contiene valoraciones periciales, aún cuando el documento no sea en sentido estricto un informe pericial.

Para cumplir correctamente con su obligación legal y ética ante una comparecencia como testigo el médico debe actuar con la debida prudencia, y en cualquier caso recordar:

- 1.- Que la comparecencia del médico como testigo es de carácter obligatorio.
- 2.- Que cuando el médico realiza una interpretación científica de los hechos o de sus manifestaciones, está actuando como perito, y para pasar esta línea se debe contar con el consentimiento del paciente.
- 3.- Que el médico es un profesional con deber de secreto, y que por tanto puede acogerse a lo dispuesto en el artículo 371 de la LEC que regula la declaración de **testigos con deber de secreto**, y que permite al médico, por razón de deber profesional o por razón de materia (tratarse de hechos de carácter reservado o secreto), negarse de forma razonada a declarar, correspondiendo en todo caso al juez la decisión de liberar al testigo del interrogatorio.
- 4.- Que el testigo puede ser objeto de tacha (*ser o haber sido cónyuge o pariente por consanguinidad o afinidad dentro del cuarto grado civil de la parte que lo haya presentado o de su abogado o procurado o hallarse relaciona con ellos por vínculo de adopción, tutela o análogo; amistad o enemistad íntima con las partes o sus abogados, interés directo o indirecto en el asunto, etc..*), cuando se considere que no cumple las condiciones de imparcialidad, correspondiendo la valoración al juez.
- 5.- Cuando el juez admite que a un médico citado como testigo en un proceso judicial, se le formulen preguntas de contenido pericial, es decir dentro de lo previsto para el **testigo-perito**, se plantea un problema de colisión entre normas, al ser esta figura contradictoria con la prohibición que establece el Código de Ética y Deontología Médica (art. 41) entre el actuar como médico asistencial y perito en un mismo caso.

Esta prohibición deontológica tiene fundamentalmente un doble objetivo: 1) proteger el deber de secreto de los profesionales y el derecho a la confidencialidad de los pacientes; y 2) proteger la objetividad de las declaraciones judiciales, en el sentido de garantizar que el médico al declarar sobre los datos de interés judicial lo hará con imparcialidad, independencia y ajeno a cualquier otro condicionante.

Por todo ello cuando el médico se encuentra en esta situación debe hacer partícipe de la misma al juez, siendo éste el competente para decidir sobre la obligación de testificar del médico.

OBLIGACIONES DEL MEDICO PERITO

Perito, es la persona física o jurídica llamada al proceso en virtud de sus conocimientos especiales para conocer o aclarar hechos controvertidos.

La función del perito esta condicionada por el tipo de proceso judicial, variando la obligatoriedad, la forma de designación y los objetivos de la pericia. Incluso en el mismo campo penal puede variar la técnica pericial en función de que se trate de un sistema procesal acusatorio o inquisitorial, y dentro de un mismo proceso, se trate de una pericia en fase de instrucción que pueda valorarse como prueba preconstituida, o una pericia en fase de juicio oral.

La designación como perito en un proceso penal conlleva la obligación de acudir a la llamada del juez y aceptar la pericia, salvo que pueda alegarse causa fundamentada que excuse la asistencia o la emisión de informe. Dicho de otra manera, la negativa a comparecer o prestar el informe sin causa legítima conlleva responsabilidad penal.

La pericia en el ámbito del derecho penal está regulada en la Ley de Enjuiciamiento Criminal (LECr) en sus artículos 456 a 485 y atendiendo a su designación podemos distinguir entre los peritos designados a propuesta de las partes (peritos privados), los peritos designados por el juez a instancia de las partes, y los peritos designados de oficio por el juez.

La pericia en el ámbito de derecho civil, está regulada en la Ley de Enjuiciamiento Civil, siendo de destacar en su regulación que el cargo de perito no es obligatorio, debiendo por tanto aceptar el cargo previamente al estudio y reconocimiento del paciente, y debiendo abstenerse cuando concurren las causas de recusación o tacha.

Cuando el médico recibe una citación judicial para aceptar un encargo pericial, el rechazo debe justificarse de forma motivada.

En cuanto a la designación de los peritos, y salvo algunas excepciones contempladas en la Ley, en las que el perito puede ser designado de oficio por el juez, lo habitual es la designación de peritos directamente a propuesta de las partes, pudiendo recurrir cuando sea necesario, a los listados de peritos que constan en los Colegios Provinciales de Médicos.

La regulación de la pericia médica en el ámbito del Derecho Administrativo o Social, salvando las peculiaridades propias de los distintos procesos, en lo que hace referencia a la designación y actuación de los peritos sigue las líneas generales establecida en la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Independientemente de todo ello, el médico como perito debe ajustar su actuación a la ética profesional, y ello implica respetar los siguientes principios:

1.- Principio de autonomía, respetando el derecho del paciente, siempre que sea competente para ello, a ser informado y elegir entre ser o no ser evaluado en relación con los hechos contemplados en las diligencias judiciales.

2.- Principio de confidencialidad. Se debe garantizar al paciente la reserva de aquellos datos obtenidos en la evaluación y que no inciden directamente en las diligencias judiciales.

3.- Principio de objetividad. El médico perito debe mantener una distancia afectiva suficiente para evaluar los diferentes datos de interés con imparcialidad y objetividad, ajenos a cualquier condicionante.

4.- Principio de honestidad: Deber de mantener la independencia científica respecto del proponente de la prueba.

5.- Principio de verdad y justicia. El deber de ajustar las conclusiones a los principios de razonamiento científico, debiendo especificar en la medida de lo posible el grado de certeza de sus conclusiones. Debemos recordar que la verdad pericial no es verdad porque lo dice el perito, amparado en su imparcialidad, sino que es verdad cuando cumple los postulados del método científico.

Por otra parte consideramos de interés hacer una breve reflexión sobre las distintas obligaciones de los peritos según se trate peritos oficiales o privados.

Los **peritos oficiales**, y en particular los médicos forenses, están revestidos de un poder especial al ser considerados autoridad cuando están en el ejercicio de sus funciones, y gozan por tanto del privilegio de que su objetividad e imparcialidad no se discute, y precisamente por ello tienen el deber de ser extremadamente exigentes y autocríticos consigo

mismos, extremando la minuciosidad y la prudencia en sus actuaciones, así como huir del afán de notoriedad, la vanidad o el orgullo.

Los **peritos de parte o peritos privados**, deben acreditar sus conocimientos, y declarar bajo juramento o promesa, su compromiso de decir la verdad y actuar con objetividad e imparcialidad. Además en el ejercicio de la pericia privada pueden surgir otros problemas éticos relacionados con el consentimiento, la confidencialidad, la obtención de datos extraprocesales, la fidelidad en la custodia de documentos, etc.

OBLIGACIONES DEONTOLOGICAS

1.1. El médico como perito

El Código Ética y Deontología Médica (CEDM) es claro y explícito en relación con la actividad pericial, al encontrarse dicha materia regulada en el Capítulo XVII “Médicos peritos y funcionarios”. Artículo 41.

1.- Los médicos funcionarios y los que actúan en calidad de peritos deberán también acomodar sus actividades profesionales a las exigencias de este Código.

2.- El médico perito debe comunicar previamente al interesado el título en virtud del cual actúa, la misión que le ha sido encargada y por quién. Si el paciente se negara a ser examinado, el médico renunciará a hacerlo y se limitará a poner tal extremo en conocimiento del mandante.

3.- La actuación como peritos o médicos inspectores es incompatible con la asistencia al mismo paciente.

4.- Si en el curso de su actuación el médico perito o inspector hubiera obtenido algún dato que traduce un riesgo importante para la vida o la salud del paciente, considerará si conviene al bien de éste comunicarlo.

De la lectura de dicho artículo se deduce **la incompatibilidad** de las funciones asistenciales y periciales. Entendemos que su objetivo es por una parte preservar el deber de secreto profesional, puesto que la asistencia se presta en el marco de una relación de confianza y de cooperación necesaria que permite un mayor conocimiento de la intimidad del paciente que la exclusiva relación pericial, y por otro, una garantía de imparcialidad de la pericia, evitando la posibilidad de tacha o recusación.

En cualquier caso la comparecencia judicial del médico en calidad de perito, no eximen a éste del cumplimiento de sus obligaciones deontológicas generales, debiendo actuar con prudencia y evitando extralimitarse en el ejercicio de sus funciones.

1.2.- El médico como testigo

La comparecencia del médico como testigo por citación judicial es obligatoria, y debe regirse en su actuación por lo dispuesto en los Principios Generales del Código de Ética y Deontología Médica y en especial teniendo en cuenta lo establecido en el artículo 4.3: *La primera lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de éste debe anteponerse a cualquier otra conveniencia*, y 4.4: *el médico nunca perjudicará intencionadamente al paciente ni le atenderá con negligencia*.

Por otra parte, y teniendo en cuenta que el principal conflicto se plantea en relación con el deber de secreto profesional, debemos recordar que:

- El CEDM en su artículo 16 establece, entre los casos en los que el médico podrá revelar el secreto, el imperativo legal, teniendo en cuenta que esta revelación deberá hacerse con discreción, exclusivamente ante quien tenga que hacerlo, en sus justos y restringidos límites, y si lo estimara necesario, solicitando asesoramiento del Colegio.

- Que de acuerdo con lo establecido en la LEC, el médico puede alegar su condición de testigo con deber de secreto, a los efectos de por el Juez se valore la necesidad y alcance de su testimonio.

CONCLUSIONES

- El médico tiene obligación legal y deontológica de colaborar con la Administración de Justicia como testigo o como perito.

- El médico no debe aceptar encargos como perito en asuntos judiciales relacionados con sus pacientes.

- El médico que acepta un encargo como perito debe informar de su condición al paciente, y cumplir con las condiciones de idoneidad, imparcialidad, objetividad, veracidad, prudencia y responsabilidad.

- El médico perito debe cumplir con las obligaciones éticas de la práctica asistencial, y extremar la prudencia, minuciosidad y el razonamiento científico en sus conclusiones.

- La obligación del médico como testigo únicamente alcanza a cuestiones generales de la asistencia prestada, sin que exista obligación de hacer valoraciones técnicas o científicas.

- En el caso de que al amparo de lo previsto para el testigo-perito el juez admita su opinión técnica o científica, el médico deberá solicitar el tiempo y los medios necesarios para fundamentar su valoración, o en su caso acogerse a lo dispuesto para el testigo con deber de secreto, es decir a la posibilidad de no declarar cuando ello pueda repercutir negativamente en la relación asistencial.

Madrid a 27 de Enero de 2007

La Comisión Central de Deontología debatió, en su reunión de 25 y 26 de Abril de 2008, el punto del Orden del Día relativo a los aspectos éticos, deontológicos y legales de los análisis de ADN y, tras debatirlo, acordó por unanimidad emitir la siguiente

Declaración de la Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado sobre Aspectos éticos, deontológicos y legales de los análisis de ADN

JUSTIFICACIÓN DE UNA DECLARACIÓN POR PARTE DE LA COMISION CENTRAL

Los análisis de ADN requieren de un tratamiento especial por parte de las Autoridades Sanitarias y Judiciales, pero también por parte de la Organización Médica Colegial que pueda poner al alcance de los colegiados unas pautas de conducta, que sin pretender ser exhaustivas, sean clarificadoras de los dilemas que se presentan en los casos que requieren este tipo de estudios, cada vez más incorporados a la práctica clínica y al conocimiento de la población general.

Las razones para abordar esta cuestión son las siguientes:

1ª La incorporación de la *genómica* a la práctica clínica es ya una realidad. El diagnóstico de enfermedades hereditarias, la prevención de trastornos comunes y la farmacogenómica que establece la respuesta de cada persona a un determinado fármaco, son hoy posibles gracias al diagnóstico molecular.

2ª Cada día hay una demanda mayor de estas pruebas y se espera que en un futuro lo será aún más, dada la necesidad de identificaciones masivas que se prevén: Ley de memoria histórica, reagrupamiento familiar de emigrantes, grandes catástrofes.

3ª Necesidad de construir bancos de datos que contengan el perfil genético de criminales, personas desaparecidas, etc.

4ª Necesidad de construir bancos de datos con perfiles genéticos de hijos adoptados o monoparentales.

5ª La práctica de los análisis de ADN se ha degradado. Este tipo de pruebas, hasta hace poco circunscritas a determinados laboratorios muy especializados y bajo la tutela judicial, han abandonado esta posición restringida para irrumpir en el mercado y en la red como una prueba que se ofrece fácil, barata, sin ningún tipo de restricción e inclusive sin ningún tipo de control ético, ni legal. Nos parece escandalosa la subasta que a diario aparece en los medios de comunicación sobre el precio de las pruebas de paternidad, o la facilitación de los análisis con *kits* comerciales que se pueden adquirir en los supermercados o en cualquier sitio.

El ADN se ha vulgarizado y ya se puede ver en los medios de comunicación, formando parte del paisaje sensacionalista y frívolo con que hoy la sociedad acomete los temas más serios y delicados.

INTRODUCCION

Las pruebas de ADN, tanto en su realización e interpretación, como en la custodia de las muestras que pueden ser objeto de análisis, pueden situar al médico frente un número importante de dilemas éticos: consentimiento por representación, información al donante sobre un análisis que se practique en el futuro, posición de garante del menor respecto a los padres y tutores, protección de terceros que se pueden ver perjudicados, protección de trabajadores ante el empresario, protección de los ciudadanos ante la vulneración de derechos constitucionales por parte de las autoridades policiales o judiciales, el derecho a ejercer la objeción de conciencia ante la exigencia de pruebas genéticas moleculares en los diagnósticos preimplantatorios o de abortos legales, necesidad de hacer una valoración e interpretación experta de los datos antes de comunicarlos al paciente. En el futuro inmediato, será frecuente que los datos genéticos se faciliten al paciente al margen del sistema sanitario, sin ningún tipo de control médico, procedentes de laboratorios sin controles técnicos, deontológicos, científicos y legales. Hemos de ser conscientes de que nos encontramos en un terreno en el que, pese a haber muchas incógnitas, se han despertado muchas expectativas y esperanzas exageradas, que generaran, cuanto menos, grandes frustraciones y a veces daños irreparables.

Sin perjuicio de lo dispuesto en las leyes que le son de aplicación a estas cuestiones, cómo la Ley 41/2002. Básica, reguladora de la autonomía del paciente y la 14/2007, de Investigación Biomédica, esta Comisión estima oportuno hacer las siguientes recomendaciones éticas.

PROPUESTAS ÉTICAS Y DEONTOLÓGICAS

1 De carácter general.-

- 1.8 No es ético utilizar una muestra biológica para realizar un análisis distinto al fin para el que se había obtenido el consentimiento. Si, por necesidad, hubiese que disponer de una muestra biológica obtenida con otro fin para realizar un análisis genético será imprescindible obtener el consentimiento en los términos establecidos en la leyes 41/2002. y en la 14/2007. Si se hubiese dado el consentimiento para que la muestra se utilice para trabajos de investigación se tomarán las debidas precauciones para conservar el anonimato de la muestra, realizando, por ejemplo, una disociación entre los datos de origen y la muestra utilizada con finalidad distinta.
- 1.9 Una muestra biológica obtenida para realizar una identificación a partir de las regiones hipervariables del genoma no se podrá utilizar para análisis del ADN codificante.
- 1.10 En la identificación de personas será preferible partir inicialmente del ADN mitocondrial, que establece únicamente la relación de parentesco maternal.
- 1.11 Habida cuenta del valor probatorio que tienen estas pruebas y de lo difícil que resulta su refutación de contrario, y de la trascendencia personal, familiar y social, que se deriva de estos resultados, sólo se debería autorizar y acreditar para la realización de este tipo de pruebas a laboratorios debidamente acreditados.
- 1.12 Exhortamos a la OMC a que inste a los poderes públicos a acreditar a todos los laboratorios que hacen ofertas de este tipo de análisis.
- 1.13 A la hora de autorizar, ejecutar, interpretar o revelar los resultados de un análisis se tendrá muy en cuenta que la información que revela el ADN no sólo es propiedad del donante de la muestra analizada, sino que es compartida con otros miembros de la familia y que dicha información afecta a derechos fundamentales de las personas

- implicadas, muchas veces a menores o al cónyuge. Por ello los informes deben ser redactados e interpretados por personal médico especializado en estas materias
- 1.14 En principio se debe abogar por la prohibición de que este tipo de pruebas se realice mediante venta en Internet, centros comerciales o por laboratorios no acreditados. Igualmente se debe prohibir la venta al público general tal y como hoy se está realizando.
 - 1.15 Como ya tiene establecido esta Comisión, el interés del menor debe prevalecer sobre cualquier otro. Por ello, cuando se plantee el derecho de los padres a indagar su paternidad biológica, como un derecho constitucional y legal, se subordinará este a la salvaguarda del interés del menor. En estos casos el médico se sitúa en la posición de garante de los derechos del menor.
 - 1.16 Las muestras que no se hayan obtenido lícitamente, que no estén indubitadamente identificadas o no cuenten con el consentimiento informado de las personas implicadas deben destruirse.
 - 1.17 La inclusión de cualquier dato obtenido de un análisis de ADN en una base de datos debe contener el consentimiento de las personas a las que les afecte.
 - 1.18 En principio, de los marcadores genéticos empleados en la identificación, no se obtienen datos relativos a la salud, pero sí se derivan datos relativos a su relación paterno-filial cuando el ADN utilizado es el nuclear.

2 Muestras de ADN en casos judiciales.-

2-1 En el ámbito penal

2-1-1 Los médicos tienen el deber de colaborar con los órganos jurisdiccionales en la búsqueda de la verdad material y deben acudir al requerimiento judicial. Ahora bien, frente a este deber prevalece el deber deontológico de no colaborar con los poderes públicos si las pruebas que se pretenden realizar suponen una vulneración de los derechos de la personalidad, tratos degradantes o que afecten a la dignidad de las personas. El médico podrá acogerse a la objeción de conciencia si fuera impelido a realizar actos en contra de este precepto deontológico.

2-1-2 Las pruebas obtenidas ilícitamente, bajo engaño o coacción carecen de eficacia jurídica (teoría de la fruta del árbol envenenado)

2-2 En el ámbito civil

2-2-1. En el caso de un proceso judicial de disputa de paternidad, los médicos que participen como peritos deben ajustar su actuación a los términos acordados por el juez. Si se tuviesen dudas sobre la correcta identificación de las personas objeto de la pericia, el médico debe hacerlo saber a Su Señoría para que provea lo que proceda.

3 Pruebas de ADN en disputas de paternidad extrajudiciales

3-1. La casuística es muy diversa y en muchos países de la UE están prohibidas e incluso castigadas penalmente cuando estas pruebas se hacen de modo fraudulento. Jurídicamente la cuestión es compleja porque enfrenta a derechos fundamentales recogidos en la Constitución:

La ley tiene que posibilitar la investigación de la paternidad (art. 39,2 CE) por ello, todo impedimento a la investigación es anticonstitucional.

El padre imputado en una paternidad tiene derecho a conocer la verdad biológica y a defenderse de una falsa imputación. La Ley de Enjuiciamiento Civil (Art.767) exige un principio de prueba suficiente para iniciar un pleito de reconocimiento o impugnación de paternidad. El principio de prueba puede ser una prueba de paternidad realizada extrajudicialmente y no siempre con las garantías del consentimiento del menor.

El niño tiene un derecho imprescriptible a indagar su paternidad; por ello tiene derecho a que las pruebas que se realicen se hagan con todas las garantías, con su consentimiento si tiene más de 12 años, con el de su madre o con el del representante legal si es menor.

Muchos países de la UE han legislado sobre esta materia y en España sería conveniente que se hiciera.

3-2. Desde el punto de vista deontológico los médicos que sean solicitados para realizar este tipo de pruebas extrajudiciales deben conocer lo siguiente:

1. Estas pruebas carecen de validez probatoria y no otorgan ningún estado de filiación, que sólo se podrá conseguir por sentencia judicial.
2. Con mucha frecuencia esta prueba se demanda por uno de los progenitores, en ausencia o negativa del otro.
3. La muestra que se remite al laboratorio, con la finalidad que se compare su perfil genético con los del presunto padre, puede ser una muestra biológica del menor, cuya procedencia y modos de obtención el laboratorio ignora, pero que podría haber sido obtenida de modo fraudulento: pelos, una torunda de gasa impregnada de saliva, un chupete, etc.

3-3. En principio podría plantearse que este padre tiene un derecho y una necesidad de salir de una incertidumbre trascendente y por ello le asiste el derecho de obtener la verdad y al médico el deber de ayudarle. Pero no es menos cierto que esta verdad acarrea un posible perjuicio a terceros, de los cuales uno es un menor.

3-4. Ante estos dilemas esta Comisión entiende que sólo se deban realizar pruebas de investigación de paternidad y maternidad cuando conste el consentimiento de todas las partes implicadas. En el caso de los menores se aplicará la doctrina expresada por esta Comisión en su Declaración sobre la Ética Médica en la atención del menor maduro, aprobada en su reunión de 30 de Noviembre y 1 de Diciembre de 2007.

No se podría aceptar una prueba solicitada por la madre, en representación del menor, en casos de reclamación de paternidad si la muestra del presunto padre se ha obtenido sin su consentimiento.

En los casos que sea necesario obtener muestras de fetos no nacidos, intrauterino, para establecer la filiación habrá que ponderar muy mucho los intereses en juego para que esta intervención esté éticamente justificada: violaciones, reclamación de herencias en hijos póstumos, etc. En cualquier caso prevalecerá el supremo interés del menor.

3 Pruebas de ADN en la procreación artificial

El médico tiene derecho a acogerse a la objeción de conciencia si fuese obligado a realizar pruebas genéticas preimplantación en embriones si a su juicio las pruebas tienen una finalidad que su conciencia rechaza. (selección de sexo, por ejemplo)

Anexo I

Notas Científicas sobre ADN

- 1.- En la molécula de ADN asienta toda la información referida a la herencia y las peculiaridades individuales de las personas, de ahí que de su estudio se puedan extraer una serie de datos de gran relevancia:
- 2.- La información que se obtiene de él trasciende al sujeto (titular) del análisis, afectando a familiares próximos y remotos, que, con toda probabilidad, no habrán sido consultados sobre el acto médico que se realiza.
- 3.- Permite conocer una serie de enfermedades ligadas a la herencia y hacer predicciones sobre la posibilidad de padecer otras.
- 4.- Los análisis se podrían utilizar para una selección discriminatoria de puestos de trabajo.
- 5.- Tienen un enorme poder identificador estableciendo sin ningún error la individualidad de una persona como ser único e irrepetible, a través de lo que se ha denominado la huella genética.
- 6.- Las nuevas tecnologías han permitido, con una escasísima muestra, realizar un estudio completo del genoma humano.
- 7.- Estas tecnologías se encuentran hoy al alcance de muchas personas, sin que el precio, ni la complejidad técnica, sean un obstáculo para que alcancen una gran difusión.
- 8.- Los datos pueden pasar a una base informatizada y estar disponibles para muchas personas, a veces ajenas al propósito inicial del análisis.
- 9.- El hecho de que toda la información ligada al ADN haya alcanzado, a los ojos de la sociedad, el veredicto de verdad incontrovertible, dota a esta prueba analítica de unas peculiaridades que no tienen otras pruebas biológicas y en consonancia exige unas cautelas legales y deontológicas superiores a las que regulan las pruebas diagnósticas.
- 10.- Estas exigencias deben ser extremas cuando este tipo de prueba se usa con fines forenses, en los que la condena o absolución de un delito o la imputación de una paternidad dependen, a veces exclusivamente, de sus resultados.
- 11.- Los médicos que participen en este tipo de pruebas deben ser conscientes del alcance y trascendencia de la misma y extremar los criterios éticos y deontológicos que rigen los actos médicos en lo que al consentimiento, a la información a suministrar y al secreto médico se refiere.
- 12.- Por todo ello los datos que suministra el análisis de ADN tienen, legal y éticamente, la consideración de *datos sensibles* de especial protección

Anexo II

Aspectos científicos de la prueba

1. Técnicamente se pueden analizar dos tipos distintos de ADN: El nuclear y el mitocondrial, y de dentro de ambos el ADN codificante y el no codificante. Cada uno de ellos permite una información distinta y por ende tiene una aplicación diferente.
 - 1-1. El ADN nuclear y el ADN mitocondrial codificante es el que mediante técnicas de biología molecular se emplea en el diagnóstico y pronóstico clínico, consejo genético y diagnóstico preimplantación de embriones.
 - 1-2 El ADN nuclear no codificante en su porción repetitiva y polimórfica (STR) y el mitocondrial en su zona hipervariable, se usan en genética forense para la identificación.
2. El empleo de ADN con fines forenses se encuentra regulado por las leyes procesales de Enjuiciamiento Criminal y Civil. No tienen por tanto una regulación específica, sino que se rigen por las que regulan la *prueba* en el ámbito penal y civil.
3. Las sociedades científicas nacionales e internacionales (Sociedad Internacional de Genética Forense y el grupo Hispano-Portugués de Genética Forense) han elaborado protocolos específicos para regular este tipo de pruebas, tanto en sus aspectos técnicos como médico-legales.
4. Dentro de los aspectos técnicos se han regulado: el número y tipo de marcadores que hay que emplear que serán siempre los mismos en todos los laboratorios, la manipulación de las muestras, la cadena de custodia, los criterios para acreditar a un laboratorio, los controles de calidad para que el laboratorio pueda ser acreditado para realizar análisis con fines forenses.
5. Dentro de los aspectos médico-legales se han hecho recomendaciones encaminadas a preservar la confidencialidad, la cadena de custodia, la exposición de los datos ante los tribunales, la obtención del consentimiento para realizar la prueba y los criterios para obtener el consentimiento por representación cuando el titular de la muestra no puede dar un consentimiento válido.

Anexo III

Aspectos Legales

En el plano normativo, tanto Nacional como Internacional, hay un amplio catálogo de normas jurídicas que serían de aplicación a la hora de regular determinados aspectos del uso de los análisis de ADN, tanto con fines clínicos, como de investigación biomédica o como prueba judicial.

Los análisis de ADN pueden afectar a los derechos fundamentales consagrados en la Constitución; la integridad del genotipo está protegida por el Código Penal, que castiga, con penas privativas de libertad, la manipulación genética.

Los datos contenidos en el ADN son datos sensibles y por ello están protegidos por la Ley 15/1999, de Protección de datos de carácter personal. El derecho sin restricciones a la investigación biológica de la paternidad y maternidad están garantizados por el artículo 39,2 de la CE, el Código Civil y la Ley de Enjuiciamiento Civil.

El derecho a que no se realicen estas pruebas sin consentimiento está garantizado por la Ley 41/2002. La Ley 14/2007, de 3 de Julio, considera objeto de la misma todo lo relativo al control de los análisis genéticos. La no discriminación en el trabajo por razones de salud está protegida por el Código Penal y la Ley de Riesgos Laborales. La Ley de la Comunidad Autónoma de Andalucía 11/2007, de 26 de Noviembre, regula el consejo genético, la protección de los derechos de las personas que se someten a análisis genéticos y a los bancos de datos sobre ADN. La Ley Orgánica 10/2007, de 8 de Octubre, regula la creación, custodia y uso de bases de datos de delincuentes con fines de investigación criminal.

En el plano internacional han sido muchas las declaraciones que se han producido en el ultimo tercio del siglo XX regulando esta materia desde una perspectiva ética, (Convenio del Consejo de Europa, Oviedo 4 de Abril de 1999, suscrito por España 1 de Enero de 2000, Declaración Universal sobre el Genoma Humano aprobado por la UNESCO 11 de Noviembre de 1997, 25 recomendaciones sobre repercusiones éticas, jurídicas y sociales de los tests genéticos, aprobados por la Dirección General de Investigación de la Comisión Europea).

Anexo IV

Los análisis genéticos y la gestión de la información generada

IV.1. Los análisis genéticos

IV.1.1. Según el objetivo de las pruebas analíticas se pueden distinguir dos grandes tipos de análisis:

- **Análisis clínicos.** Van dirigidos al diagnóstico de alguna enfermedad o la identificación de características relacionadas con alguna patología o con las medidas terapéuticas a desarrollar. La Ley 11/2007, de 26 de noviembre, reguladora del consejo genético, de protección de los derechos de las personas que se sometan a análisis genéticos y de los bancos de ADN humano en Andalucía, define el análisis genético como el “*procedimiento destinado a detectar la presencia, ausencia o variantes de uno o varios segmentos de material genético, para la identificación del estado de afectado o de no afectado; de portador de un defecto genético determinado, o de variantes genéticas que puedan predisponer al desarrollo de una enfermedad específica, o bien condicionar la respuesta a un tratamiento concreto*”. También incluye las pruebas indirectas para detectar un producto génico u otro metabolito específico que sea indicativo, ante todo, de un cambio genético determinado.
- **Análisis dirigidos a la identificación humana.** Procedimiento analítico aplicado al estudio de las regiones hipervariables del ADN no-codificante, para conseguir el perfil genético o características individuales que permiten establecer la identidad de la persona por medio de la individualización comparativa entre muestras. Estos procedimientos se pueden aplicar para identificar a las personas o para establecer o descartar relaciones de consanguinidad entre ellas.

IV.1.2. Según el contexto en el que se desarrollan los análisis

IV.1.2.1 Análisis en el terreno de la salud. Se trata de los análisis clínicos y su objetivo es abordar alguna cuestión relacionada con la salud individual o con la investigación.

IV.1.2.2 Análisis judiciales: Van dirigidos a resolver una cuestión planteada ante los Juzgados y Tribunales en cualquiera de sus jurisdicciones, fundamentalmente en el ámbito Penal, Civil, y cuyas características y peculiaridades ya han sido expuestas.

IV.1.2.3 Análisis Sociales: Van dirigidos a resolver una cuestión de carácter social cuya trascendencia nace del significado de los hechos y de la extensión del problema. Se trata, fundamentalmente, de los análisis y las medidas dirigidas a la identificación de personas desaparecidas.

IV.1.2.4 Análisis Laborales: El objetivo es el mismo que el de los análisis clínicos pero atendiendo a las especiales circunstancias del trabajo, tanto con relación al desempeño de las ocupaciones habituales, como de cara a valorar la repercusión de las

condiciones del trabajo sobre la salud y de su estado de salud sobre la adecuada realización de las labores y funciones encomendadas.

- Estas circunstancias y las posibilidades diagnósticas de los análisis genéticos podrían ser utilizados para una selección discriminatoria de puestos de trabajo, motivo por el que los médicos deben velar por el adecuado cumplimiento de las normas legales y deontológicas.
 - o Los análisis se podrían utilizar para una selección discriminatoria de puestos de trabajo.
 - o En cualquier caso debe prevalecer el derecho que el trabajador tiene de no ser discriminado por razones de enfermedad y de mantener a ultranza su intimidad. Como ocurre con todos los análisis que se realizan en el medio laboral, se mantendrá el secreto profesional, que sólo se puede romper cuando del silencio se derivaran riesgos o daños a terceros.

IV.2 Bases de datos genéticas y Bancos Biológicos de muestras

Las consecuencias éticas, deontológicas, legales y sociales derivadas de la información obtenida de los análisis genéticos deben valorarse distinguiendo entre bancos o bases de datos genéticas (BDG), referentes al archivo de la información resultante del análisis; y bancos biológicos (BB), que consistirían en el archivo del material biológico (sangre, saliva, tejidos,...) sobre el que se va a realizar el análisis, aunque en la mayoría de los casos irán juntos, pero en algunas ocasiones aparecerán de forma separada, probablemente porque no hayan sido concebidos como bases de datos, pero los riesgos serán los mismos o incluso superiores, debido a la ausencia de garantías y seguridad.

La Ley 11/2007, de 26 de noviembre, reguladora del consejo genético, de protección de los derechos de las personas que se sometan a análisis genéticos y de los bancos de ADN humano en Andalucía, da una serie de definiciones para algunos de los elementos relacionados con las bases de datos y los bancos biológicos que resultan muy clarificadoras a la hora de enfrentarse a las consecuencias éticas y deontológicas derivadas de las diferentes actuaciones y situaciones que se pueden producir entorno a estas bases de datos. Algunos de estos conceptos son:

- **Banco de ADN humano** como el *establecimiento o unidad técnica, de carácter público o privado, que acoge una colección de muestras biológicas destinadas a la realización de análisis genéticos con fines de asistencia sanitaria o de investigación biomédica, así como los datos asociados a las mismas.*
- **Dato anonimizado:** dato no asociado a una persona identificada o identificable por haberse destruido el nexo con toda información que identifica al sujeto.
- **Dato codificado o disociado reversiblemente:** dato no asociado a una persona identificada o identificable por haberse reemplazado la información que identifica al sujeto por un código, que permite la operación inversa.

- **Muestra biológica:** cualquier sustancia biológica de origen humano que puede albergar información sobre la dotación genética característica de una persona.
- **Muestra biológica anonimizada:** muestra biológica que no puede asociarse a una persona identificada o identificable por haberse destruido el nexo con toda información que identifique al sujeto.
- **Muestra biológica codificada o disociada reversible-mente:** muestra biológica no asociada a una persona identificada o identificable por haberse remplazado la información que identifica al sujeto por un código, que permite la operación inversa.
- **Trazabilidad:** posibilidad de ubicar, localizar e identificar las muestras biológicas y sus datos asociados, en cualquier paso del proceso desde su obtención hasta su destrucción.

Sobre estas referencias deberán tomarse en consideración las cuestiones referentes al consentimiento informado para la donación de la muestra, archivo de la información y mantenimiento de la muestra biológica para futuros análisis en los términos consentidos. La confidencialidad será el otro pilar sobre el que descansen las actuaciones profesionales, y ha de garantizarse por un lado con los recursos técnicos que impidan asociar una muestra o una información a una identidad, y por otro con el adecuado tratamiento de la información.

Cualquier modificación del contenido del consentimiento o la aparición de nuevas circunstancias requiere una nueva solicitud del consentimiento de la persona para poder proceder en los sentidos indicados.

DIRECTRICES DEONTOLÓGICAS SOBRE INFORMACIÓN Y PUBLICIDAD MÉDICA

(Revisión de noviembre de 2005)

INTRODUCCIÓN

La existencia de los Colegios Profesionales está basada, entre otros, en el principio de que existen profesiones que no pueden entenderse como meros oficios lucrativos y que, por tanto, deben regirse por criterios más exigentes que las normas aplicables al conjunto de otras actividades. Si todas las actividades profesionales deben cumplir las normas legales, las profesiones colegiadas deben someterse voluntariamente a unos requisitos mayores, fijados por la deontología colegial. La Organización Médica Colegial, además de cumplir y hacer cumplir la Ley, debe definir el marco de aplicación y los preceptos deontológicos exigibles a todos los colegiados.

Respecto a la publicidad médico-sanitaria, (según el Diccionario de la Lengua Española vigésima segunda edición, Publicidad = Conjunto de medios que se emplean para divulgar o extender la noticia de las cosas o de los hechos. Divulgación de noticias o anuncios de carácter comercial para atraer a posibles compradores, espectadores, usuarios, etc.) una de las obligaciones de la Organización Médica Colegial ha de ser la de exigir a los poderes públicos la aplicación de cuantas normas fueren necesarias a fin de evitar que la salud de los ciudadanos pueda sufrir menoscabo como consecuencia de una publicidad ambigua, incierta y mercantilista, pero también tiene la obligación de definir las normas deontológicas exigibles a la publicidad realizada por los médicos colegiados.

Al igual que otras muchas actividades, la Medicina no ha sido ajena a los cambios sociológicos acaecidos. Vivimos en una sociedad altamente tecnificada y consumista en la que la publicidad representa un arma poderosa para llamar la atención respecto al “producto ofertado”, hoy en día la publicidad se hace imprescindible. El ejercicio médico se ha convertido en una actividad cada vez más competitiva, con una instrumentación costosa y, en ocasiones, necesitado de publicidad para poder hacer frente a los costes de la actividad profesional. Por ello, es perfectamente comprensible que los médicos puedan utilizar anuncios publicitarios para darse a conocer o para obtener y aumentar su clientela.

El marco legal de la Publicidad Médico-Sanitaria está integrado por una serie Leyes, Reales Decretos y Directrices estatales que se citan por vía de anexo, a las que se suman las normativas autonómicas. La tesis general defendida por todo el cuerpo legal es que los bienes, servicios y actividades sanitarias son, con frecuencia objeto de publicidad o de promoción comercial, que debe quedar sujeta al control previo y vigilancia de las autoridades sanitarias.

CAPÍTULO PRIMERO **DOCTRINA ÉTICA BÁSICA DE LA PUBLICIDAD MÉDICA**

1. La Medicina tiene como principio básico estar al servicio del hombre y de la sociedad y, como deberes primordiales, respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la sociedad (art. 4. 1, del Código de Ética y

Deontología Médica; en adelante C.E.D.M.) y, por ello, pertenece a ese reducido grupo de profesiones colegiales que deben cumplir, de una parte, los preceptos que las leyes imponen a todos los ciudadanos y, de otra, imponerse autocontroles más estrictos y específicos, en forma de normas éticas y deontológicas exigibles, en su caso, por la Organización Médica Colegial que, de no ser cumplidas, podrán y deberán ser sancionadas por las Juntas Directivas de los Colegios.(art. 63.3 de los Estatutos Generales de la O.M.C.).

2. El médico está obligado a distinguir claramente, y no entremezclar, la información, (Información = acción de informar, dar noticia, enterar) como elemento necesario de educación sanitaria, de la publicidad, entendida como medio legítimo para darse a conocer y obtener su clientela en el ejercicio privado de la medicina, aunque debiendo emplear procedimientos muy distintos a los usados por la publicidad comercial. Nunca instrumentalizará su función de educador sanitario en beneficio propio o para atraer pacientes a su actividad privada.
3. La publicidad deberá ser objetiva, prudente, y veraz, de modo que no levante falsas esperanzas o propague conceptos infundados (art. 38.1 del C.E.D.M.). La publicidad profesional, además de objetiva y veraz, debe ser pertinente, discreta, clara, verificable, meramente informativa, no promocional y no comparativa. Quiere esto decir que no debe reflejar más que aquello que sea imprescindible para que el ciudadano sepa quién es el facultativo, cuál su titulación, su especialidad y dónde ejerce su actividad profesional. Es un grave error conceptual creer que la "libertad profesional" o la "libertad de prescripción" amparan al médico para poder realizar publicidad de los procedimientos que utiliza. Lo único que la libertad profesional permite es elegir, de entre los procedimientos validados, el más adecuado a las circunstancias concretas de cada paciente, sin poder publicitar los diferentes procedimientos diagnósticos o terapéuticos.
4. Nunca podrá hacerse mención de un título académico o profesional que no se posea. Es tradición utilizar el termino "doctor" para referirse a cualquier médico, disponga o no del título académico de Doctor. No existe justificación deontológica para no aceptar ser denominado así por parte de los pacientes, pero no es procedente que el propio médico se denomine y anuncie como tal si solamente está en disposición del título de Licenciado. La utilización expresa del título de Doctor en Medicina y Cirugía, sin estar en posesión de dicha titulación, además de ser éticamente reprochable es una falta tipificada en el código penal (art. 637), al igual que denominarse especialista, sin tener el título correspondiente.
5. La Deontología Médica comparada de otros países (Argentina, Australia, Bélgica, Francia, Inglaterra, Suiza), al contemplar la publicidad médica, es mucho más amplia y rigurosa que la española. El Código de Ética y Deontología Médica de 1999, actualmente vigente, recoge los principios éticos fundamentales de la publicidad médica pero, a diferencia de códigos anteriores, evita entrar en consideraciones concretas. Esto hace que determinados aspectos de la misma deban ser abordados a través de una declaración específica por parte de la Comisión Central de Deontología. (Disposición final Apdo.1 del C.E.D.M, que dice las declaraciones de la CCD aprobadas por la Asamblea General de la OMC tienen naturaleza normativa e igual carácter vinculante que los preceptos contenidos en este Código).
6. La Organización Médica Colegial debe ser garante de los derechos de sus colegiados, y entre ellos el de publicitar su actividad profesional, pero también tiene la obligación de proteger los derechos de los pacientes, persiguiendo de oficio, a través de los Colegios de

Médicos, aquellas conductas engañosas, fraudulentas y desleales. Garantizar la calidad de la publicidad médica no implica limitar corporativamente el derecho legítimo de los colegiados a anunciarse y darse a conocer, sino poner en práctica mecanismos adicionales que refuercen el derecho de los usuarios a recibir una información adecuada y veraz para que puedan optar libremente entre las diversas opciones a su alcance.

7. El **Visado Colegial** de la publicidad médica (es decir, examinar por la Comisión Deontológica del Colegio de Médicos, la documentación relativa a la publicidad que se pretende anunciar o publicitar, como autoridad competente y dar, si reúne los requisitos establecidos en los Estatutos Generales y en el Código de Ética y Deontología Médica el visto bueno, para que tenga la validez correspondiente), debe convertirse en un elemento indispensable y diferenciador para que los usuarios puedan saber que publicidad está avalada por los Colegios de Médicos, garantizando su calidad y veracidad, frente a la publicidad realizada por los propios médicos o por empresas o sociedades de servicios médicos interpuestas a veces exclusivamente mercantilistas. Si la sociedad otorgara al **Visado Colegial** de la publicidad médica la condición de elemento diferenciador a la hora de escoger entre uno u otro médico, serían los propios médicos los que voluntariamente se someterían al dictamen y aprobación de su publicidad por las Comisiones Deontológicas y se esforzarían por conseguir el **aval colegial** como garantía de su correcta actividad profesional.

CAPÍTULO SEGUNDO

NORMATIVA ESPECÍFICA SOBRE PUBLICIDAD MÉDICA

1. Por publicidad médica específica (clásica) entendemos la publicidad que tradicionalmente se ha realizado a través de anuarios, guías profesionales, placas, rótulos o membretes, y que es la mayoritariamente utilizada por los profesionales médicos.
2. Las únicas indicaciones que un médico puede mencionar en sus impresos de consulta y recetas, en una guía, anuario, directorio profesional o en anuncios insertados en periódicos, son:
 - a. Su nombre, apellidos, dirección, número de teléfono, correo electrónico, horas de consulta, y si ésta es mediante cita previa. El título de Licenciado o de Doctor, así como el título de la especialidad que posea, oficialmente reconocido u homologado en España, y haya sido debidamente registrado en su Colegio.
 - b. Si ejerciera en asociación con otros médicos, el nombre de los médicos asociados, así como el nombre del centro o institución sanitaria donde se realice la actividad profesional.
 - c. El número de colegiado que deberá hallarse consignado, obligatoriamente, en los impresos de consulta y recetas.
3. Las placas de las consultas médicas se destinan a indicar a la población el lugar donde se ubica la consulta del médico. Las leyendas de las placas deben sujetarse a los mismos criterios que las de los impresos de consulta y recetas, con la excepción del número de colegiado.
No deberán exceder de las dimensiones habituales (40 x 60 cm), ni colocarse de forma exageradamente vistosa (carteles luminosos, por ejemplo). En caso de cese de la actividad profesional, la placa debe ser retirada. En caso de traslado de la consulta, el médico podrá colocar, durante seis meses, un aviso que contenga las indicaciones apropiadas.

4. En algunas Autonomías, el Visado Colegial consiste en "Placas Acreditativas" en las que se identifica claramente el consultorio como centro autorizado que cumple con las garantías y las disposiciones legales vigentes. Las placas situadas en los accesos a la consulta deben ser autorizadas por el Colegio de Médicos y dispondrán de un número de autorización de las Consejerías de Sanidad correspondientes. En otras, los visados de publicidad, son competencia exclusiva de las Juntas Autonómicas o Consejerías de Sanidad.

CAPÍTULO TERCERO
NORMATIVA SOBRE LA INFORMACIÓN Y PUBLICIDAD EN MEDIOS DE
COMUNICACIÓN

1. Los medios de comunicación constituyen un elemento indispensable y esencial para la educación sanitaria de la población, permitiendo llevar acabo programas o campañas de información o divulgación sanitaria cuyo éxito sería prácticamente imposible llegar sin su colaboración pero, en ocasiones, pueden convertirse en elementos sensacionalistas de información incorrecta, engañosa y perjudicial.
2. La libertad de expresión y de opinión son derechos inalienables. Los médicos que participen en programas de información o divulgación sanitaria deberán ser obligados a matizar que comentarios constituyen opiniones personales y cuales están científicamente avalados.
3. Aunque la prudencia es un principio básico exigible para cualquier tipo de información sanitaria, deberá extremarse según el medio de difusión que se esté utilizando en cada momento. Evidentemente no resulta lo mismo la información escrita, que aquella otra que se realiza en medios audiovisuales, tales como la radio o la televisión e incluso dentro de ellos tiene importancia capital si el programa se emite en directo o si previamente ha sido grabado y se emite en diferido.
4. La información escrita es fácilmente contrastable y verificable. Si el artículo publicado es de carácter informativo o educativo, el médico puede meditar y sopesar el contenido del mismo, e inclusive acogerse al derecho de aclaración o rectificación posterior a su publicación. En cualquier caso debe exigir que el artículo se difunda tal y como ha sido escrito por él mismo, negándose a que el medio de comunicación introduzca modificaciones, opiniones o conclusiones diferentes a las suyas.
5. Cuando el médico participe en un programa televisivo, debe informarse previamente de la identidad, edad y personalidad de los que con él intervienen; de la notoriedad del programa y del presentador; de las condiciones de su intervención y especialmente del tiempo reservado al uso de la palabra. Deberá declinar su intervención en programas sensacionalistas y de escaso rigor y seriedad.
6. Si la participación en programas televisivos emitidos en directo supone, de por sí, un alto riesgo para el médico, el cual puede ser malinterpretado, dicho riesgo se incrementa exponencialmente en programas grabados y emitidos en diferido. En ellos el médico puede convertirse en rehén de sus propias palabras ya que, a veces, su emisión puede realizarse en un contexto diferente al que se pronunciara y en tales circunstancias no

dispondrá de la posibilidad de réplica o de aclaración. Si el programa fue grabado para emitirse en diferido deberá exigir que la emisión del mismo sea totalmente coincidente con la grabación efectuada, o autorizar la emisión que va a ser emitida.

7. Las emisiones radiofónicas, en general, representan para el médico un riesgo menor que las televisivas, sobre todo si la emisión es en directo. Por otro lado el mayor número de emisoras locales de radio siempre ofrece la posibilidad de participar en aquellas que reúnan mayores garantías.
8. Siempre que el médico participe en un programa audiovisual, sería recomendable establecer como condición necesaria el que se le facilite la grabación íntegra de su participación.
9. Los médicos que realicen publicidad a través de prensa escrita, emisiones radiofónicas o televisivas, portales o páginas de Internet observarán las normas de dignidad y discreción propias de la profesión médica. La publicidad deberá ser objetiva, prudente y veraz, de modo que no levante falsas esperanzas o propague conceptos infundados (Art.38.1 del C.E.D.M), especialmente sobre medios diagnósticos o prácticas terapéuticas que induzcan a error, o que no cuenten con una amplia y suficiente validación científica.
10. La norma deontológica dispone (Art. 39.1 del C.E.D.M), que el médico, antes de comunicar, de modo prematuro o sensacionalista, a la opinión pública cualquier descubrimiento, éxito médico, resultados o conclusiones de estudios y ensayos clínicos, tiene el deber de comunicarlos a la prensa profesional y a la comunidad Médica, para que puedan ser confirmados y validados, ya que de lo contrario, a demás de una publicidad desleal en beneficio personal o institucional podría generar falsas expectativas entre los enfermos o sus familiares.
11. El médico deberá abstenerse de publicar textos que recomienden o llamen la atención sobre su capacidad profesional, sus conocimientos, sus servicios o su cualificación con el fin de obtener ventaja profesional o beneficio económico así como promover agradecimientos públicos de pacientes o manifestaciones en su favor, o de servirse de ellos como elemento de publicidad.
12. Cuando el médico utilice los medios de comunicación a fin de ofertar sus servicios profesionales, solo podrá insertar un anuncio donde haga constar su nombre y apellidos, especialidad registrada en el Colegio de Médicos, nombre de entidades de seguro libre a las que preste asistencia y que estén debidamente acreditadas, dirección, e-mail, teléfono, horas y días de consulta y si ésta es con cita previa.
13. En la publicidad no deberán figurar listas de enfermedades o síntomas, técnicas diagnósticas y/ o terapéuticas, según normas deontológicas de las organizaciones médicas de los Países Comunitarios (salvo excepciones, con el Visado Colegial correspondiente)
14. Cuando el médico participe en programas educativos o informativos audiovisuales, no podrá realizar publicidad directa, personal o institucional y rechazará la publicidad que indirectamente pudiera beneficiarle. Nunca facilitará datos (por ejemplo: dirección, teléfono, técnicas especiales, etc...) a cerca de su actividad profesional que induzcan indebidamente a la captación de pacientes, especialmente si ésta se desarrolla en el ámbito privado.

15. Cometen una grave falta a la Ética profesional los que prometen la prestación de servicios gratuitos o descuentos, así como quienes explicita o implícitamente mencionen tarifas de honorarios.
16. La Ética de la publicidad del médico se atiene a las mismas normas con independencia del medio usado para difundirla. La Ética es común a la publicidad en papel, en radio, televisión, o internet. Será más difícil de detectar o probar, pero los criterios éticos de dignidad y veracidad son idénticos para todas ellas.

CAPÍTULO CUARTO
RESPONSABILIDADES INDIVIDUALES DEL MÉDICO EN LA PUBLICIDAD
PROMOCIONAL O COMPARATIVA DE LAS INSTITUCIONES

1. El trabajo en equipo y el desarrollo de sociedades de servicios médico-sanitarios ha hecho que la información o la publicidad en medios de comunicación pase de ser personalizada a institucionalizarse. Los médicos que ejerzan en organismos públicos o privados deben cuidar que los modos de información utilizados en ellos se ajusten a las normas deontológicas de la profesión. La información o la publicidad institucional no le eximen al médico de su responsabilidad individual. Debe velar por el uso que se hace de su nombre y de sus declaraciones, no permitiendo que se utilicen con fines publicitarios o promocionales, dejando claro, sin ningún género de dudas, cuándo interviene a título personal y cuándo lo hace en representación de una institución pública o privada.
2. Los médicos no deberán participar por regla general en campañas de publicidad promocional o comparativa de las instituciones (creación de nuevos servicios, adquisición de nuevos aparatos, implantación de técnicas novedosas), que supongan intereses claramente lucrativos personales o institucionales, y/o vayan en contra de las normas deontológicas.
3. Es contrario a la ética cualquier explotación publicitaria de un éxito médico en beneficio de una persona, grupo, escuela, o institución sanitaria, así como utilizarlo para desacreditar la capacidad profesional, los conocimientos, los servicios o la cualificación de otros médicos o instituciones.
4. Los médicos no aceptarán que las instituciones o empresas sanitarias entrevisten a los pacientes o utilicen su imagen como medio de publicidad en beneficio institucional. En dichas circunstancias los médicos deben garantizar que se ha informado enteramente a los pacientes y que su participación se obtuvo libremente y, en caso, de duda informarán adecuadamente a su Colegio de Médicos.
5. La normativa española sobre publicidad será de aplicación igualmente a la publicidad realizada en los distintos idiomas, tanto la realizada a nivel individual como a la institucional.
6. El artículo 43.f de los E.G.O.M.C sobre los deberes de los colegiados dice que se solicitará del Colegio, la debida autorización para cualquier anuncio relacionado con sus

actividades profesionales, que debe acomodarse a lo que señala el Código Deontológico, absteniéndose de publicarlo sin obtener la debida aprobación.

7. El trabajo en las Instituciones Sanitarias según el artículo 37.1 del C.E.D.M dice: el médico está obligado a promover la calidad y la excelencia de la institución en que trabaja. Secundará lealmente las normas que tiendan a la mejor asistencia a los enfermos. Pondrá en conocimiento de la Dirección del Centro las deficiencias de todo orden, incluidas las de naturaleza ética, que perjudiquen esa correcta asistencia. Y si no fueran corregidas las denunciará ante el Colegio de Médicos o a las Autoridades Sanitarias, antes de hacerlo a otros medios.

8. Finalmente según la Declaración de la CCD sobre “Intervención de los médicos ante los Medios de comunicación en caso de notorio interés público”, recoge que estos profesionales “no podrán nunca despertar falsas esperanzas o propagar conceptos infundados, ni lesionar la confidencialidad que deben a sus pacientes y colegas o a las Instituciones en que trabajan”. Los médicos cuando informen a cerca de sus actividades deberán hacerlo cumpliendo con una “estricta veracidad y ponderación”.
Tampoco podrán facilitar información de sus pacientes sin su expreso consentimiento, puesto que éstos “son los dueños de la información”, y el médico debe respetar y proteger celosamente el derecho a la intimidad. Esta norma será aún más estricta cuando se trate de personas individuales y es estos casos “no sólo deberá contarse con la autorización del paciente, sino que no deberán ofrecerse evaluaciones diagnósticas o pronósticas sin el conocimiento y autorización del médico responsable del paciente”.

La Declaración obliga a que se extremen las cautelas cuando se trate de medios televisivos que acuden a cubrir un accidente o entran en salas de urgencias y en un Hospital.

Madrid, noviembre de 2005.

ANEXO II

Marco legal de la Publicidad Médico-Sanitaria

1. Real Decreto 2827/1977, de 6 de octubre, sobre Visados de la Publicidad Médico-Sanitaria.
2. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que ordena el catálogo de infracciones y sanciones en materia de publicidad sanitaria. (Artículos 27; 30.1; 102, y 110).
3. Ley 34/1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad. (Artículo 8).
4. Directivas de la UE 88/552 y 89/622.
5. Ley 27/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento.
6. Real Decreto 1907/1996, de 2 de agosto, sobre Publicidad y Promoción Comercial de Productos, Actividades o Servicios. En su artículo 2.2, establece la colaboración de los Colegios Profesionales en el ámbito de sus competencias.
7. Ley 34/2002, de 11 de julio, servicios de la sociedad de la información y de correo electrónico. En su artículo 10, apartado d), especifica los datos exigibles a los profesionales que ejercen una profesión regulada, e integrada en un Colegio Profesional.
8. La Ley 44/2003, 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. En su artículo 44, contempla la publicidad del ejercicio profesional privado.

Marco Deontológico de la Publicidad Médico-Sanitaria

1. Organización Médica Colegial. Código de Ética y Deontología Médica. Año 1999.
2. Consejo Valenciano de Colegios Abogados. Código Deontológico Año 2002.

En cumplimiento de lo solicitado por la Comisión Permanente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en su Oficio nº 38, fechado el 27 de diciembre de 2007, la Comisión Central de Deontología, ha estudiado la cuestión planteada y, después de debatirla, aprobó en su sesión de los días 18 y 19 de julio de 2008 el correspondiente

I N F O R M E S O B R E L A C O N S I D E R A C I O N D E L A H O M E O P A T Í A C O M O A C T O M É D I C O

I. Preámbulo

1. En su escrito de 27 de noviembre de 2007, el Presidente de la Asamblea Nacional de Homeopatía solicita a la Organización Médica Colegial el reconocimiento del ejercicio de la Homeopatía como Acto Médico basado en que antes de prescribir un tratamiento homeopático es imprescindible realizar un diagnóstico previo de la enfermedad. El escrito se acompaña de documentos de adhesión de varios Colegios Oficiales de Médicos (Alicante, Asturias, Baleares, Cádiz, Córdoba, Madrid, Navarra, Guipúzcoa, Sevilla, Valencia, Valladolid, Zaragoza, Lérica) y del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos.

2. En su escrito de 27 de diciembre de 2007, la Comisión Permanente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos ratifica su acuerdo de 13 de diciembre de 2007 en el cual apoyaba la iniciativa planteada por el Presidente de la Asamblea Nacional de Homeopatía en el sentido de que la Homeopatía sea reconocida como Acto Médico. Igualmente adopta el acuerdo de solicitar a esta Comisión que emita un informe sobre la Homeopatía como Acto Médico.

II. Antecedentes y Contenido de la consulta

1. La Homeopatía es un método terapéutico que apareció en Europa a finales del siglo XVIII, a partir de los trabajos y observaciones del médico alemán Samuel C. Hahnemann (1755-1843). Se basa en la aplicación del principio de semejanza (*similia similibus curantur*), administrándose los medicamentos según tengan éstos la capacidad de producir un cuadro de síntomas semejante al que presenta el enfermo. Esto implica conocer los efectos que producen las sustancias medicamentosas en el organismo humano, información que proporciona la toxicología y la patogenesia o experimentación del medicamento en seres humanos. También se caracteriza la Homeopatía por la utilización de dosis mínimas, preparadas según un método, descrito por Hahnemann, de sucesivas diluciones y agitaciones.

2. La administración de tratamientos homeopáticos sigue un esquema similar al de la medicina convencional. La prescripción inicial se realiza tras el análisis de síntomas y características individuales del paciente, que orienta hacia el remedio más adecuado. El médico monitoriza los resultados repitiendo la consulta entre 2 y 6 semanas después de la prescripción. Junto con los remedios externos prescritos, suelen asociarse consejos relacionados con la dieta y el estilo de vida.

3. Desde 1992 se han dictado varias Directivas Europeas en referencia a la regulación de los medicamentos de uso homeopático. Dentro de la regulación de los medicamentos de uso homeopático en nuestro país se encuentran:

a) Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Dedicó el capítulo 50 a los medicamentos homeopáticos.

b) Real Decreto 1345/2007, de 11 de octubre, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente. Los artículos 55 a 58 tratan de los medicamentos homeopáticos.

III. Hechos

1. A partir de los años ochenta del siglo XX se observa en España, paralelamente al resto del mundo, un aumento de la demanda de atención terapéutica bajo el método homeopático. El informe de la Comisión al Parlamento Europeo y al Consejo sobre la aplicación de las Directivas 92/73/CEE y 92/74/CEE de 1997 dice textualmente: “tres de cada cuatro europeos tienen conocimiento de la existencia de la Homeopatía, y un 29% de esa fracción recurre a ella para su atención sanitaria”.

2. En la exposición de motivos de la Proposición no de ley presentada por el grupo socialista ante el Parlamento de Andalucía, el 8 de julio de 1999, sobre las “medicinas complementarias”, se dice que entre un 25 y un 45% de los ciudadanos andaluces utiliza de forma asidua alguna de estas técnicas.

3. En el año 2000, en una investigación al respecto realizada entre 1993 y 1998 (Mantero de Aspe M. *El Ejercicio Médico de la Homeopatía en España a finales del siglo XX (análisis médico-legal)* [tesis doctoral]. Universidad Complutense de Madrid; 2000), se localizaron más de mil doscientos médicos practicando la Homeopatía en España.

4. Existen muchas asociaciones de médicos homeópatas en nuestro país, de entre las cuales destacamos, por sus actividades y su gran número de asociados, a la Federación Española de Médicos Homeópatas (FEMH), que engloba a once asociaciones de ámbito regional, la Academia Médico Homeopática de Barcelona (AMHB) y la Sociedad Española de Medicina Homeopática (SEMH).

5. Existen al menos diecinueve Colegios de Médicos en España en la que los médicos que practican la Homeopatía tienen presencia oficial, en forma de Secciones Colegiales en algunos, o de Comisiones u otro tipo de asociaciones colegiales. Son los siguientes: Andalucía (Sevilla, Málaga), Aragón (Zaragoza, Huesca), Asturias, Canarias (Las Palmas, Tenerife), Castilla-León (Valladolid), Cataluña (Barcelona, Tarragona, Lérida, Gerona), Madrid, Comunidad de Valencia (Valencia, Castellón, Alicante), Navarra, País Vasco (Guipúzcoa, Vizcaya).

6. La Homeopatía ha entrado en la Universidad. La Federación Española de Médicos Homeópatas es la entidad responsable del Master de Medicina Homeopática que se imparte en Sevilla desde 1995. Hay estudios de especialista universitario en la Universidad de Valladolid y la Homeopatía tiene su lugar en el Master de Naturismo de Santiago, Zaragoza, Valencia y Madrid.

7. La ausencia de una regulación legal del ejercicio profesional de la Homeopatía da lugar a una serie de posibles riesgos del ejercicio de la terapéutica homeopática por “no médicos”: el peligro más evidente se deriva, más que de la utilización en sí de la terapéutica homeopática, de la posible privación de un tratamiento efectivo, ya que los “no médicos” no tienen

preparación para establecer un diagnóstico que les permita evaluar la situación del paciente lo más objetivamente posible con vistas a indicar la estrategia terapéutica apropiada, homeopática o convencional, o ambas. Por otro lado, resulta muy complicada la aplicación de la ley respecto a problemas de intrusismo en este campo; a primera vista parece evidente que en la práctica de la medicina homeopática se realiza un acto médico, pero las sentencias existentes sobre casos similares son contradictorias en cuanto a sus conclusiones, aunque en general se absuelve al que tiene alguna titulación sanitaria (aunque sea una diplomatura) y se tiende a condenar al que no posee ninguna.

8. Existe una falta de control para asegurar la correcta preparación de los médicos que ejercen la Homeopatía: al no existir ningún título oficial en España de médico homeópata, no es fácil conocer el nivel de formación en Homeopatía del profesional que la practica.

9. Casi toda la práctica de la Homeopatía se realiza, en España, en el ámbito de la medicina privada; además, hay en nuestro país sociedades privadas de asistencia médica que incluyen en su cuadro a médicos homeópatas.

10. También tienen un papel importante los farmacéuticos y veterinarios en este proceso de expansión actual. La Homeopatía ha despertado el interés de profesionales de estos campos de modo que no sólo hay farmacias que dispensan medicamentos homeopáticos, sino farmacéuticos con una buena formación que en algunos casos poseen laboratorios propios para la elaboración de este tipo de medicamentos.

11. Existe una cierta incomodidad respecto a la Homeopatía debido a la dificultad de conocer el mecanismo de acción de estos remedios. Son los propios médicos homeópatas los responsables en ocasiones de utilizar la Homeopatía como un sistema médico al presentarla como un cuerpo doctrinario en el que hay que creer, más que como una forma de conocer las propiedades curativas de las sustancias y su aplicación a las enfermedades del hombre. Tampoco se puede plantear la Homeopatía como la única terapéutica que aporta soluciones eficaces, lo que sin embargo sí era posible en el marco de limitaciones que tenía la terapéutica decimonónica. Para que sea reconocida por la ciencia actual debe mostrar la verdad que aporta desde la experimentación pura recogida en el hecho patogenético, sin olvidar el análisis y valoración de los resultados clínicos, dejando de lado las consideraciones metafísicas y especulaciones subjetivas que entorpecen su marcha.

12. Desde 1991, han sido publicados cinco meta-análisis respecto a estudios randomizados controlados de la Homeopatía y todos llegan a la conclusión de que la Homeopatía tiene un efecto positivo y específico superior al del efecto placebo. En el curso de los últimos diez años, los meta-análisis de estudios considerando tres indicaciones médicas específicas: fiebre del heno, íleo postoperatorio y artritis reumatoide han confirmado la eficacia de la Homeopatía en estas indicaciones. Existen varios ensayos clínicos que confirman la eficacia del tratamiento homeopático en asma, colon irritable, migraña y artritis reumatoide.

14. Es necesario profundizar en la revisión crítica de los supuestos teóricos homeopáticos, a fin de ser confrontados con los conceptos médicos y científicos convencionales. Por ese motivo, se están realizando esfuerzos importantes a fin de intentar comprender su eficacia, disponiéndose de más de 800 publicaciones a este respecto.

IV. Criterios ético-deontológicos

1. El Artículo 21.2 del Código de Ética y Deontología Médica indica que “En tanto las llamadas Medicinas no convencionales no hayan conseguido dotarse de base científica, los médicos que las aplican están obligados a informar a los pacientes, de forma clara e inteligible, de su carácter complementario.”
2. El acto médico ha sido definido como "toda actividad lícita realizada por un profesional médico legítimamente capacitado y conducente a la curación de una enfermedad o a la promoción de la salud"; incluye por tanto diagnóstico, pronóstico, tratamiento.
3. El médico que practica la Homeopatía está sujeto en todo a lo indicado en el Código de Ética y Deontología Médica. Dada la peculiaridad de esta técnica terapéutica y de los actuales sistemas docentes, es necesario matizar y determinar algunos aspectos particulares que requieren especial atención. Igualmente, deberá mantener al día sus conocimientos sobre los mecanismos de acción de la Acupuntura que se vayan descubriendo para integrarlos con los de la medicina occidental convencional (artículo 18 del CEDM).

V. Consideraciones

1. La situación actual de la Homeopatía se debate entre la eficacia que la convierte en una forma de medicina con una gran demanda y el constante cuestionamiento de su entidad como ciencia médica. Más allá de todo esto, la Homeopatía pervive en el tiempo, a pesar de no disponer de un cauce legal para su desarrollo.
2. Su persistencia y su actual situación de expansión ante la demanda creciente de los enfermos, nos deberían llevar a considerar que este método terapéutico tiene algo importante que ofrecer en el complejo panorama de la enfermedad en nuestros días, por ello habría que considerar la posibilidad de darle una oportunidad.
3. No es misión de esta Comisión Central de Deontología entrar a juzgar la eficacia de la Homeopatía como técnica terapéutica, la Organización Médica Colegial ha de regular aquellos aspectos deontológicos particulares que conlleva su práctica. Esta actividad ha sido reconocida y aceptada por la OMS. como un método útil en la actividad médica y viene avalada por una práctica continuada a lo largo de los años.
4. La Medicina es ciencia y arte, de ahí que, sin perjuicio de la obligación que tiene el médico de prestar cuidados actualizados, concienzudos y atentos y el derecho de los pacientes a recibir cuidados seguros y contrastados por la ciencia médica, uno de los derechos irrenunciables del médico es la libertad de prescripción, para el mejor tratamiento de sus pacientes. El médico, en el ejercicio de esa libertad de prescripción, responde ante la sociedad, los enfermos y sus compañeros de profesión, de acuerdo con lo establecido en las normas jurídicas y deontológicas.
5. El médico no utilizará ningún tratamiento homeopático que no conozca suficientemente. El enfermo que se somete a esta modalidad de tratamiento debe tener la seguridad de que es tratado por un conocedor de la patología médica, que aplicará los tratamientos desde un diagnóstico diferencial preciso; además, debe tener la garantía de que quien los aplica los conoce y se ha sometido al mismo control exigido para la práctica médica convencional.

6. Cuando un paciente requiera otra indicación terapéutica clara se le debe comunicar y remitirlo al especialista correspondiente. Proporcionar falsas esperanzas, alargar sin justificación un tratamiento o indicar el abandono de otros tratamientos útiles para el paciente son acciones éticamente reprobables.

7. Antes de iniciar un tratamiento debe obtener el Consentimiento Informado del paciente. En concreto, se debe informar con claridad al paciente sobre las peculiaridades de los tratamientos que se vayan a emplear, número de sesiones previstas, beneficios esperados y evolución probable. También se deben comentar los efectos adversos que pueden producirse según las características propias del paciente y la posibilidad de que el tratamiento pueda exacerbar algún síntoma al inicio del mismo.

8. Teniendo en cuenta el bien superior del paciente, el médico que practica la Homeopatía siempre debe cooperar en todo lo posible con el médico de atención primaria o el especialista que atienden habitualmente la salud del paciente. Puede suceder que algunos pacientes no deseen que su médico de cabecera sepa que está siendo tratado con técnicas médicas no convencionales; se debe respetar su deseo de confidencialidad, aunque es prudente animarle a que se lo comunique.

9. La publicidad de un médico que practica la Homeopatía se regirá por las normas deontológicas generales que la rigen; ha de ser objetiva, prudente y veraz, sin ánimo de comparación con otros profesionales sanitarios, especialmente teniendo en cuenta que, en la actualidad, la Homeopatía es objeto de un intrusismo intenso, que utiliza una publicidad engañosa.

VI. CONCLUSIONES

PRIMERA. La Homeopatía, tal como se ha definido previamente, es una técnica terapéutica que precisa un previo diagnóstico según sus propios postulados, el cual sólo puede ser realizado por un facultativo quien, con visión integradora y complementaria con la medicina occidental, juzgue que es el tratamiento más adecuado o complementario para un determinado paciente.

SEGUNDA. Siguiendo las propuestas de la OMS, corresponde al Gobierno de la Nación la regulación de la práctica y docencia de la Acupuntura, con el previo asesoramiento de la Organización Médica Colegial.

Madrid, 18 y 19 de julio de 2008

VIII.4. Informes de la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico, durante el período 2001-2008, acerca de casos particulares relevantes.**1. Informe sobre la masificación y el aumento de la presión asistencial que sufren los médicos de atención primaria. 2 de Junio de 2001.**Conclusiones:

Primera: La magnitud, trascendencia y extensión geográfica de la situación planteada justifica que corresponda a esta Comisión Central de Deontología responder a la solicitud de los médicos que solicitan el análisis deontológico del problema.

Segunda: La Comisión Central de Deontología considera que la masificación asistencial que se viene produciendo en los centros de atención primaria de muchas localidades, constituye un grave problema que afecta a la calidad técnica, humana y ética de la asistencia sanitaria, así como a la eficiencia del sistema público de salud.

Tercera: Esta situación genera en los médicos implicados una situación de grave desaliento que debe ser atendida para evitar que se cronifique.

Cuarta: Es contrario a la ética exigir a los médicos trabajar de manera habitual bajo una presión asistencial agobiante, sin poder dedicar un mínimo de tiempo a cada paciente, ni permitir el desarrollo de otros aspectos de la labor profesional necesarios para mantener y mejorar la calidad asistencial. En consecuencia, y en las actuales circunstancias, las peticiones de disponer de un promedio orientativo de 10 minutos por visita, estableciendo un límite de pacientes al día, así como la reducción de personas asignadas por médico, están amparadas por la deontología médica.

Quinta: El Consejo General de Colegios Médicos debería actuar con energía y firmeza estableciendo un diálogo fluido con la Administración Sanitaria al máximo nivel, para promover pactos que permitan alcanzar una pronta solución a este grave problema que afecta a la calidad de la atención primaria de la salud que se presta a los ciudadanos. Si en un plazo de tiempo razonable no se alcanzaran resultados satisfactorios, la OMC debería tomar medidas más drásticas en defensa de la dignidad de la asistencia sanitaria, del Código de Ética y Deontología Médica y de las condiciones de trabajo de los médicos.

2. Informe en relación con el conflicto generado acerca de la auditoria realizada en el consultorio médico de (X) por el Insalud. 29 de Septiembre de 2001.Conclusiones:

Primera: Se ratifica la resolución del Colegio Oficial de Médicos de (Y) del 3 de octubre de 2000 por la que se archiva el expediente informativo abierto a raíz de la auditoria realizada por el Insalud en el consultorio médico de (X), al no observar motivos para incoar expediente disciplinar alguno.

Segunda: Se considera que el informe de la Asesoría Jurídica, inicialmente asumido por la Junta del Colegio Oficial de Médicos de (Y), contenía una interpretación no actualizada del secreto profesional, condicionando en el grupo de médicos del centro

de salud (X) que consultaron al Colegio, una postura bienintencionada pero sin sólido fundamento ni en la deontología médica ni en la legislación vigente.

Tercera: Se ha generado una deuda moral en el honor de los médicos implicados en este caso. Unos por verse desautorizados por la resolución final del Colegio, después de haber seguido las instrucciones que en un principio éste les había dado. Otros por encontrarse injustamente acusados de conducta profesional contraria a la ética profesional en los medios de comunicación, cuando estaban cumpliendo sus deberes profesionales, sin reparo deontológico alguno, según confirmó la Junta del Colegio en su resolución. Es un deber ético del Colegio Oficial de Médicos de (Y) saldara esta deuda moral mediante alguna iniciativa institucional que sea satisfactoria para todos, como podría ser una declaración pública al respecto, pactada con las partes interesadas.

Cuarta: Se recomienda a la Administración Sanitaria que extreme la prudencia al dictar normas relativas al proceso de auditoria de documentación clínica, tanto en el fondo como en la forma, evitando actitudes prepotentes. Conviene crear el necesario clima de cooperación personal, encaminado al logro del objetivo común, tanto institucional como profesional, que es el servicio y el respeto al paciente, donde el cuidado de la confidencialidad ocupa un lugar preeminente.

3. Informe sobre la demanda de remisión de informes clínicos y analíticos por parte de una aseguradora médica para avalar y documentar la facturación presentada por el profesional (X) de (Y). Octubre 02. Revisión por existir discrepancias con lo formulado por el informe emitido por los Servicios Jurídicos del CGCOM. 3 de Marzo de 2004.

Conclusiones:

Primera: Los informes médicos, en independencia de la naturaleza de los mismos, se entregarán al propio paciente, a la persona por él designada o al médico peticionario con conocimiento previo del propio paciente. Si el paciente demandase la entrega personal del informe se le deberá entregar en mano y en sobre cerrado o, en su defecto, se le hará llegar por cualquier procedimiento (correo certificado) que asegure la recepción y la confidencialidad de los datos en él contenidos.

Segunda: El médico nunca facturará servicios no prestados ya que de hacerlo incurriría en responsabilidad deontológica y estatutaria, sin perjuicio de otras responsabilidades de naturaleza jurídica que pudieran exigírsele.

Tercera: El deber deontológico de colaborar en los estudios de auditorías económicas y de gestión, no obliga al médico a remitir a las aseguradoras médicas el informe clínico y los datos de identificación del paciente como medio de prueba del acto médico realizado, para avalar y documentar la facturación presentada por su ejercicio profesional. Sólo el paciente, si lo estimase conveniente, de forma libre y voluntaria, podrá facilitar a la entidad aseguradora los informes requeridos por ésta como avales de la facturación presentada por el médico.

Cuarta: Sí sería, ética y deontológicamente, correcto que un inspector médico al servicio de las aseguradoras tuviera acceso a la información necesaria y suficiente

para evaluar la calidad asistencial y la veracidad de la facturación emitida por el médico responsable, ya que para ambos rige la obligatoriedad del secreto médico que, en éste como en otros tantos actos médicos, adquiere la naturaleza de secreto médico compartido. El médico que actuase como inspector certificaría ante la aseguradora médica la veracidad o falsedad de la facturación emitida por el médico investigado, pero nunca facilitaría a las mutuas y compañías de seguros informes clínicos de cualquier tipo relativos a la asistencia prestada a los asegurados, si previamente no existiera conformidad, preferiblemente por escrito, del propio asegurado.

4. **Informe sobre el escrito presentado por el colegiado (X) en solicitud de reconocimiento de la Acupuntura como acto médico. Julio 2003.**
5. **Informe sobre la petición de (X) solicitando información sobre las imputaciones criminales de médicos colegiados en los Juzgados de Instrucción. Julio 2003.**
6. **Informe sobre el Recurso de Alzada interpuesto por el colegiado (X) contra la resolución de la Junta Directiva del Colegio de Médicos de (Y), imponiéndole sanción de suspensión del ejercicio profesional. 29 de Marzo de 2003.**

Conclusiones:

Primera: La conducta imputada al colegiado (X), sancionada ética y deontológicamente por parte de la Junta Directiva del Colegio de Médicos de (Y) mediante expediente disciplinario nº (Z), no puede ser considerada reprochable desde el tipo del artículo 64.3,b) de los Estatutos de la Organización Médica Colegial.

Segunda: El Colegio de Médicos de (Y) debería abrir diligencias informativas previas para determinar si la relación existente entre los médicos del Servicio de (Z) podría estar influyendo en la calidad asistencial, ya que sólo el bien de los pacientes ha de ser prioritario a la confraternidad entre los médicos del mismo.

7. **Informe sobre el conflicto surgido entre el colegiado (X) y el Servicio (Y) de Salud. 26 de Julio 2003.**

Conclusiones:

Primera: Los médicos colegiados de (Z) que se negaron, por razones éticas y deontológicas, a utilizar el nuevo programa informático (O) para las historias clínicas, ejercieron legítimamente el derecho a la objeción de conciencia. Este derecho fue amparado por su Colegio de Médicos y fue respetado finalmente por el Servicio (Y) de Salud. Sin embargo, no parece adecuado aplicar la figura de la objeción de conciencia a los hechos que fueron objeto de sanción: a) incumplimiento de normas y órdenes recibidas que perturban el servicio o perjudican la asistencia por la utilización del programa (K) en contra de las órdenes recibidas; b) realización de actos en pugna con los intereses de la Seguridad Social por colocación de cartel en la sala de espera, a la entrada de la consulta.

Segunda: Al analizar el desarrollo de los acontecimientos de forma global, la actuación de los colegiados que optan por la confrontación con el Servicio (Y) de Salud, precipitando el expediente sancionador, encajaría probablemente en la figura

de desobediencia civil, es decir en la opción por la infracción de la ley con la finalidad de disparar el mecanismo represivo y crear así una reacción en cadena que lleve a la reforma del ordenamiento jurídico.

Tercera: Las razones éticas que alegan los colegiados para justificar su objeción de conciencias y su desobediencia tienen diferentes grados de relevancia y sensibilidad, tanto desde una perspectiva profesional como social. La obligatoriedad de solicitar el consentimiento expreso e individual a cada usuario, cuando en su historia clínica se realiza un cambio de soporte o de archivo no tiene actualmente soporte deontológico. En cambio, lo relativo al nivel de centralización de los archivos de historias clínicas, aunque no tenga actualmente regulación legal en España, es una decisión prudencial que debería ser motivo de investigación deontológica por parte de la Organización Médica Colegial, promoviendo con diligencia su estudio en profundidad y en diálogo con la Administración Sanitaria central y las autonómicas. En definitiva, nos encontramos ante un debate muy serio y necesario, al más alto nivel socio-sanitario, sobre las garantías de la documentación clínica informatizada.

Cuarta: Hay que lamentar que este conflicto haya derivado por una senda de bilateral obstinación y encallamiento casi personal, terminando con la pena más dura posible a unos profesionales que intentaban defender valores profesionales. La corporación médica ha de sentirse dolida si se tiene en cuenta que se sanciona con el máximo rigor a dos médicos que, como es bien conocido en los medios profesionales de la atención primaria, han trabajado muchos años con competencia y altas dosis de iniciativa, habiendo aportado un evidente valor añadido a la sanidad pública, con un mérito personal que no merece este final. Es por ello que se recomienda establecer contactos con el Servicio (Y) de Salud por mediación del Colegio Oficial de Médicos de (Z), con el objeto de recomponer en lo posible el daño que este conflicto ha ocasionado.

- 8. Informe sobre la documentación remitida por el Dr. (X) sobre la resolución del Colegio de Médicos de (Y), a la denuncia por él formulada contra determinados programas radiofónicos sanitarios. Julio 2003.**
- 9. Informe sobre la posibilidad de abrir expediente disciplinario al Dr. (X), condenado por la Audiencia Provincial de (Y). Septiembre 2003.**
- 10. Informe sobre la consulta realizada por el Director Gerente de Emergencias de la Concejalía de Gobierno de Seguridad y Servicios de la Comunidad de (Y), solicitando opinión respecto a los aspectos profesionales y deontológico del documento elaborado para la valoración de procedimiento de validez para la calidad asistencial en los servicios de emergencia. Mayo 2004.**

Conclusiones:

Primera: El documento es acorde con el Código de Ética y Deontología Médica.

Segunda: Salvo mejor proceder y entender por parte de la Comisión Permanente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, se debe proceder al envío al Director Gerente de Emergencias de la Concejalía de Gobierno de Seguridad y Servicios del escrito razonado que recogiendo los argumentos contenidos en el actual informe.

- 11. Informe sobre la consulta del Dr. (X) sobre las posibles implicaciones éticas y sociales del trasplante facial. 29 de Enero de 2005.**
- 12. Informe sobre el Recurso de Alzada interpuesto por el colegiado D. (X) contra el acuerdo de la Junta de Gobierno del Ilmo. Colegio Oficial de Médicos de (Y). Mayo 2004.**
- 13. Informe sobre el escrito presentado por la colegiada Dña. (X) y la resolución de la Junta Directiva del Colegio de Médicos de (Y), acerca, ambos, del secreto médico y los archivos de historias clínicas, que ha dado lugar a un expediente disciplinario incoado por la Administración de (Z) de (Y) a la Dra. (X). Julio 05.**

Conclusiones:

Primera: Es un deber deontológico para ejercer la Medicina en España, tanto en el ámbito de la Sanidad pública, como de la privada, poseer un conocimiento suficiente de la lengua española, que le permita ejercer con seguridad y garantías; y que permita al enfermo comunicar sus padecimientos y problemas con la certeza de que son bien comprendidos e interpretados y poder así recibir del médico los consejos y la información que el acto médico exige.

Segunda: Se propone al Consejo General de Colegios de Médicos que se dicten las normas que aseguren que todos los pacientes serán atendidos por Médicos con un nivel adecuado de español.

- 14. Informe sobre la denuncia de la colegiada Dña. (X) contra el colegiado D.(Y), ambos del Colegio de Médicos de (Z), por la conducta antideontológica seguida ante compañeros, personal auxiliar y paciente. Noviembre 2005.**
- 15. Informe sobre la reclamación presentada por el Dr. (X) contra el Dr. (Y), ambos del Colegio de Médicos de (Z), por conducta contraria a lo dispuesto por el Código de Ética y Deontología. 1 de Abril 06.**

Conclusiones:

Primera: La Comisión Central de Deontología estima correctas, en el fondo y en la forma, las actuaciones de la Comisión de Deontología y de la Junta Directiva del Colegio oficial de Médicos de (Z).

Segunda: La Comisión Central de Deontología estima que la conducta profesional del colegiado D. (Y) ha sido correcta por cuanto no merece reproche ético-deontológico alguno.

- 16. Informe sobre la consulta realizada por D. (X), del Servicio de Anestesia y Reanimación del Hospital (Y), sobre la trasfusión sanguínea en Testigos Jehová. Julio 2006.**
- 17. Informe sobre el escrito valorativo del Informe de una Comisión de Expertos de la Consejería de Sanidad de (X) sobre el caso Leganés del Colegiado D. (Y),**

Especialista en (N) y colegiado en (Z), que ha remitido a los Presidentes del Colegio de Médicos de (Z), de (X) y del Consejo General de Colegios de Médicos. 1 de Abril 06.

Conclusiones:

Primera: Se recomienda permanecer a la espera del informe del Colegio Oficial de Médicos de (X), por ser la demarcación correspondiente a los hechos objeto de consulta.

Segunda: Una vez conocido el informe del Colegio Oficial de Médicos de (X), se debería valorar si, por la trascendencia nacional del caso, procede la intervención de la Comisión Central de Deontología.

Tercera: En previsión de que este asunto tenga que ser de nuevo estudiado en el seno del Consejo General convendría disponer del criterio de la Asesoría Jurídica sobre si la legislación vigente (Consideración 3.) justifica la legitimidad de la citada comisión de expertos.

18. Informe de la Comisión Central de Deontología sobre el Recurso de Alzada interpuesto ante el Consejo General de Colegios de Médicos por la Colegiada Dña. (X) contra la sanción disciplinaria impuesta por el Colegio Oficial de Médicos de (Y). 31 de Octubre de 2006.

Conclusiones:

Primera: La Comisión Central de Deontología y Derecho Médico estima que no merece reproche ético-deontológico formal el expediente disciplinario sancionador realizado por el Colegio Oficial de Médicos de (Y).

Segunda: La Comisión Central de Deontología y Derecho Médico estima que la Colegiada Dña. (X) ha incumplido reiterada y sistemáticamente las normas éticas y deontológicas que rigen la actuación profesional de los Médicos, incurriendo así en mala praxis profesional.

Tercera: La Comisión Central de Deontología y Derecho Médico acuerda recomendar la desestimación del Recurso de Alzada interpuesto y la confirmación de la sanción impuesta en la resolución de la Junta Directiva del Colegio de Médicos de (Y), de 20 de abril de 2005.

19. Informe sobre la consulta realizada por el Colegio de Médicos de (X) sobre si es conforme con la deontología médica la realización de controles de incapacidad temporal mediante llamadas telefónicas a los asegurados que se encuentran en tal situación. 29 de julio 2006.

Conclusiones:

Primera: Resulta evidente que, independientemente de la finalidad prevista mediante tal actuación, cualquier acción médica de control de un proceso patológico es

incompatible con su realización mediante un contacto telefónico entre el médico y el paciente, sin que obste a tal incompatibilidad el que el citado control no tenga finalidad asistencial sino de control de la incapacidad temporal que el proceso patológico origine.

Segunda: La Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado considera contraria a la buena práctica médica y a las normas éticas y deontológicas que deben presidir la actuación de todo médico, la petición indiscriminada de información clínica mediante conversaciones telefónicas, estimando que la actuación correcta implica ineludiblemente el contacto personal y directo entre el médico y el enfermo.

Tercera: La Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado considera que el procedimiento correcto de actuación en el control de los procesos de I.T. es el de citar a consulta al interesado, en cuyo transcurso se podrá llegar a la conclusión diagnóstica y pronóstica que desemboque en la concesión o no de la oportuna prórroga de la situación de I.T.

20. Informe sobre la consulta planteada por el Presidente del Colegio Oficial de Médicos de (X) acerca de implicaciones éticas de la relación del médico que ostente o pueda ostentar un cargo de la Junta Directiva de un Colegio o de la Organización Médica Colegial y a la vez pertenezca o pueda pertenecer a los órganos de dirección de las siguientes entidades: entidades de previsión social, entidades de seguro privado y organizaciones sindicales. 25 de Noviembre de 2006.

Conclusiones:

Primera: De las consideraciones precedentes, la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico concluye que ha de dar respuesta afirmativa a la cuestión planteada. A su juicio, el hecho de pertenecer un colegiado a los órganos de dirección de entidades de previsión social o de seguro privado, o de organizaciones sindicales, no es compatible por razones éticas, con ostentar ese mismo colegiado un cargo en la Junta Directiva de un Colegio Oficial de Médicos o en el Consejo General de la Organización Médica Colegial.

Segunda: Ello no obsta para que un colegiado que pertenezca a los órganos de dirección de entidades de previsión social o de seguro privado, o de organizaciones sindicales, pueda presentarse como candidato a la elección de un cargo colegial, en la conciencia de que, si fuera elegido para éste, no podrá simultanear funciones directivas en aquellas instituciones.

Tercera: Estas conclusiones, en caso de ser aprobadas por la Asamblea General, deberían ser tenidas en cuenta al cumplir el encargo de la Disposición transitoria segunda, del Real Decreto 757/2006, de adaptar los Reglamentos de Régimen interior a los nuevos Estatutos del Consejo.

Revisión. 31 de marzo de 2007.Conclusiones:

Única. De las consideraciones precedentes, la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico concluye que, independientemente de la estricta aplicación de las normas estatutarias, existen poderosas razones éticas que hacen desaconsejable que un colegiado que pertenece a los órganos de dirección de las entidades que son objeto de esta consulta (previsión social, seguro privado, organizaciones sindicales) ostente al mismo tiempo un cargo representativo en la Organización Médica Colegial.

Nota aclaratoria. 28 de julio de 2007.**21. Informe sobre la documentación remitida por el Dr. (X) sobre acontecimientos que están ocurriendo en (Y) respecto a abortos. 27 de Enero 2007.**Conclusiones:

Primera: Por lo tanto, es procedente, ante la gravedad de las informaciones disponibles, investigar si el colegiado D. (Z) ha sido promotor, inductor, y/o autor de abortos ilegales, especialmente en mujeres en adelantado estado de gestación, prácticas en todo caso contrarias al comportamiento ético-deontológico de la profesión médica y a la legislación española que regula la materia, máxime si se tienen en cuenta los antecedentes penales del Dr. (Z) por práctica de abortos ilegales en la clínica (G) de (V) hace unos años. En el mismo sentido se deben investigar las actuaciones de los facultativos que, formando parte del cuadro médico del mencionado centro médico, que hayan podido realizar las mismas prácticas denunciadas. También deben investigarse las presuntas irregularidades relativas a los informes psiquiátricos que avalan que el embarazo de la paciente supone un peligro para su salud física o psíquica, teniendo en cuenta que debe ser superior al que ocasiona el propio aborto.

Segunda: El Consejo General de Colegios de Médicos tiene atribuida específicamente la vigilancia del ejercicio profesional y de las informaciones aparecidas en los medios de comunicación social que hagan referencia profesional y puedan dañar a la salud pública o a los legítimos intereses, prestigio y dignidad tradicionales de la profesión médica (Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial, artículo 32.1).

En este sentido, sería conveniente recordar a la sociedad que el Código de Ética y Deontología Médica español defiende al paciente desde que nace hasta que muere, respetando su dignidad en todo momento, y que la Organización Médica Colegial pone todos los medios a su alcance para que así sea.

Tercera: Para evitar eventuales interferencias de competencias, es obligado conocer la intervención y criterio del Colegio Oficial de Médicos de (Y) y del Consejo Autonómico de (L) que, más cercanos a los hechos, disponen sin duda de un mayor conocimiento de los mismos teniendo, además, en cuenta que han recibido denuncias sobre ellos. Los hechos denunciados son tan graves que la institución colegial está obligada a abrir expediente para depurar los actos.

Cuarta: Al margen de las consideraciones deontológicas realizadas, dada la gravedad de los hechos desde el punto de vista legal, habría que tomar en consideración el cumplimiento de las obligaciones legales de esta Corporación.

22. Informe sobre las “declaraciones vertidas en un periódico por el Dr. (X), Presidente del Colegio de Médicos de (Y), sobre las elecciones al Consejo Autónomo de (Z)”. Mayo 2007.

Conclusiones:

Primera: La Comisión Central de Deontología considera que podría existir materia deontológica en estas manifestaciones públicas y que puede haberse incurrido en el incumplimiento del punto 5 del artículo 31 de nuestro Código Deontológico. Por todo ello consideramos que es preciso devolver este caso a la Comisión Permanente para que considere su traslado a la Asamblea de Presidentes de la OMC de acuerdo con el artículo 63.4 de los EGOMC.

Segunda: La Comisión Central de Deontología propone elaborar una Declaración específica sobre las relaciones públicas entre colegiados, recopilando la doctrina deontológica ya existente, para evitar el deterioro de su prestigio personal y el de la institución profesional a la que pertenecemos.

Revisión. 26 de Abril 2008.

Conclusiones:

Primera: Según las informaciones recogidas en prensa escrita, ambos colegiados han expresado juicios de valor sobre sus mutuas actuaciones que se deberían haber evitado, así como algunas discrepancias que, en cualquier caso, sería recomendable resolver dentro de las instituciones colegiales. Hay, por tanto, indicios para deducir que, si se demostrara la veracidad y exactitud de estas declaraciones, serían motivo de reproche deontológico.

Segunda: Teniendo en cuenta que la Asamblea del Consejo General, tras una primera valoración del caso, ya decidió encargar a esta Comisión Central de Deontología la elaboración de una Declaración específica sobre las declaraciones públicas entre colegiados, consideramos que, en estos momentos, la apertura de expedientes disciplinarios para investigar y sustanciar si estos hechos constituyen falta deontológica, no sería oportuna ni aportaría ningún beneficio a la Institución.

Tercera: Entendemos que, por ahora, sería recomendable recordar a ambos colegiados la conveniencia de que en el futuro extremen la prudencia en sus declaraciones a los medios de comunicación para evitar que el legítimo derecho a la crítica suponga un descrédito para el prestigio de la Corporación que estos directivos representan.

23. Informe sobre escrito de la Dirección General de Recursos Humanos y Servicio Económico-Presupuestario del Ministerio de Sanidad referente a la campaña publicitaria iniciada por los MIR con el lema “Llevo 32 horas sin dormir ¿te opero?”. 26 de Mayo 2007.

Conclusiones:

Primera: El lema "Llevo 32 horas sin dormir ¿te opero?" resulta poco prudente y exagerado para una reivindicación del colectivo MIR, pero refleja la realidad diaria de la sanidad española. Existe una necesidad ética de evitar alarmas innecesarias en la población. El tuteo al paciente, de forma generalizada, es una manifestación más de banalización de la relación médico-paciente en una sociedad consumista.

Segunda: El descanso de 12 horas después de una jornada de trabajo debe ser un derecho inexcusable. El marco legal existente en el Estado debe impedir las situaciones en las que un profesional continúa ejerciendo tras 32 horas de trabajo ininterrumpido, ya que debe garantizar al paciente la máxima seguridad en la asistencia sanitaria que recibe, seguridad que no existe cuando el profesional que atiende a dicho paciente no tiene el descanso físico y psíquico necesario. Es responsabilidad de las Administraciones sanitarias, de los servicios y de los propios profesionales denunciar y evitar estas situaciones de trabajo continuado. El ejercicio profesional se ha de realizar en las mejores condiciones posibles para salvaguardar la salud de los pacientes y de los propios profesionales.

Tercera: Un MIR es un médico en formación, por lo que no puede realizar funciones profesionales para las que se forma sin la correspondiente tutela y supervisión de los especialistas que le forman. La realidad es que los residentes de los últimos años sí tienen la capacidad de operar o asistir a intervenciones diagnósticas o terapéuticas, según las especialidades, aunque siempre bajo supervisión.

Cuarta: En las actuales circunstancias es urgente elaborar unas recomendaciones ético-deontológicas en referencia a la formación especializada de los médicos, para lo cual proponemos el establecimiento de una comisión mixta OMC-MIR en la que se debatan los problemas que se les presentan en este sentido. Es ésta una ocasión histórica para que los órganos directivos de la OMC muestren a los médicos en formación el apoyo que les presta la Organización en su desarrollo profesional y la importancia de su integración plena en cada Colegio Provincial para que garanticen, en el futuro, el progreso competitivo de sus ulteriores colegas sin que tengan que pasar por situaciones indignas.

24. Informe sobre el estado actual de los artículos 33 y 59 del Código de Deontología de (X), suspendidos judicialmente. Noviembre 2007.

25. Informe acerca de la solicitud del Dr. (X), responsable de las Áreas de Inspección de (Y), de valoración de aspectos éticos, legales y deontológico de las reformas del Art. 128 del texto refundido de la Ley General de Seguridad Social. Septiembre 2007.

Conclusiones:

Primera: La modificación del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social en sus artículos 128 y 131.bis, llevada a cabo en la Disposición Adicional cuadragésimo octava de la Ley 30/2005 de 28 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2006, no produce ningún conflicto ético ni

deontológico con los principios y valores que rigen el ejercicio profesional de la Medicina.

Segunda: Los principales elementos afectados por la nueva regulación, por un lado los profesionales encargados de desarrollar las medidas introducidas y el objeto de las actuaciones que han de llevar cabo, y por otro los objetivos pretendidos con la nueva regulación y la forma de aplicar las medidas para alcanzarlos, son perfectamente compatibles con las normas éticas y deontológicas del ejercicio profesional de la medicina, y sólo exigen una mejor coordinación entre los diferentes profesionales que intervengan en el caso y una mayor integración de sus actuaciones.

Tercera: Los elementos de crítica fundados en los aspectos formales del texto reformado y en las posibles situaciones de abuso que se puedan producir, deben ser dirimidos en otro contexto y sobre otras referencias diferentes a las deontológicas.

26. Nota sobre el tema de las consecuencias deontológicas que tienen las conductas de los médicos que son condenados por los Tribunales de Justicia por delitos o faltas por abusos sexuales en el ejercicio de la profesión de Médico. 14 de Septiembre de 2007.

27. Informe sobre las manifestaciones públicas del Dr. (X), Presidente del Colegio de Médicos de (Y). 28 de Marzo de 2008.

Conclusiones:

Primera: Las expresiones utilizadas y hechas públicas por el Dr. (X) no solo no son acordes con las exigencias éticas y deontológicas que se mencionan en el artículo 31 del vigente Código de Ética y Deontología Médica sino que, por el contrario, parecen infringirlas directamente.

Segunda: Por ello, tales expresiones son merecedoras de reproche deontológico y pueden constituir una falta disciplinaria de las tipificadas en el artículo 64 de los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial cuyas circunstancias y depuración correspondería determinar, en su caso, a los órganos competentes del Consejo General.

28. Informe preceptivo sobre el expediente incoado al Dr. (X), Presidente del Colegio Oficial de Médicos de (Y). 28 de Marzo de 2008.

Conclusiones:

Primera: Analizado el procedimiento seguido en el expediente incoado al Dr. (X) no se determina la existencia de indefensión, por cuanto se ha cumplido con lo establecido en los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial en referencia al Régimen Disciplinario.

Segunda: Del examen de la documentación obrante al expediente se desprende que el Dr. (X) ha incurrido en una falta grave de las tipificadas en el artículo 64.3 a) y b) de los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial en relación con los puntos 1, 2, 5 y 6 del artículo 31 del Código de Ética y Deontología Médica.

29. Informe preceptivo sobre el expediente instruido en relación con el expediente disciplinario incoado por acuerdo de la Asamblea General al Dr. (X), ex-Presidente del Colegio Oficial de Médicos de (Y). 30 de Mayo de 2008.

Conclusiones:

Primera: A la vista de lo anterior y del estudio de la documentación obrante en el expediente se desprende que no ha habido en su tramitación causa de reproche deontológico alguno, no habiéndose producido indefensión ni alegaciones por parte del Dr. (X).

Segunda: De la simple lectura de la propuesta de Resolución se concluye que no ha quedado acreditado que, por parte del Dr.(X), se haya producido actuación alguna que pueda ser encuadrable en alguna de las conductas tipificadas como sancionables en los vigentes Estatutos de la Organización Médica Colegial y que la misma, cualquiera que fuese, tuvo lugar más de un año antes de la apertura del expediente disciplinario, por lo que, en cualquier caso, había prescrito.

Tercera: A la vista de lo anterior, la Comisión considera que procede el archivo, sin más trámites de lo actuado.

30. Informe sobre los hechos relativos a la actuación forense de la colegiada de (X), Dra. (Y). Julio de 2008.

Conclusiones:

Única: La Comisión Central de Deontología entiende que la Comisión Deontológica de (X) se ha extralimitado en sus competencias y ha vulnerado los derechos que esta colegiada posee como médico y como perito judicial, por lo que el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos debe proporcionarle el amparo que solicita.

31. Informe sobre el recurso interpuesto por Doña (X) y Doña (Y), contra la resolución de la Junta Directiva del Colegio oficial de Médicos de (Z) por la que se declara que el Dr. (Q) no ha vulnerado el Código de Ética y Deontología Médica en su actuación como perito judicial. Mayo de 2008.

Conclusiones:

Única: La Comisión Central de Deontología no encuentra, en la conducta del Dr. (Q), vulneración del Código de Ética y Deontología Médica y, en consecuencia, muestra su conformidad con lo resuelto por la Junta Directiva del Colegio Oficial de Médicos de (Z), con fecha 27 de Junio de 2007, objeto del presente Recurso de Alzada.

32. Informe sobre el escrito remitido por el Colegio de Médicos de (X) en solicitud de información referente a la actuación de los profesionales médicos implicados en el caso del hospital de (Y). Septiembre 08.

Conclusiones:

Primera: A la vista de lo hasta aquí expuesto, la Comisión Central de Deontología, contestando a la cuestión de si *“de los autos de la Audiencia Provincial puede deducirse que los profesionales médicos implicados actuaron conforme al Código de Ética y Deontología, especialmente conforme al artículo 27 de dicho código”*, entiende que, de los autos de la Audiencia Provincial, no puede deducirse que los profesionales médicos implicados actuaron conforme al Código de Ética y Deontología.

Lo único que los referidos autos dejan en claro, es que no ha sido posible determinar la existencia de una relación causa-efecto entre las sedaciones practicadas y la muerte de los pacientes, que se pudo producir por las sedaciones o por la propia enfermedad, por lo que no es posible exigir responsabilidad penal a los imputados y que los informes que afirmaban la existencia de mala praxis no han podido ser contradichos al no haberse celebrado vista oral por lo que aquella no debe mencionarse ni siquiera en las fundamentaciones jurídicas.