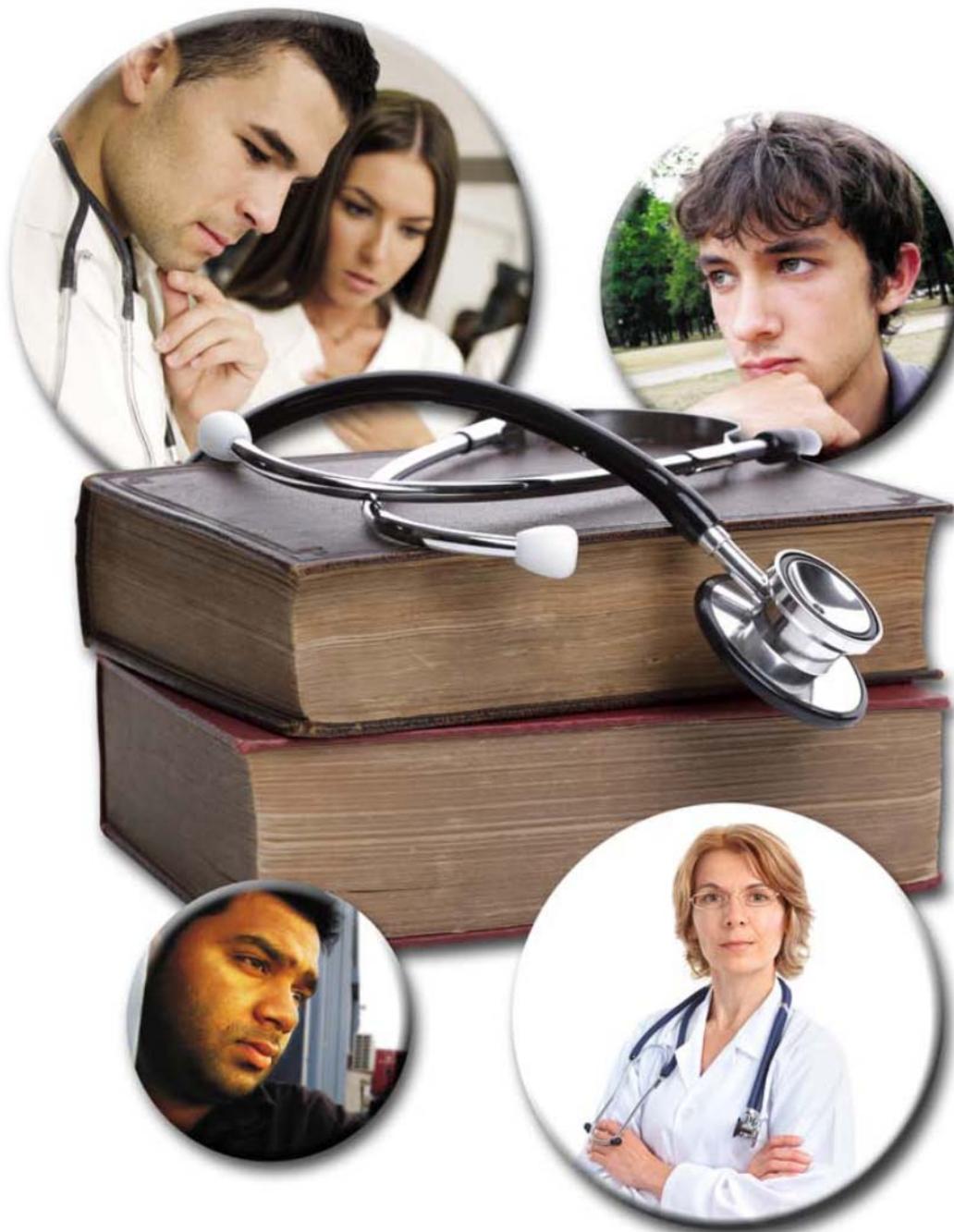


TÍTULO DE EXPERTO EN ÉTICA MÉDICA

01 BIOÉTICA, DEONTOLOGÍA Y DERECHO:
Invitación a una convivencia productiva

Dr. Rogelio Altisent



DR. Rogelio Altisent

Médico de Familia en el Centro de Salud Actur Sur (Zaragoza) Doctor en Medicina (Universidad de Zaragoza, 1986), Graduado en Bioética (Universidad Monash, 1996). Profesor asociado de la Facultad de Medicina de la U. de Zaragoza (1991-2010) siendo profesor responsable de la asignatura obligatoria de Bioética (2003-2010). Miembro de la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Zaragoza (1998-). Vocal de la Comisión Central de Deontología de la OMC (1998-2006) y Presidente de la misma (2006-9). Coordinador del Grupo de Bioética de la semFYC. Miembro del grupo de Ética de WONCA-Europa. Responsable del Grupo de Investigación de Bioética del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Investigador principal en 6 proyectos competitivos. Director de 6 tesis doctorales. Autor de 70 publicaciones.

Índice

Introducción	4
Desarrollo de la Bioética	6
Los principios de la bioética y las escuelas filosóficas	9
Relacionando ética, deontología y derecho	13
El espacio de la Deontología	15
Alternativas para la autorregulación de la Deontología Médica: una respuesta filosófica	18
Unos ejemplos	19
Las relaciones de la Bioética y la Deontología: ¿pugna o alianza?	22
Notas	24
Anexo 01 Código de Deontología Médica	25
Anexo 02 Ley de Autonomía del Paciente	83
Anexo 03 Paterson R. Can we man-date compassion? Hasting Center Report 41, nº 2 (2011): 20-23	90

Introducción

En el lenguaje coloquial dentro del contexto profesional se pueden escuchar algunas expresiones como las siguientes:

- ¡esta persona no tiene ética!
- ¡es éticamente inaceptable hacer esto! (está mal o es incorrecto)
- ¿qué dice la ética sobre este problema?
- esta solución es aceptada por la ética profesional.

Son frases en las que utilizamos el término “ética” con significado diferente. Es importante clarificar a qué nos referimos o de qué estamos hablando cuando conversamos sobre estas cuestiones, pues cuando no se tiene un esquema conceptual bien definido se genera confusión y es difícil dialogar o deliberar de manera constructiva.

Para empezar conviene diferenciar al menos estas tres acepciones del término “ética”:

- Ética como juicio moral intuitivo. Es el conocimiento espontáneo que tenemos acerca del valor ético de una conducta. Es lo que podemos denominar como percepción moral espontánea, de la que es capaz cualquier persona que ha alcanzado el “uso de razón”. Es, por ejemplo, la valoración prácticamente intuitiva que se realiza cuando se afirma que dejar las historias clínicas en un lugar abierto al acceso general es éticamente incorrecto, o cuando se dice que es inaceptable que un médico reciba un incentivo a cambio de recetar un determinado medicamento. Es evidente que para ejercer este conocimiento moral espontáneo no es necesario tener estudios de ética, bastan las convicciones. De hecho, hay personas que sin haber asistido a una sola clase de ética poseen una gran sensibilidad y madurez moral, que puede ser incluso superior a la de alguien que haya cursado estudios de alta especialización en esta materia.
- Ética como juicio moral analítico y razonado. Nos estamos refiriendo al análisis ético de un comportamiento que se apoya en una argumentación sistemática para intentar explicar por qué algo está bien o mal, es correcto o incorrecto. Aquí es donde se sitúa la bioética y la ética filosófica, entendidas como disciplinas académicas que estudian el “porqué” de una valoración ética y cuáles son las razones que fundamentan un juicio moral. Por ejemplo, sostengo por convicción que está mal dejar las historias clínicas al acceso general, sin la adecuada garantía de confidencialidad, pero a continuación explico las razones que fundamentan esta afirmación: porque supone un serio riesgo de lesión para la autonomía y la privacidad

de los pacientes, etc.; es decir, doy razones de mi valoración ética. Ante el caso de una prescripción realizada a cambio de un incentivo afirmamos que es contrario a la ética, y pasamos a explicar el porqué de esta valoración negativa: porque afecta a la independencia del juicio profesional que puede lesionar el principio de beneficencia, e incluso el de autonomía al introducir un sesgo que el paciente desconoce y probablemente no aceptaría...

- c) Ética como conjunto de normas que en el ámbito de una profesión definen la buena práctica. En este nivel vamos a situar lo que entendemos como Deontología profesional. Por ejemplo, siguiendo el caso anterior sobre el inadecuado manejo de las historias clínicas, el Código de Deontología Médica establece en su Capítulo V que el secreto médico es una obligación fundamental que se sitúa como uno de los pilares de la relación médico-paciente...

En el caso de los incentivos a la prescripción el artículo 23 define con bastante detalle un marco de referencia deontológica sobre la calidad y la independencia de la prescripción.

Acabamos de definir lo siguiente: a) el conocimiento moral intuitivo, b) la ética filosófica y c) la deontología profesional. Ahora nos queda por definir otro nivel de exigencia en los comportamientos: d) el Derecho.

Mientras la ética se interroga sobre el juicio moral de una determinada conducta en sí misma: esto está bien o mal, las leyes - el derecho civil, penal, o administrativo- se ocupan de analizar el mismo hecho desde otra perspectiva, la de garantizar el respeto de los derechos de los demás componentes de la sociedad, llegando a la sanción si ello fuera necesario. Solemos decir que el Derecho lo constituyen las leyes que los ciudadanos de una determinada colectividad están obligados a cumplir y tiene como objeto garantizar una convivencia pacífica.

Hay comportamientos éticamente reprochables sobre los que la ley no siempre se pronuncia, y cuando lo hace, aplica una lógica diferente a la que maneja la ética. Un ejemplo: aceptamos que la mentira es inmoral, pero el derecho no se pronuncia sobre una mentira a no ser que perjudique de manera comprobable los derechos de otra persona, como sería un caso de fraude; está claro que una cosa es el bien personal (Ética) y otra diferente el bien social (Derecho). Dicho en otras palabras, algo que puede ser relevante desde la perspectiva ética, no ha de ser necesariamente regulado, por esta única razón, por el derecho.

Las dos primeras maneras de entender la perspectiva ética [conceptos **a)** y **b)**], tienen un tronco común que se diferencia muy bien del deber normativo plasmado en códigos o leyes [conceptos **c)** y **d)**], capaces de ser exigibles por una autoridad

externa a la persona que tiene la responsabilidad de la decisión. Podemos decir, simplificando, que en el ámbito de la ética respondemos ante nuestra conciencia, mientras que en el de la ley civil respondemos ante los tribunales. La deontología profesional se sitúa en el intermedio de la senda normativa que camina entre la ética y el derecho; así vemos cómo el [Código de Deontología Médica](#) tiene diferentes tipos de artículos según su rango en la escala de deberes:

- a) Unos de carácter pedagógico, dando recomendaciones para la formación del profesional, por ejemplo: Art.7. 3. “La formación médica continuada es un deber ético, un derecho y una responsabilidad de todos los médicos a lo largo de su vida profesional”.
- b) Otros son más imperativos y exigibles, pudiendo ser objeto de sanción disciplinaria por parte de la corporación médica que se autoimpone ante la sociedad un nivel de exigencia superior al que señala la legislación civil, por ejemplo: Art. 37.3. “Los médicos se abstendrán de criticar despectivamente las actuaciones de sus colegas. Hacerlo en presencia de sus pacientes, de sus familiares o de terceros es una circunstancia agravante”.
- c) Algunos artículos tienen un doble carácter legal y deontológico. Son la versión en lenguaje deontológico de un precepto legal, obligando por un doble motivo, por ejemplo Art. 12 sobre el derecho a la información, que actualmente también está legislado en la [Ley de Autonomía del Paciente](#)¹, vigente en España desde mayo de 2003.

Desarrollo de la Bioética

Se suele atribuir la paternidad del vocablo al oncólogo Van Rensselaer Potter (fallecido a los 90 años, el 6 de septiembre de 2001), quien acuñó el término “bioética” en 1970 mientras iba a trabajar en su bicicleta al laboratorio en la Universidad de Wisconsin (USA). Potter tenía un profundo sentimiento de responsabilidad por el futuro del planeta, dando mucha importancia a la ecología y al compromiso personal en la integración de los valores y la biología. Se trata de una actitud ante el medio ambiente que merece ser recordada y actualizada, pero hay que decir que posteriormente la bioética ha adoptando en la práctica un enfoque que engloba el estudio de las cuestiones éticas en el campo de la biología, de la salud y las ciencias biomédicas. La mayoría de los autores entienden la bioética como ética filosófica aplicada a las ciencias de la vida. De tal manera que, aunque no se identifique con la ética médica y la deontología de las profesiones sanitarias en la práctica se observa una tendencia a englobarlas por la fortuna mediática que ha logrado el término “bioética”.

En otras palabras, pretender mantener una pugna entre quienes se adscriben a una u otra terminología probablemente resulte estéril sino contraproducente. Volveremos sobre esta cuestión más adelante para proponer una relación constructiva entre las diferentes perspectivas.

Algunas características de la bioética a tener en cuenta son las siguientes:

- a) **El carácter académico.** Se trata de una disciplina susceptible de docencia e investigación, con rango de ciencia humanística y, por tanto, con vocación para el análisis sistemático y crítico de las cuestiones éticas. La bioética se diferencia en sentido estricto de la doctrina deontológica que se contiene en un código, pero puede jugar un papel importante en su fundamentación, explicación y actualización.
- b) **El carácter interdisciplinar.** Atañe a todas las profesiones que de algún modo se encuentran implicadas en los campos de la salud y la biología. En el ámbito de la asistencia sanitaria además incorpora a los pacientes o usuarios. De igual modo se encuentra vinculada al derecho y a la política, y así se puede hablar de bio-derecho o bio-jurídica y bio-política, en la medida que los temas de estudio se acaben traduciendo en normas jurídicas o sean objeto de debate social y político.
- c) **La vinculación a la ética filosófica.** Tal como se ha explicado la bioética se puede definir como filosofía moral (sinónimo de ética filosófica) y por tanto en su seno se pueden observar diferentes tendencias o corrientes de pensamiento (utilitaristas, personalistas, deontologistas, contractualistas, etc.). Dicho de otro modo, la bioética no es un pensamiento único acerca de los problemas morales que surgen en torno a la biología, y por tanto no es del todo adecuado afirmar, por ejemplo, que “la bioética considera que la clonación terapéutica es o no es aceptable”. En dependencia de los presupuestos filosóficos de los que se parte se puede llegar a juicios en ocasiones opuestos, aunque en muchos casos sea posible el consenso. Uno de sus valores añadidos es que la formación en bioética enseña a diseccionar los argumentos y a precisar con fundamento y transparencia las razones que dan soporte a una decisión, lo cual permite un diálogo constructivo y un asesoramiento responsable.

En la configuración de la bioética como disciplina, tal como hoy la conocemos han contribuido tres factores históricos bien conocidos, que se pueden resumir del siguiente modo:

- **El progreso científico.** En las últimas décadas asistimos a una continua aparición de avances científico-técnicos que en el campo de la medicina han alcanzando grandes éxitos en la lucha contra la enfermedad. Pero algunos logros también se convierten en una amenaza para el ser humano. La ciencia y los científicos

necesitan un mapa de principios morales que les oriente en el servicio a la humanidad, porque no todo lo técnicamente posible es éticamente admisible. La medicina es especialmente sensible a todo ello cuando se ve capaz de sustituir funciones orgánicas vitales (diálisis, trasplantes, nutrición parenteral), o cuando se enfrenta a serias cuestiones éticas en el comienzo de la vida (aborto, técnicas de fecundación asistida, terapia genética, diagnóstico prenatal, clonación) o en su tramo final (técnicas de soporte vital y de reanimación, obstinación diagnóstica o terapéutica, eutanasia, suicidio asistido). Está claro que la tradicional actitud del médico tendente a hacer todo lo que está en su mano precisa de una cuidadosa reinterpretación desde el momento en que hoy las posibilidades reales de perjudicar al paciente tienen un alcance que hace unos años eran impensables.

- **Los derechos del paciente.** El paciente es cada vez menos “paciente”. Los ciudadanos han asumido un mayor protagonismo en los cuidados de su salud, han dejado de adoptar una actitud pasiva y son más críticos ante la autoridad médica. Se podría resumir este punto diciendo que asistimos a una eclosión de los derechos del paciente acorde con los valores de las democracias participativas, la defensa de los derechos humanos y el nacimiento de los movimientos de consumidores. Hoy no es admisible ni ética ni legalmente el despotismo médico, algo que la beneficencia hipocrática hubiera en cierto modo justificado desde su interpretación paternalista. El conocimiento médico se ha fragmentado y el intenso proceso de especialización ha favorecido una atmósfera de despersonalización en la atención sanitaria que produce también un reflejo de desconfianza en los pacientes. Todo esto ha transformado el estilo de la relación clínica en el fondo y en la forma, colocando a los profesionales en la tentación de la medicina defensiva, en cuya prevención la ética desempeñará un papel determinante.
- **Nuevos modelos de organización en la atención sanitaria.** La proclamación del derecho a la protección de la salud sin discriminaciones es sin duda motivo de orgullo para una sociedad y un valor moral que lógicamente va a implicar a los profesionales de la salud. La protección social que garantiza la atención sanitaria es un logro histórico de las sociedades avanzadas y una manifestación de progreso moral. La asistencia sanitaria se presta preferentemente en instituciones que tienden a organizarse como empresas de servicios y los facultativos pueden ver limitadas sus facultades por los gestores. Se generaliza la práctica de la medicina en equipos interdisciplinarios. Se introducen conceptos de calidad asistencial y se buscan nuevos modelos para garantizar la competencia profesional en un área de conocimiento como la medicina que se renueva en pocos años. La cultura médica incorpora el criterio de eficiencia que se convierte en un requisito para la equidad en la prestación de los cuidados de salud. Los recursos son limitados

y la demanda ilimitada. En fin, se podría resumir este punto diciendo que la teoría de la justicia tiene mucho que decir al médico en su práctica clínica y esto es una novedad a la que debe hacer frente la ética médica.

Estos elementos configuran un nuevo escenario, donde el argumento central que más nos interesa es la relación clínica. La tendencia tradicional de la ética médica ha sido enfocar las cuestiones entre el paciente y el médico, pero ciertamente entran en escena otros protagonistas que hoy son imprescindibles: la comunidad (la familia y la sociedad) y la organización sanitaria (el equipo y la institución sanitaria). Es evidente que la medicina se ha transformado en un mundo mucho más complejo de lo que era hace tan sólo dos generaciones. Se están planteando nuevas preguntas lo cual exige nuevas respuestas que en ocasiones no resultan sencillas. Es aquí donde asistimos al nacimiento de la bioética como disciplina, como ética filosófica aplicada a los nuevos desafíos que plantean las ciencias de la salud y de la vida.

Los principios de la bioética y las escuelas filosóficas

Actualmente ya forma parte de la cultura médica manejar los denominados principios de la bioética:

- **Beneficencia:** principio que se encamina a que la actuación del médico sea beneficiosa para su paciente, lo cual obliga a una ponderación de riesgos y beneficios donde la opinión del paciente no es ajena. El bien del paciente no se agota en la mera corrección técnica del comportamiento profesional, supone también el respeto a la persona. Existe un cierto paralelismo entre principio de beneficencia y el concepto de indicación médica, de modo que puede haber varias opciones aceptables o beneficiosas que respeten este principio, entre las que no se puede descartar la abstención, pero ninguna es en sí misma obligatoria, mientras que, como se verá al hablar del principio de no maleficencia, la contraindicación siempre es imperativa.
- **Autonomía:** principio que conlleva el respeto a la libertad y responsabilidad del paciente, quien valora lo que considera bueno para él. Presupone la capacidad de decisión, jugando un papel importante el sistema de valores del paciente - lo que para él es importante en la vida-, y el modo en que es informado de su situación por el profesional. El médico debe evitar el paternalismo, es decir, decidir en lugar del enfermo, y ser respetuoso con su voluntad, buscando honestamente el consentimiento tras haberle proporcionado una adecuada información.

- **Justicia:** principio que exige tratar a todas las personas con la misma consideración, sin hacer discriminaciones. Tiene en cuenta que la vida y la salud son bienes personales, pero con sustanciales vínculos comunitarios. La justicia se refiere a la sociedad en general y también a las personas que se sitúan en torno al médico y al paciente. La aplicación de este principio no se logra con la igualdad matemática, sino con equidad, es decir, protegiendo más a quien más lo necesita, y esto no sólo en la macro-distribución de recursos económicos sino también en la dedicación de tiempo de consulta por parte del profesional.
- **No maleficencia:** principio que se basa en la máxima de “primum non nocere” - ante todo no hacer daño-, lo cual es equivalente a procurar que la vida y la salud de cualquier ser humano sea tratada con el mínimo decente de atención y cuidado. Incluye el no agredir, pero además evitar la futilidad y la utilización de medios desproporcionados, por ejemplo lo que entendemos por obstinación diagnóstica o terapéutica, y tiene mucho que ver con el concepto de contraindicación médica. Es más fuerte la obligación de no hacer el mal que la de hacer el bien, ya que no estamos obligados a hacer el bien (beneficencia) a una persona en contra de su voluntad, pero sí a no hacerle daño.

Podríamos decir que en el campo de juego de la relación clínica se deciden la beneficencia y la autonomía, mientras que el principio de justicia y el de no-maleficencia actúan como árbitros, que dejan jugar observando desde un nivel superior, señalando y garantizando un tipo de obligaciones que se han calificado como ética de mínimos, que no dependería de la voluntad de las personas que están jugando en el campo.

Estos principios actualmente ya forman parte del lenguaje médico y pueden ser mencionados, tanto en una sesión clínica como en una publicación científica para justificar o criticar una decisión. Pero todo esto es algo de reciente incorporación que merece la pena ubicar en su contexto histórico. Veámos que la bioética empieza a arraigar con fuerza en los comienzos de los años 70 en Estados Unidos donde se producen una serie de acontecimientos que conviene tener presentes.

En 1974 el Congreso de los Estados Unidos creó la *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*, con el encargo de que identificara los principios éticos básicos que deberían dirigir la investigación biomédica. Cuatro años más tarde esta comisión hizo público el *Informe Belmont* donde se propusieron los tres principios fundamentales que hoy se han hecho populares: respeto por las personas y su autonomía, beneficencia y justicia, de los cuales se derivan respectivamente el procedimiento del consentimiento informado en la investigación con seres humanos, la ponderación de riesgos y beneficios, y la selección equitativa de los sujetos de experimentación. Se trata, por tanto, de una propuesta que inicialmente no contemplaba su aplicación a la ética clínica.

Pero muy pronto Beauchamp y Childress pensaron que sería muy útil aplicar este enfoque a la medicina asistencial y publicaron en 1979 un libro que viene ejerciendo una enorme influencia en el desarrollo de la bioética a nivel mundial: *Principles of Biomedical Ethics* (actualmente en su 6ª edición) donde se ofrece un modelo ético basado en los principios del *Informe Belmont* (añadiendo el principio de no-maleficencia) aplicable a la resolución de dilemas éticos en la práctica asistencial. En este momento se configura la tetrada de principios que ya es un clásico de la bioética. Estos autores buscan un procedimiento para la resolución de casos donde se puedan encontrar y dialogar las diferentes tradiciones morales que conforman el pluralismo sociológico contemporáneo. La empresa intelectual es muy atractiva y atrevida desde el momento que parte de las diferentes convicciones de los autores. Tom Beauchamp es utilitarista y James Childress deontologista. El utilitarismo fundamenta la moralidad en las consecuencias y el deontologismo en los principios. Para conciliar posiciones tan distanciadas recurren a Sir David Ross un profesor de filosofía de Oxford fallecido en 1971, que define los deberes *prima facie* como aquellos que son obligatorios de manera absoluta mientras no entren en conflicto entre sí a la hora de ponerlos en práctica, momento en el que se podría justificar la excepción. La fórmula que proponen Beauchamp y Childress ha tenido éxito en cuanto que se ha universalizado un esquema de análisis y una terminología que facilita el diálogo. Sin embargo, no se puede afirmar que su método garantice el pleno consenso de las tradiciones morales. De hecho, la solución que estos autores adoptan cuando los principios entran en conflicto consiste en justificar las excepciones únicamente por las consecuencias, resultando al fin una ética utilitarista maquillada con adornos deontologistas².

La tetrada de principios de la bioética constituyen según sus autores un intento de alcanzar una regla de oro de aceptación universal, después del disenso explicitado en torno al juramento hipocrático en la segunda mitad del siglo XX, ya que no se podían dejar las decisiones éticas de la medicina en función únicamente de opiniones personales o de las circunstancias culturales. Es cierto que las culturas ejercen una enorme influencia en los códigos morales, pero aceptar que absolutamente todos los valores morales están en función de las características culturales supondría anular la capacidad de crítica intercultural e incluso intracultural. Cuando la vara de medir la moralidad sólo la tiene la propia cultura se cierran las puertas al progreso moral. Cuando un régimen político fundamentalista dictamina la segregación social de las mujeres de acuerdo con la tradición de la mayoría de la población, según la teoría ética del relativismo cultural la actitud de Occidente debería ser la de limitarse a constatar esta peculiaridad. En el fondo la sociología pasa a ocupar el lugar de la ética.

Llegados a este punto nos encontraríamos con que algo tan esencial para el juicio moral en bioética como son la dignidad y los derechos humanos fundamentales pasarían a ser el resultado de un acuerdo según la teoría del Contrato Social. Esta doctrina filosófica defiende el pacto social como una necesidad para la coexistencia pacífica de los hombres. En el ámbito político esto funciona bien pero cuando el pacto se convierte en la única fuente de moralidad las cosas se enredan. Una crítica demoledora al Contrato Social podría llegarle precisamente desde la medicina al recordar que no queda garantizado que en la negociación del acuerdo estén presentes todos los afectados, llevándose la peor parte del contrato los más débiles (niños, enfermos, ancianos, incapacitados, incultos, etc.) que son precisamente los más necesitados de protección y los que no suelen acudir a la mesa de negociación. Un buen ejemplo lo tenemos en Atención Primaria cuando comprobamos la facilidad con que nos deslizamos hacia “la ley de los cuidados inversos”, prestando más atención a quienes más demandan, que no siempre son los que más lo necesitan.

Una corriente filosófica que sí presta un sólido fundamento a la dignidad humana sería el personalismo ontológico, que considera a todos los seres humanos igualmente valiosos, definiendo a la persona como fin en sí mismo y por tanto nunca utilizable sólo como medio.

La bioética debe tener en cuenta las convicciones de los agentes morales y las consecuencias de las acciones, pero quedaría incompleta si no se prestara atención a las cualidades que el buen profesional debe desarrollar en su trabajo diario para hacer efectivo el empeño por cultivar la dignidad humana. De hecho, Beauchamp y Childress, a pesar de ser autores de corte “principialista”, describen en su obra las virtudes que se corresponden con los principios, las normas y los ideales éticos. Aunque no llegan a incorporar lo más sustancial de la ética de la virtud: que la moralidad de las acciones repercute también en quien las realiza. Lo expresaba muy bien Platón en Gorgias cuando afirmaba que la injusticia perjudica también a quien la comete, incluso en mayor medida que a la víctima; o también Kant cuando decía que el mentiroso llega un momento en que es incapaz de distinguir la verdad y la mentira. Digámoslo de manera positiva: quien actúa justamente beneficia a los demás, pero también sale mejorado como persona e inclinado a seguir actuando con justicia.

Existen amplios campos de acuerdo entre las diferentes corrientes filosóficas, pero también importantes diferencias³. La gran aportación de la bioética en su faceta más académica consiste en ofrecer instrumentos de diálogo para construir consensos y clarificar divergencias.

Relacionando ética, deontología y derecho

A veces hay dificultad para relacionar lo que exige la propia conciencia moral con la ética profesional y las normas legales. Esto se percibe sobre todo en las actividades docentes de introducción a la bioética con post-graduados, donde tras analizar casos complejos, al final la pregunta más frecuente es: ¿pero qué nos dice la ley? Para un profesor de ética puede resultar frustrante enfrentarse a esta actitud entre los alumnos, pero es comprensible que exista un afán de seguridad y preocupación por cumplir lo que establece la norma legal. Sin embargo, en este enfoque a menudo subyace la confusión conceptual a la que nos referíamos anteriormente, que de manera sinuosa puede dañar seriamente la calidad asistencial, porque el cumplimiento de la ley no garantiza de manera automática la práctica de una buena medicina.

En Nueva Zelanda tuvo lugar un debate sobre si a los profesionales de la salud se les podía exigir ser compasivos con sus pacientes. Ron Paterson, Comisario para los derechos de los pacientes en dicho país, lo explica en un reciente artículo publicado en el Hasting Center Report cuya lectura completa este tema: [Paterson R. Can we mandate compassion? Hasting Center Report 41, nº 2 \(2011\): 20-23](#)⁴. Este autor concluye que la compasión no debe ser un mandato legal. Esto puede desconcertar a más de uno, pues no hay nada más criticable que un médico o una enfermera sin compasión, por muy amplios y profundos que sean sus conocimientos científicos o sus habilidades. Si este debate se abriera a la población general, y se sometiera a referéndum probablemente se generaría mucha confusión.

Sin embargo, tras leer su artículo los argumentos de Paterson parecen razonables y nosotros vamos a aprovechar esta perplejidad para abordar un objetivo fundamental de nuestro tema: diferenciar los tres niveles de exigencia que encontramos en el comportamiento profesional y entender las relaciones entre la ética individual, la Deontología profesional, el Derecho (las leyes que una sociedad establece para regular la convivencia de sus ciudadanos) y la Bioética como disciplina.

No sé si al final de esta unidad nos pondremos de acuerdo sobre lo que Paterson plantea en su artículo, pero al menos deberíamos ser capaces de participar en esta discusión, hablando con propiedad, una vez aclarados los términos.

Ya hemos visto que las normas legales tienen como finalidad regular las relaciones sociales, garantizando las libertades y la igualdad de los ciudadanos, resolviendo los conflictos para intentar dar a cada uno lo que es suyo; para que el pez grande no se coma al chico, evitando el ajuste de cuentas y la “ley del más fuerte”. Esto es lo característico de un Estado de Derecho que garantiza de este modo la paz y la convivencia, legitimando incluso el potencial recurso a la fuerza como medio coercitivo para hacer justicia.

Sin embargo, las leyes no tienen que sancionar todas las conductas incorrectas y sólo interviene donde el legislador lo juzga prudente pensado en el bien común de la sociedad. Las leyes deben tener un fundamento ético, pero se elaboran con una lógica que mira hacia las consecuencias, es decir haciendo un balance de sus resultados sociales. La norma legal busca regular los comportamientos que perjudican a otros de manera objetivable, y en general se tiende a minimizar la regulación jurídica de los comportamientos.

Utilicemos como comparación el Reglamento de Fútbol, que a todas luces parece necesario en una competición que sea tomada en serio, donde sería inimaginable arbitrar o jugar un partido sin unas normas que se apliquen por igual a todos los equipos, a los grandes y a los humildes. Se puede discrepar o discutir si el juez de línea acertó o no al levantar el banderín, pero si se señala un fuera de juego se anula el gol, y esta norma es la misma para todos. Dos tarjetas amarillas son tarjeta roja y expulsión: ésta es la ley, también es igual para todos. Sin ley el fútbol sería imposible, sería una anarquía. Hasta en los campeonatos de fútbol escolares el árbitro necesita aplicar el reglamento. Pero saberse los artículos del reglamento y aplicarlo a rajatabla no garantiza un buen partido de Liga. Es necesario, pero no es suficiente. Para que haya fútbol hacen falta buenos jugadores en el campo, con cualidades técnicas, pero también con compromiso; esto es lo que se suele entender cuando decimos que un determinado futbolista es un buen profesional. Es decir, de los jugadores se espera que sean buenos técnicamente, pero también que tengan voluntad, que se entreguen en el césped y que corran, con sentido de equipo y con ganas de gol. Y esto no solo un día de inspiración, sino habitualmente a lo largo de todos los partidos de la competición. Aquí es donde entra en juego la ética del futbolista, imprescindible para que los aficionados puedan disfrutar. Esto es precisamente lo que falla cuando un jugador irresponsable ha estado de juerga la víspera de un partido o cuando no cuida la preparación física, falta a los entrenamientos y baja su rendimiento.

Podríamos establecer un paralelismo con el Derecho y la Ética en la asistencia sanitaria. Las normas jurídicas son necesarias para garantizar derechos del paciente: a la información, a recibir determinadas prestaciones, etc. Sin embargo, sin buenos profesionales, que sean a la vez buenas personas las cosas no van a funcionar bien. Es necesario el valor añadido de la ética personal que impulsa al compromiso de buscar el bien y el respeto del paciente. Ahí es donde arranca el impulso para la formación continuada o para el trabajo en equipo. Este es el auténtico motor de la buena medicina. Se podría hacer buena medicina sin leyes, pero sin ética resulta imposible.

El espacio de la Deontología

Ética y Derecho son los dos primeros elementos de la ecuación que intentamos resolver. Ahora nos vamos a centrar en una pregunta que necesitamos responder: ¿dónde se sitúa la Deontología profesional? Etimológicamente deontología significa tratado de los deberes, y de hecho existe una corriente de filosofía moral que se denomina “Deontologista” porque pone el acento en los deberes, enfrentada a la corriente “Utilitarista” que fundamenta las decisiones en las consecuencias. Pero aquí, cuando hablamos de Deontología nos estamos refiriendo a la ética corporativa aplicada a una determinada profesión (de hecho se habla de Deontología allí donde hay profesiones: medicina, enfermería, farmacia, abogacía, ingenieros, economistas, periodistas).

No es el momento de hacer la historia de la Ética Médica con más de veinte siglos de recorrido. La ética aplicada al ejercicio de la medicina nos sitúa en un escenario cuyas coordenadas vienen definidas por las necesidades de los seres humanos en el cuidado de su salud. Desde la antigüedad las diferentes sociedades y culturas han establecido que exista la profesión médica, y no parece que esto vaya a cambiar a pesar de dos fenómenos recientes que aparecen con mucha fuerza: la proliferación de las especialidades dentro de la medicina y la incorporación de nuevas profesiones sanitarias a su alrededor.

En los países desarrollados, y en España de manera particular, nos encontramos con una creciente promulgación de leyes encaminadas a garantizar derechos básicos a los ciudadanos en materia sanitaria. En las Comunidades Autónomas españolas se ha producido un fenómeno de auténtico furor legislativo, solapando leyes con el Estado, como si los Parlamentos Autonómicos tuvieran que justificarse e intentara tranquilizar su conciencia ante la crisis sanitaria que se avecinaba, haciendo como el Barón de Munchausen, que quería sacarse a sí mismo de la ciénaga, tirándose de los pelos hacia arriba.

El caso es que disponemos de abundantes normas y proyectos legislativos donde se definen las obligaciones legales de los profesionales (pe. confidencialidad, consentimiento informado, atención al enfermo terminal) y de las instituciones (información epidemiológica, segunda opinión, habitación individual en cuidados paliativos). Todo esto está muy bien y puede ser un indiscutible avance social.

Sin embargo, no hace falta ser un sagaz analista para darse cuenta de que si los médicos no están movidos por un sincero “ethos” profesional todo será papel mojado, o incluso peor, se puede volver en contra de los pacientes en forma de medicina defensiva. Pensemos por ejemplo qué ha ocurrido con el consentimiento informado

en manos de médicos que no han madurado su trasfondo ético, reduciéndolo a la obtención y trasiego de un documento firmado, o en lo que puede llegar a ocurrir con el documento de voluntades anticipadas si se malinterpreta su significado, limitándonos a aplicar la literalidad del testamento del paciente, llegando a practicar un auténtico abandono ilustrado de los pacientes más vulnerables.

Es, por tanto, imprescindible contemplar la dimensión ética de la actividad médica para alcanzar la calidad asistencial que el paciente necesita. En otras palabras: la evidencia científica y las normas legales, por si solas se muestran insuficientes para subvenir las necesidades de salud del ser humano.

Hablemos concretamente del compromiso de lealtad del médico hacia el paciente que se puede expresar por ejemplo en: a) discreción en el manejo de la información, b) respeto por su libertad, c) deber de estudio y actualización, d) delicadeza en el trato de la relación clínica. Todos estos rasgos de buen comportamiento profesional son indiscutibles. Sin embargo, serían difícilmente exigibles por la vía legal en el día a día, aunque se puedan sancionar los fallos graves.

En síntesis, decimos que el Derecho establece una ética de mínimos que sería imperativa y exigible incluso coactivamente, pero sin perder de vista que en la práctica sólo la ética personal del profesional puede alcanzar una relación médico-paciente impregnada de humanidad, transmitiendo confianza y tratando con delicadeza a los pacientes. Por tanto, es mucho y muy importante lo que queda en manos de la ética personal de los médicos a la hora de alcanzar la excelencia en la calidad asistencial.

La sociedad y los ciudadanos confían en que así sea; es decir en que un 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.

Llegados a este punto surgen necesariamente algunas preguntas que son decisivas: ¿queda a la discrecionalidad de cada médico el modo de interpretar y aplicar estos compromisos éticos tan sustantivos en la profesión médica? Todo lo que está más allá de lo que establece la ley, ¿es solo un asunto de conciencia personal? Se trata en definitiva de establecer si la ética de máximos de cada profesional queda absolutamente confinada a su propia conciencia moral, sin que se pueda decir nada más al respecto.

En otras palabras, ¿se puede admitir la privatización absoluta de la ética personal de un médico? O, ¿cabe por el contrario, que se le pueda exigir un conjunto de deberes precisamente por haber abrazado la profesión médica, aunque no se lo demande

el ordenamiento jurídico? La cuestión no es retórica ni académica, pues está incluso en el sentido común de la gente de la calle: del médico se espera un determinado nivel de exigencia moral, más allá de lo que digan las leyes.

Pero llegados a este punto, ¿quién decide lo que es ser un buen médico? ¿Es opinable que el médico debe ser compasivo o que deba tratar con cordialidad a los pacientes?, ¿puede depender tan solo del estilo que le han transmitido sus profesores? ¿Se puede plantear que aquel médico que ha abusado de la debilidad del enfermo en su beneficio sea recriminado por su propia comunidad profesional?

Se cuenta que tres albañiles estaban realizando la misma tarea pero con distinta actitud. Al interrogarles sobre lo que están haciendo, el primero responde quejoso: ya ve, poniendo un ladrillo encima de otro; el segundo con mejor ánimo responde: sacando adelante a mi familia; al tercero se lo encuentran cantando entusiasmado, se para y dice: ¡estamos haciendo una catedral! Es una comparación que nos puede servir para explorar las motivaciones del médico: en primer lugar hay quien puede estar visitando una fila de pacientes, como una pesada tarea que hay que terminar cuanto antes para volver a casa; en la segunda actitud cabe sentirse practicando una profesión que goza de un cierto reconocimiento social, que está aceptablemente remunerada; y en un tercer nivel estaría quien por encima de todo se siente que está ayudando a la gente a cuidar de su salud, lo cual definitivamente sí constituye la espina dorsal de la profesión que ha elegido. Pero nos volvemos a preguntar quién puede o debe decidir cuál es el perfil del buen profesional de la medicina ¿el Parlamento, los partidos políticos, el gobierno, la industria farmacéutica, los enfermos, los sanos o los médicos?

Podríamos centrar esta reflexión señalando algunas cuestiones particulares que son características del Código de Deontología Médica y que difícilmente serían exigibles mediante una norma legal:

- a) ¿Se debe permitir al médico hacer publicidad de sus logros científicos sin suficientes garantías científicas y antes de publicar sus resultados en una revista científica?
- b) ¿Puede un médico criticar a otro delante de un paciente cuya asistencia comparten?
- c) ¿Es aceptable pedir pruebas molestas o de alto coste a un paciente, con la única finalidad de protegerse legalmente?
- d) ¿En qué momento cesa la obligación de asistencia cuándo, por falta de entendimiento, se termina la relación entre un médico y su paciente?

Alternativas para la autorregulación de la Deontología Médica: una respuesta filosófica

Teóricamente caben, al menos, cuatro posiciones a la hora de definir el marco normativo de la actividad profesional:

- I. *Tesis de la libertad profesional absoluta.* Todo quedaría sometido a los valores, criterios y decisiones personales del profesional, con libertad absoluta. Si bien se trata de una posición que en nuestro tiempo sería difícilmente defendible, en ocasiones se pueden escuchar razonamientos de este estilo aplicados a la libertad de prescripción como un derecho absoluto del médico, haciendo una interpretación del concepto de libertad desvinculada de la responsabilidad personal, que a veces suena a arbitrariedad.
- II. *Tesis de la regulación legal absoluta.* Todo lo que debe hacer el médico estará en regulado en forma de leyes que se aplicarán en los tribunales de justicia. Esta posición no es aceptada por ninguna corriente de la Filosofía del Derecho, por cuanto supone una judicialización de la relación clínica que convertiría la asistencia sanitaria en una selva de litigios y de precauciones, incompatible con la vida real. La función de las leyes no es establecer todo lo que es correcto o no en la vida de las personas, sino regular aquellos aspectos morales que condicionan el bien común y la convivencia justa y pacífica. Por eso las leyes no se hacen para resolver excepciones sino para beneficiar a la sociedad. La lógica del Derecho exige realizar un balance de consecuencias: los efectos positivos tienen que superar los daños secundarios del (pe. en la política represiva de la droga)
- III. *Tesis de mínimos legales universales (Derecho público) y máximos particulares (Ética personal).* Las bases de la asistencia que el médico debe proporcionar al paciente vienen definidas por la legislación común (que en las sociedades modernas desde hace unos años incluye la autonomía del paciente), a partir de la cual el profesional elabora sus propios juicios éticos y toma decisiones. Según ésta posición el binomio Derecho-Ética Personal permitiría resolver todas las situaciones.
- IV. *Tesis de la Deontología profesional.* Supone un perfeccionamiento de la tesis anterior, con unos requerimientos que están en un escalón por encima de la legislación. El profesional se compromete públicamente a un nivel de exigencia ética superior a la ley, que viene definido por un contrato social de autorregulación profesional, recogido en el Código de Deontología, sobre el cual tendría capacidad disciplinar el correspondiente Colegio profesional.

Es evidente que en este curso defendemos esta tesis de la Deontología para la regulación pública de la profesión. Pero no porque esta solución sea lo mejor para los médicos, ya que en realidad someterse obligatoriamente a un código supone una exigencia para las conductas profesionales que va allá de la ley. Es la sociedad y los pacientes quienes verdaderamente se benefician de esta estrategia.

Hay actitudes, disposiciones y comportamientos éticos que siendo consustanciales y exigibles a una determinada profesión, nunca serán objeto de la legislación ordinaria. De tal modo que, por ejemplo, no es suficiente cumplir la ley para ser un buen médico. En otras palabras, es compatible cumplir la letra de la ley y no comportarse como un buen profesional.

Unos ejemplos

Veamos unos ejemplos expresados en un gráfico, donde situamos los tres niveles de exigencia en la conducta profesional: Ética (azul), Deontología (amarillo) y Derecho (rojo).

En el nivel de exigencia ética, cada persona rinde cuentas ante su propia conciencia. Y en la práctica nos podemos encontrar personas con mayor o menor grado de auto-exigencia. Por ejemplo, en la atención de enfermos en situación terminal en el domicilio, se pueden adoptar comportamientos con diferentes grados de compromiso. Veamos el médico (A) que, sin que exista ninguna obligación, da su número de teléfono móvil personal a la familia, para facilitar una consulta en un momento de apuro. Otro médico (B), que no lo hace así, no está actuando como un mal profesional; son sencillamente dos formas diferentes de actuar que externamente pueden merecer diferente valoración, pero que ciertamente solo se pueden juzgar en la propia conciencia. En cualquier caso, ambos médicos se comportan más allá de lo que les exige la Deontológica y por supuesto por encima de lo que establece la norma legal.

gráfico 01

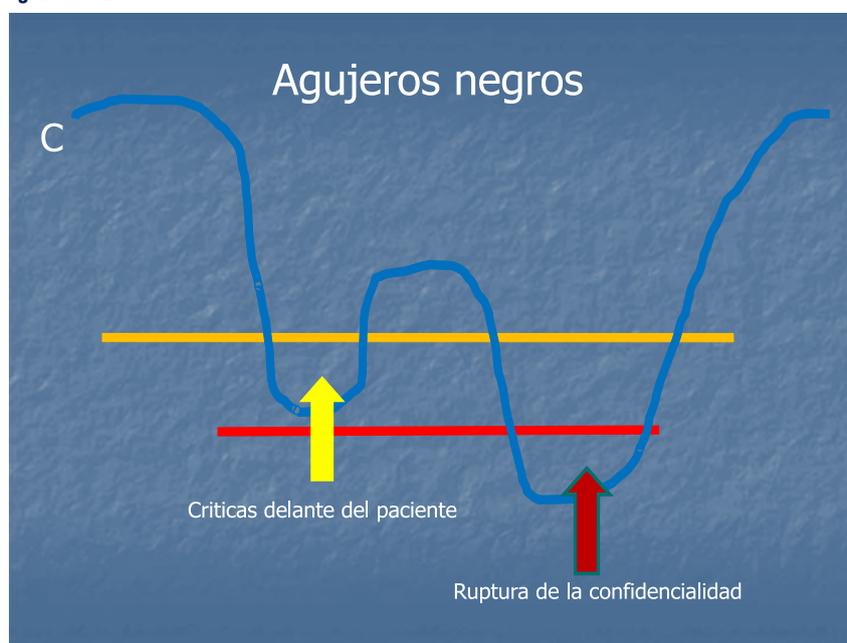


Pensando en la formación continuada y en la responsabilidad del estudio, podríamos encontrar que ahora es el médico B quien tiene un nivel de exigencia más alto que el A. Son diferentes grados de responsabilidad o generosidad que jugando con el gráfico nos pueden ayudar a reflexionar. A veces hay personas mejores que otras en unos aspectos pero no en otros. Puede haber temporadas en las que una misma persona experimenta un bajón de exigencia por circunstancias personales, familiares, etc. que luego se superan, o por el contrario, tener una época de especial motivación y rendimiento profesional. Este escenario puede servir para reflexionar sobre el burn-out o los sistemas de incentivación.

Este sencillo modelo gráfico facilita entender los “agujeros negros” que se pueden producir en la vida profesional cuando la ética personal desciende por debajo del nivel de las exigencias del Código de Deontología o de las normas legales.

La norma deontológica ya anteriormente mencionada de no criticar a un colega ante un paciente podría no estar presente entre los valores éticos de un médico –convenría analizar las razones de ello-, pero sin embargo la exigencia deontológica supondría un revulsivo para evitar la deriva de una mala relación pública entre médicos, que generaría un daño a la confianza de los pacientes, lo cual al final se volvería contra ellos mismos.

gráfico 02



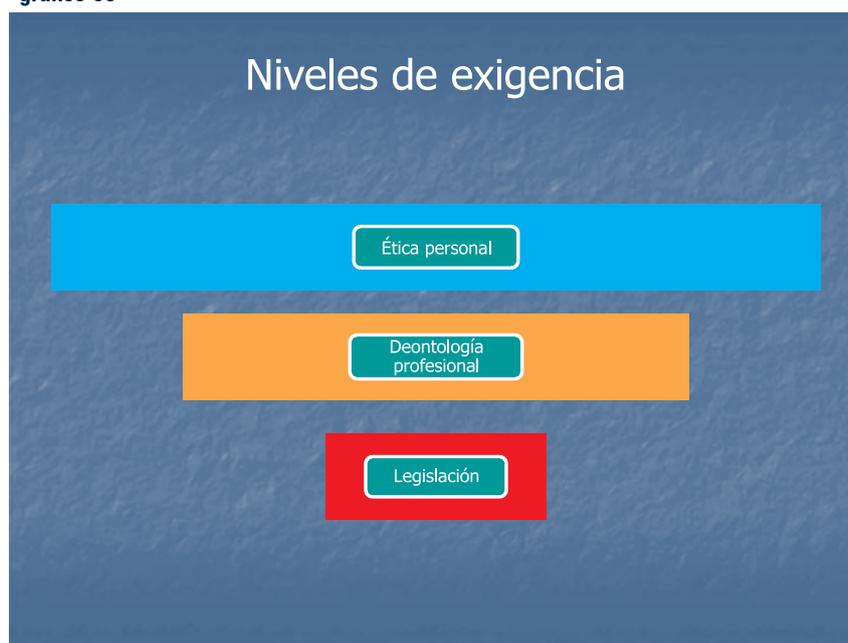
Un último ejemplo para analizar mediante este gráfico: cuando se produce una falta al secreto profesional, se vulnera la norma deontológica pero también la norma legal, de tal manera que un médico podría verse rindiendo cuentas ante un juez pero también sometido a la disciplina colegial. De hecho es lo que suele ocurrir cuando

un colegiado es condenado en un juicio en la vía penal por una conducta relacionada con su actividad profesional, pues con alta probabilidad su delito vulnera a la vez varios artículos del Código de Deontología (CD).

Desde el punto de vista pedagógico un buen ejercicio es discutir en qué nivel de exigencia situaríamos diferentes conductas que pueden generar controversia: insuficiente tratamiento del dolor en un enfermo terminal, discriminación ante pacientes difíciles, obstruccionismo al trabajo en equipo, etc.

Ahora ya estamos en condiciones de explicar a cualquiera los diferentes niveles de exigencia al que se somete el comportamiento profesional del médico: cada médico personalmente construye su compromiso profesional a lo largo de un proceso educativo que comienza con su formación en el entorno familiar y la escuela –donde se suelen forjar los valores más sólidos-. Luego vendrá la decisiva influencia de la Facultad y la formación especializada, donde el denominado “currículum oculto” ejerce una influencia no suficientemente reconocida en la formación de los valores profesionales.

gráfico 03



La formación deontológica tiene como referencia el CD, expresión de la dimensión formal de la ética médica con un núcleo común a todas las culturas, como se puede ver en las Declaraciones de la Asociación Médica Mundial. Otra parte del contenido del CD tiene un componente contingente, fruto del estudio de los órganos de gobierno de la corporación colegial y de su constitución democrática. Esto significa que el CD debe ser un cuerpo de doctrina en continua revisión, y de hecho así lo establece en su Disposición Final 3.

También hemos visto que la normativa legal establece un nivel de exigencia básico al que el médico se ve sometido que se ha dado en denominar “ética mínima”. Sin embargo cuando un profesional adecuadamente formado se “mueve” por encima de la exigencia deontológica no tendrá de ordinario problemas legales.

Las relaciones de la Bioética y la Deontología: ¿pugna o alianza?

Con relativa frecuencia se ha planteado un antagonismo o una controversia entre Bioética y Deontología Médica, por parte de algunos autores de ambas disciplinas. Es como si las posiciones de una u otra compitieran por un mismo terreno y quisieran marginar al contrario.

Durante bastantes años ha sido común que quienes han trabajado en uno de estos campos han ignorado al que han considerado como contrario.

La Bioética, como ya se ha explicado, por su carácter interdisciplinar tiene un terreno de estudio más amplio que la ética médica, que se extiende incluso más allá del conjunto de las éticas de las profesiones sanitarias. La definición de Reich en la Encyclopedia of Bioethics no deja lugar a dudas cuando la define como “Estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias humanas y de la atención sanitaria en cuanto se examina esta conducta a la luz de los valores y los principios morales”.

Con otras palabras, se puede afirmar en sentido amplio que la Bioética es una aplicación al campo de salud de la Ética Filosófica, entendida ésta como la disciplina que estudia racional y metódicamente los comportamientos libres, elaborando juicios de valor de acuerdo con principios morales. De acuerdo con esta perspectiva la Bioética no es más que un campo de estudio que tiene aplicaciones en los tres niveles que hemos considerado:

- a) En ámbito de la ética personal contribuirá la formación intelectual y a la búsqueda de respuestas razonadas ante los problemas éticos que no tienen fácil respuesta desde el conocimiento moral intuitivo.
- b) En el ámbito de la Deontología supone una necesaria ayuda para construir y fundamentar el cuerpo de doctrina que constituye el CD y su desarrollo, inevitablemente sometido al debate dentro de la profesión y de sus órganos de representación.

- c) En el ámbito del Derecho, contribuirá a fundamentar las bases éticas que deberían fundamentar las normas legales, al tiempo que aporta terminología y sistematización para lograr una discusión política .

De este modo, podemos dibujar un modelo transversal de relación de la bioética con éstos tres niveles, que no plantea incompatibilidades, sino más bien una alianza.

gráfico 04



En mi opinión este escenario de estéril rivalidad ha sido el fruto de: a) la incomunicación y b) de tomar la parte por el todo.

Puede haber autores que por sus posiciones filosóficas no tengan simpatías por la ética médica corporativa, del mismo modo que desde la Deontología haya quien se siente muy lejano de determinadas escuelas de la Bioética. Pero admitamos que la pugna es por razones ideológicas o de método, o por la encarnación de ambos en determinadas personas. Pero si nos atenemos a los conceptos y razonamos con rigor, el antagonismo no tiene cabida, mientras que la cooperación en una convivencia multidisciplinaria promete ser muy productiva.

- ¹ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- ² Argumento muy acertadamente desarrollado por Diego Gracia en su obra Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid: Eudema, 1991; p 35.
- ³ Para profundizar en la interpretación de los principios de la bioética se puede consultar la obra editada por Raanan Gillon: Principles of health care ethics. Chichester: John Wiley & Sons, 1994, donde se analiza el diferente modo de entender y aplicar la beneficencia, la autonomía o la equidad desde las más variadas tradiciones morales o filosóficas. El Journal of Medical Ethics (1 October 2003; Vol. 29, No. 5) ha publicado un número en homenaje a este autor donde se analizan estas diferencias interpretativas a partir de casos prácticos
- ⁴ Paterson R. Can we mandate compassion? Hasting Center Report 41, nº 2 (2011): 20-23.

CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA MÉDICA

GUÍA DE ÉTICA MÉDICA

Julio, 2011

1

JURAMENTO DE HIPÓCRATES

JURO POR APOLO médico y por Asclepio y por Higia y por Panacea y todos los dioses y diosas, poniéndoles por testigos, que cumpliré, según mi capacidad y mi criterio, este juramento y declaración escrita:

TRATARÉ al que me haya enseñado este arte como a mis progenitores, y compartiré mi vida con él, y le haré participe, si me lo pide, y de cuanto le fuere necesario, y consideraré a sus descendientes como a hermanos varones, y les enseñaré este arte, si desean aprenderlo, sin remuneración ni contrato.

Y HARÉ participes de los preceptos y de las lecciones orales y de todo otro modo de aprendizaje no sólo a mis hijos, sino también a los de quien me haya enseñado y a los discípulos inscritos y ligados a por juramento según la norma médica, pero a nadie más.

Y ME SERVIRÉ, según mi capacidad y mi criterio, del régimen que tienda al beneficio de los enfermos, pero me abstendré de cuanto lleve consigo perjuicio o afán de dañar.

Y NO DARÉ ninguna droga letal a nadie, aunque me la pidan, ni sugeriré un tal uso, y del mismo modo, tampoco a ninguna mujer daré pesario abortivo, sino que, a lo largo de mi vida, ejerceré mi arte pura y santamente.

Y NO CASTRARÉ ni siquiera (por tallar) a los calculosos, antes bien, dejaré esta actividad a los artesanos de ella.

Y CADA VEZ QUE entre en una casa, no lo haré sino para bien de los enfermos, absteniéndome de mala acción o corrupción voluntaria, pero especialmente de trato erótico con cuerpos femeninos o masculinos, libres o serviles.

Y SI EN MI PRÁCTICA médica, o aún fuera de ella, viviese u oyere, con respecto a la vida de otros hombres, algo que jamás debas ser revelado al exterior, me callaré considerando como secreto todo lo de este tipo.

Así pues, si observo este juramento sin quebrantarlo, séame dado gozar de mi vida y de mi arte y ser honrado para siempre entre los hombres; así lo quebranto y cometo perjurio, succédame lo contrario.

ORACION DE MAIMONIDES

Oh Dios, llena mi alma de amor por mi arte y por todas las criaturas.
Que no admita que la sed de ganancia y el afán de gloria me influencien en el ejercicio de mi arte, porque los enemigos de la verdad y del amor de los hombre podrían fácilmente hacerme abusar y apártame de hacer bien a tus hijos.
Sostén la fuerza de mi corazón para que esté siempre pronto a servir al pobre y al rico, al amigo y al enemigo, al bueno y al malo.
Haz que no vea en el hombre más que al que sufre.
Que mi espíritu se mantenga claro en el lecho del enfermo, que no se distraiga por cualquier pensamiento extraño, porque grandes y sublimes son los progresos de la ciencia que tienen como finalidad conservar la salud y la vida de todas las criaturas.
Haz que mis pacientes tengan confianza en mi y en mi arte y que sigan mis consejos y prescripciones.
Aleja del lecho de mis pacientes a los charlatanes, al ejército de parientes que dan mil consejos y a aquéllos que saben siempre todo; porque es una injerencia peligrosa que, por vanidad, hace malograr las mejores intenciones y lleva muchas veces a la muerte.
Si los ignorantes me censuran escarnecen, otórgame que el amor de mi arte, como una coraza, me torne invulnerable, para que pueda perseverar en la verdad sin atender al prestigio, el renombre y a la edad de mis detractores.
Otórgame, Dios mío, la indulgencia y la paciencia necesaria al lado de los pacientes apasionados o groseros.
Haz que sea moderado en todo, pero insaciable en mi amor por la ciencia.
Aparta de mí la idea de que lo puedo todo.
Dame la fuerza, la voluntad y la ocasión para ampliar cada vez más mis conocimientos.

Que pueda hoy descubrir en mi saber cosas que ayer no sospechaba, porque el arte es grande pero el espíritu del hombre puede avanzar siempre más adelante.

INDICE

Preámbulo	pág. 7
Capítulo I. Definición y ámbito de aplicación	pág. 9
Capítulo II. Principios generales	pág. 11
Capítulo III. Relaciones del médico con sus pacientes	pág. 13
Capítulo IV. Calidad de la atención médica	pág. 20
Capítulo V. Secreto profesional del médico	pág. 25
Capítulo VI. Objeción de conciencia	pág. 29
Capítulo VII. Atención médica al final de la vida	pág. 31
Capítulo VIII. Relaciones de los médicos entre sí y con otros profesionales sanitarios	pág. 33
Capítulo IX. Relaciones con la Corporación Médica Colegial	pág. 36
Capítulo X. Trabajo en las instituciones sanitarias	pág. 38
Capítulo XI. Trasplante de órganos	pág. 40
Capítulo XII. Reproducción humana	pág. 42
Capítulo XIII. Pruebas genéticas	pág. 46
Capítulo XIV. Investigación médica sobre el ser humano	pág. 47
Capítulo XV. Tortura y vejación de la persona	pág. 49
Capítulo XVI. Dopaje deportivo	pág. 50
Capítulo XVII. Médicos peritos	pág. 51
Capítulo XVIII. Docencia médica	pág. 53
Capítulo XIX. Publicaciones profesionales	pág. 54
Capítulo XX. Publicidad médica	pág. 55
Capítulo XXI. Economía y honorarios	pág. 56
Disposición Adicional	pág. 57
Disposiciones Finales	pág. 58

PREÁMBULO

La Organización Médica Colegial de España promulgó su primer Código de Ética y Deontología Médica en 1978 al amparo de la Constitución de 1976, que establece el reconocimiento y la necesidad de regular los colegios profesionales y el ejercicio de los profesionales titulados.

Dicho Código fue actualizado en 1990 y 1999, siendo éste de 2011 el primer código de deontología médica del siglo XXI.

Este Código sirve para confirmar el compromiso de la profesión médica con la sociedad a la que presta su servicio, incluyendo el avance de los conocimientos científico-técnicos y el desarrollo de nuevos derechos y responsabilidades de médicos y pacientes. Las pautas contenidas en él deben distinguirse de las imposiciones descritas en las leyes.

Al tratarse de normas de obligado cumplimiento se ha mantenido el principio general que siempre inspiró su redacción: codificar sólo aquellas conductas y situaciones que sean asumidas por la mayoría de la colegiación, sin quebrantar la conciencia de nadie, ni violentar los fundamentos éticos que garantizan la convivencia de un amplio colectivo, que necesariamente ha de tener y mantener opiniones distintas ante algunos dilemas, que el ejercicio de una medicina cada vez más compleja plantea.

Los principios esenciales de la profesión médica se traducen en las siguientes actitudes, responsabilidades y compromisos básicos:

El fomento del altruismo, la integridad, la honradez, la veracidad y la empatía, que son esenciales para una relación asistencial de confianza plena.

La mejora continua en el ejercicio profesional y en la calidad asistencial, basadas en el conocimiento científico y la autoevaluación.

El ejercicio de la autorregulación con el fin de mantener la confianza social, mediante la transparencia, la aceptación y corrección de errores y conductas inadecuadas y una correcta gestión de los conflictos.

Queda así recogida la histórica vocación de servicio a los pacientes y a la sociedad de los médicos y de la Organización Médica Colegial de España.

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 la que la practiquen.

2.- El incumplimiento de algunas 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.

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, se obligará a velar por su cumplimiento e intentará que se cambien las disposiciones legales de cualquier orden que se opongan a ellas.

Artículo 4

- 1.- Las Sociedades Profesionales inscritas en el registro del Colegio de Médicos, deberán someter sus conductas al control deontológico.
- 2.- De las acciones realizadas por un médico, que ejerza su actividad a través de una Sociedad Profesional inscrita en el Colegio de Médicos, responderá deontológicamente la Sociedad, sin perjuicio de la responsabilidad profesional que dicho médico contraiga a título individual.

Capítulo II

PRINCIPIOS GENERALES

Artículo 5

- 1.- La profesión médica está al servicio del ser humano y de la sociedad. 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. El médico no puede negar la asistencia por temor a que la enfermedad o las circunstancias del paciente le supongan un riesgo personal.
- 4.- El médico jamás perjudicará intencionadamente al paciente. Le atenderá con prudencia y competencia, evitando cualquier demora injustificada en su asistencia.

Artículo 6

- 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.- El médico no abandonará a ningún paciente que necesite sus cuidados, ni siquiera en situaciones de catástrofe o epidemia, salvo que fuese obligado a hacerlo por la autoridad competente o exista un riesgo vital inminente e inevitable para su persona. Se presentará voluntariamente a colaborar en las tareas de auxilio sanitario.

3.- El médico, que legalmente se acoja al derecho de huelga, no queda exento de las obligaciones profesionales hacia sus pacientes, a quienes debe asegurar los cuidados urgentes e inaplazables.

Artículo 7

1.- Se entiende por acto médico toda actividad lícita, desarrollada por un profesional médico, legítimamente capacitado, sea en su aspecto asistencial, docente, investigador, pericial u otros, orientado a la curación de una enfermedad, al alivio de un padecimiento o a la promoción integral de la salud. Se incluyen actos diagnósticos, terapéuticos o de alivio del sufrimiento, así como la preservación y promoción de la salud, por medios directos e indirectos.

2.- El médico, principal agente de la preservación de la salud, debe velar por la calidad y la eficiencia de su práctica, principal instrumento para la promoción, defensa y restablecimiento de la salud.

3.- La formación médica continuada es un deber ético, un derecho y una responsabilidad de todos los médicos a lo largo de su vida profesional.

4.- 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.

5.- 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 MÉDICO CON SUS PACIENTES

Artículo 8

- 1.- El médico debe cuidar su actitud, lenguaje, formas, imagen y, en general, su conducta para favorecer la plena confianza del paciente.
- 2.- La asistencia médica exige una relación plena de entendimiento y confianza entre el médico y el 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.

Artículo 9

- 1.- El médico respetará las convicciones de sus pacientes y se abstendrá de imponerles las propias.
- 2.- En el ejercicio de su profesión el médico actuará con corrección y delicadeza, respetando la intimidad de su paciente.
- 3.- Médico y paciente tienen derecho a la presencia de un acompañante o colaborador cuando el carácter íntimo de la anamnesis o la exploración así lo requieran.

Artículo 10

Un elemento esencial de la información es dar a conocer al paciente o a sus allegados la identidad del médico responsable de su proceso

asistencial, así como la de aquel que en cada momento le preste asistencia.

Artículo 11

El médico sólo podrá suspender la asistencia a sus pacientes si llegara al convencimiento de que no existe la necesaria confianza hacia él. Lo comunicará al paciente o a sus representantes legales con la debida antelación, y facilitará que otro médico se haga cargo del proceso asistencial, transmitiéndole la información necesaria para preservar la continuidad del tratamiento.

Artículo 12

1.- El médico respetará el derecho del paciente a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, sobre las opciones clínicas disponibles. Es un deber del médico respetar el derecho del paciente a estar informado en todas y cada una de las fases del proceso asistencial. Como regla general, la información será la suficiente y necesaria para que el paciente pueda tomar decisiones.

2.- El médico respetará el rechazo del paciente, total o parcial, a una prueba diagnóstica o a un tratamiento. Deberá informarle de manera comprensible y precisa de las consecuencias que puedan derivarse de persistir en su negativa, dejando constancia de ello en la historia clínica.

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

4.- Cuando el médico atienda a una persona en huelga de hambre, le informará sobre las consecuencias del rechazo a la alimentación, así como

de su previsible evolución y pronóstico. Respetará la libertad de quienes decidan de forma consciente y libre realizar huelga de hambre, incluidas las personas privadas de libertad, pudiendo acogerse a la objeción de conciencia si fuese obligado a contrariar esta libertad.

Artículo 13

- 1.- Cuando el médico trate a pacientes incapacitados legalmente o que no estén en condiciones de comprender la información, decidir o dar un consentimiento válido, deberá informar a su representante legal o a las personas vinculadas por razones familiares o de hecho.
- 2.- El médico deberá ser especialmente cuidadoso para que estos pacientes participen en el proceso asistencial en la medida que su capacidad se lo permita.
- 3.- El médico tomará las decisiones que considere adecuadas cuando se dé una situación de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del paciente y no sea posible conseguir su consentimiento.
- 4.- El médico debe fomentar y promover la atención integral a los problemas de salud mental evitando estigmatizar al paciente psiquiátrico y la institucionalización permanente como medida terapéutica.

Artículo 14

- 1.- El mayor de 16 años se considera capacitado para tomar decisiones sobre actuaciones asistenciales ordinarias.
- 2.- La opinión del menor de 16 años será más o menos determinante según su edad y grado de madurez; esta valoración supone para el médico una responsabilidad ética.

3.- En los casos de actuaciones con grave riesgo para la salud del menor de 16 años, el médico tiene obligación de informar siempre a los padres y obtener su consentimiento. Entre 16 y 18 años los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta.

4.- Cuando los representantes legales tomen una decisión que, a criterio del médico, sea contraria a los intereses del representado, el médico solicitará la intervención judicial.

Artículo 15

1.- El médico informará al paciente de forma comprensible, con veracidad, ponderación y prudencia. Cuando la información incluya datos de gravedad o mal pronóstico se esforzará en transmitirla con delicadeza de manera que no perjudique al paciente.

2.- La información debe transmitirse directamente al paciente, a las personas por él designadas o a su representante legal. El médico respetará el derecho del paciente a no ser informado, dejando constancia de ello en la historia clínica.

Artículo 16

1.- La información al paciente no es un acto burocrático sino un acto clínico. Debe ser asumida directamente por el médico responsable del proceso asistencial, tras alcanzar un juicio clínico preciso.

2.- El consentimiento se expresa habitualmente de forma verbal, dejando constancia en la historia clínica. Cuando las medidas propuestas supongan para el paciente un riesgo significativo se obtendrá el consentimiento por escrito.

Artículo 17

- 1.- El médico deberá asumir las consecuencias negativas de sus actuaciones y errores, ofreciendo una explicación clara, honrada, constructiva y adecuada.
- 2.- Las quejas de un paciente no deben afectar negativamente a la relación médico paciente ni a la calidad de la asistencia que se le preste.

Artículo 18

El lugar donde se preste la asistencia sanitaria deberá ser acorde con la dignidad y el respeto que merece el paciente y contará con los medios adecuados para los fines que ha de cumplir.

Artículo 19

- 1.- Los actos médicos quedarán registrados en la correspondiente historia clínica. El médico tiene el deber y el derecho de redactarla. La historia clínica incorporará la información que se considere relevante para el conocimiento de la salud del paciente, con el fin de facilitar la asistencia sanitaria.
- 2.- La historia clínica se redacta y conserva para la asistencia del paciente. Es conforme a la Deontología Médica el uso del contenido de la historia clínica para su análisis científico, estadístico y con fines docentes y de investigación, siempre que se respete rigurosamente la confidencialidad de los pacientes y las restantes disposiciones de este Código que le puedan afectar.
- 3.- El médico y, en su caso, la institución para la que trabaja, están obligados a conservar la historia clínica y los elementos materiales de

diagnóstico, mientras que se considere favorable para el paciente y, en todo caso, durante el tiempo que dispone la legislación vigente estatal y autonómica. Es muy recomendable que el responsable de un servicio de documentación clínica sea un médico.

4.- Cuando un médico cesa en su trabajo privado, las historias clínicas se pondrán a disposición de los pacientes que lo soliciten para que éstos puedan aportarlas al médico al que encomienden su continuidad asistencial. En caso de duda deberá consultar a su Colegio.

5.- El médico tiene el deber de facilitar, al paciente que lo pida, la información contenida en su historia clínica y las pruebas diagnósticas realizadas. Este derecho del paciente quedaría limitado si se presume un daño a terceras personas que aportaron confidencialmente datos en interés del paciente. Las anotaciones subjetivas que el médico introduzca en la historia clínica son de su exclusiva propiedad.

6.- El acceso a la historia clínica de pacientes fallecidos solo se permitirá a personas con vinculación familiar o de hecho con el paciente, y siempre que éste no lo hubiera prohibido expresamente.

7.- Es deber del médico, si el paciente lo solicita, proporcionar a otros colegas los datos necesarios para completar el diagnóstico o el tratamiento, así como facilitar el examen de las pruebas realizadas.

8.- 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 del paciente.

9.- La historia clínica electrónica sólo es conforme a la ética cuando asegura la confidencialidad de la misma, siendo deseables los registros en bases descentralizadas.

Artículo 20

1.- Cuando proceda o el paciente lo solicita, es deber del médico proporcionar un informe o un certificado sobre la asistencia prestada o

sobre los datos de la historia clínica. Su contenido será auténtico y veraz y será entregado únicamente al paciente, a la persona por él autorizada o a su representante legal

2.- No es conveniente que el médico expida un certificado a familiares o personas que estén bajo su dependencia civil.

3.- Están éticamente prohibidos los certificados médicos de complacencia.

Capítulo IV

CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Artículo 21

- 1.- El médico tiene el deber de prestar a todos los pacientes una atención médica de calidad humana y científica.
- 2.- Las exploraciones complementarias no deben practicarse de manera rutinaria, indiscriminada o abusiva. La medicina defensiva es contraria a la ética médica.
- 3.- El tiempo necesario para cada acto médico debe ser fijado por el criterio profesional del médico, teniendo en cuenta las necesidades individuales de cada paciente y la obligación de procurar la mayor eficacia y eficiencia en su trabajo.

Artículo 22

- 1.- El médico debe abstenerse de actuaciones que sobrepasen su capacidad. En tal caso, propondrá al paciente que 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 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. Esta actuación no supone faltar al deber de confraternidad, porque el bien de los pacientes es siempre prioritario.

Artículo 23

- 1.-** El médico debe disponer de libertad de prescripción, respetando la evidencia científica y las indicaciones autorizadas, que le permita actuar con independencia y garantía de calidad.
- 2.-** La colaboración con la industria farmacéutica es necesaria y conveniente en la investigación, el desarrollo y seguridad de los medicamentos. Es contrario a la Deontología Médica solicitar o aceptar contraprestaciones a cambio de prescribir un medicamento o utilizar un producto sanitario.
- 3.-** Los incentivos ligados a la prescripción tendentes a aliviar el gasto sanitario deberán tener presente la mejoría de la eficiencia salvaguardando la calidad asistencial y la libertad de prescripción.
- 4.-** Los médicos con responsabilidades en la dirección y gestión de recursos actuarán siempre guiados por el bien colectivo y la equidad. Tienen un deber deontológico de honradez y ejemplaridad.
- 5.-** El médico no puede aceptar una remuneración fundada en normas de productividad, de rendimiento horario ó cualquier otra disposición que atente objetivamente contra la calidad de su asistencia.
- 6.-** La prescripción es el corolario del acto médico, por lo que el médico se responsabilizará de la receta. Si la receta fuera modificada en alguno de sus contenidos de tal forma que afectara al tratamiento, cesará la responsabilidad deontológica del médico.
- 7.-** Cuando para desarrollar actividades científicas y de formación, se reciba financiación externa de entidades con ánimo de lucro, deberá

explicitarse con claridad y transparencia la naturaleza y alcance del patrocinio. Los médicos organizadores de la actividad garantizarán la independencia de los contenidos y la libertad de los ponentes.

8.- Es obligación del médico que participa en investigaciones o en estudios farmacológicos patrocinados por la industria farmacéutica informar, tanto a los medios científicos como de comunicación en general, sus vinculaciones con la industria, mediante la correspondiente declaración de intereses.

9.- Cuando un médico participa en una investigación científica patrocinada 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 patrocinadora.

10.- El médico que en calidad de experto hace recomendaciones de un producto específico, tanto en medios científicos como en medios de comunicación general, deberá comunicar su vinculación con la industria sanitaria, cuando la hubiere, mediante la correspondiente declaración de intereses.

Artículo 24

Los actos médicos especializados deben quedar reservados a los facultativos que posean el título correspondiente, sin perjuicio de que cualquier titulado en medicina pueda, ocasionalmente, realizarlos. A ningún médico, si posee la destreza y los conocimientos necesarios adecuados al nivel de uso que precise, se le puede impedir que los aplique en beneficio de sus pacientes. En ningún caso se podrá atribuir la condición de médico especialista en esa técnica o materia.

Artículo 25

- 1.- Todo médico, cualquiera que sea su actividad profesional, deberá atender también los aspectos preventivos y educativos. En la promoción de hábitos de vida saludable colaborará con las autoridades sanitarias, los medios de comunicación, las familias y las instituciones educativas.
- 2.- El médico debe ofrecer consejos leales y competentes al paciente para que éste asuma sus responsabilidades en materia de salud, incluyendo la higiene y la promoción de actividades preventivas de valor probado. Le informará del riesgo que ciertos hábitos pueden significar para su salud.
- 3.- La promoción de actividades preventivas sólo es deontológicamente correcta cuando tienen un valor científico probado.
- 4.- Los médicos tienen el deber de fomentar la educación sanitaria de los pacientes siendo ésta un componente importante de la práctica médica de calidad.

Artículo 26

- 1.- El médico debe emplear preferentemente procedimientos y prescribir fármacos cuya eficacia se haya demostrado científicamente.
- 2.- No son éticas las prácticas inspiradas en el charlatanismo, las carentes de base científica y que prometen a los enfermos la curación, 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.
- 3.- El ejercicio clínico de la medicina mediante consultas exclusivamente por carta, teléfono, radio, prensa o internet, es contrario a las normas deontológicas. La actuación correcta implica ineludiblemente el contacto personal y directo entre el médico y el paciente.

4.- Es éticamente aceptable, en caso de una segunda opinión y de revisiones médicas, el uso del correo electrónico u otros medios de comunicación no presencial y de la telemedicina, siempre que sea clara la identificación mutua y se asegure la intimidad.

5.- Los sistemas de orientación de pacientes, mediante consulta telefónica o telemedicina, son acordes a la deontología médica cuando se usan exclusivamente como una ayuda en la toma de decisiones.

6.- Las reglas de confidencialidad, seguridad y secreto se aplicarán a la telemedicina en la forma establecida en este Código.

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

8.- El médico tiene el deber de denunciar al Colegio a quien, no siéndolo, ejerza actividades médicas y al médico que no posea la cualificación adecuada a su práctica habitual. Nunca deberá colaborar ni contratar a profesionales que no posean la debida cualificación.

Capítulo V

SECRETO PROFESIONAL DEL MÉDICO

Artículo 27

- 1.- El secreto médico es uno de los pilares en los que se fundamenta la relación médico-paciente, basada en la mutua confianza, cualquiera que sea la modalidad de su ejercicio profesional.
- 2.- El secreto comporta para el médico la obligación de mantener la reserva y la confidencialidad de todo aquello que el paciente le haya revelado y confiado, lo que haya visto y deducido como consecuencia de su trabajo y tenga relación con la salud y la intimidad del paciente, incluyendo el contenido de la historia clínica.
- 3.- El hecho de ser médico no autoriza a conocer información confidencial de un paciente con el que no se tenga relación profesional.
- 4.- En las instituciones sanitarias informatizadas los médicos directivos velarán por una clara separación entre la documentación clínica y la administrativa.
- 5.- El médico no puede colaborar en ninguna base de datos sanitarios si no está garantizada la preservación de la confidencialidad de la información depositada en la misma.
- 6.- El médico podrá cooperar en estudios epidemiológicos, económicos, de gestión, etc., con la condición expresa de que la información en ellos utilizada no permita identificar ni directa ni indirectamente, a ningún paciente.
- 7.- El médico preservará en su ámbito social, laboral y familiar, la confidencialidad de los pacientes.

Artículo 28

- 1.- 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 la confidencialidad de los pacientes ni la documentación referida a ellos.
- 2.- El médico procurará que en la presentación pública de documentación médica en cualquier formato, no figure ningún dato que facilite la identificación del paciente.
- 3.- Está permitida la presentación de casos médicos que hayan sido fotografiados o filmados para fines docentes o de divulgación científica habiendo obtenido la autorización explícita para ello o conservando el anonimato.
- 4.- Cuando se produzca algún problema de salud en personas de notoriedad pública el médico responsable de su asistencia o el designado específicamente para ello, podrá facilitar información haciendo constar la autorización de la persona afectada o responsable de la misma. Extremará en todo caso la prudencia en su labor informativa.
- 5.- La muerte del paciente no exime al médico del deber de secreto profesional.

Artículo 29

- 1.- El médico debe exigir a sus colaboradores sanitarios y no sanitarios absoluta discreción y observancia escrupulosa del secreto profesional.
- 2.- En el ejercicio de la medicina en equipo, cada médico tiene el deber y responsabilidad de preservar la confidencialidad del total de los datos conocidos del paciente.
- 3.- El médico debe tener una justificación razonable para comunicar a otro médico información confidencial de sus pacientes.

Artículo 30

1.- El secreto profesional debe ser la regla. No obstante, el médico podrá revelar el secreto exclusivamente, ante quien tenga que hacerlo, en sus justos límites, con el asesoramiento del Colegio si lo precisara, en los siguientes casos:

- a. En las enfermedades de declaración obligatoria.
- b. En las certificaciones de nacimiento y defunción.
- c. Si con su silencio diera lugar a un perjuicio al propio paciente o a otras personas, o a un peligro colectivo.
- d. Cuando se vea injustamente perjudicado por mantener el secreto del paciente y éste permita tal situación.
- e. En caso de malos tratos, especialmente a niños, ancianos y discapacitados psíquicos o actos de agresión sexual.
- f. Cuando sea llamado por el Colegio a testificar en materia disciplinaria.
- g. Aunque el paciente lo autorice, el médico procurara siempre mantener el secreto por la importancia que tiene la confianza de la sociedad en la confidencialidad profesional.
- h. Por imperativo legal:
 1. En el parte de lesiones, que todo médico viene obligado a enviar al juez cuando asiste a un lesionado.
 2. Cuando actúe como perito, inspector, médico forense, juez instructor o similar.
 3. Ante el requerimiento en un proceso judicial por presunto delito, que precise de la aportación del historial médico del paciente, el médico dará a conocer al juez que éticamente está obligado a guardar el secreto profesional y procurará aportar exclusivamente los datos necesarios y ajustados al caso concreto.

Artículo 31

1.- Los resultados de los exámenes médicos exigidos por la ley, deben ser explicados a la persona reconocida. Sólo se informará a la empresa o institución pertinente respecto de la aptitud laboral o de las limitaciones o riesgos para la asignación del trabajo.

2.- Los resultados de los exámenes practicados en el marco de la vigilancia de la salud se comunicarán exclusivamente a la persona afectada. No obstante, el médico de un centro de medicina preventiva o de medicina del trabajo debe transmitir cualquier resultado que sea útil para el paciente, con su consentimiento, a su médico responsable.

Capítulo VI

OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

Artículo 32

- 1.- Se entiende por objeción de conciencia la negativa del médico a someterse, por convicciones éticas, morales o religiosas, a una conducta que se le exige, ya sea jurídicamente, por mandato de la autoridad o por una resolución administrativa, de tal forma que realizarla violenta seriamente su conciencia.
- 2.- El reconocimiento de la objeción de conciencia del médico es un presupuesto imprescindible para garantizar la libertad e independencia de su ejercicio profesional. No es admisible una objeción de conciencia colectiva o institucional.

Artículo 33

- 1.- La objeción de conciencia ha de operar siempre con un sentido moral por lo que se deben rechazar, como actos de verdadera objeción, aquellos que obedezcan a criterios de conveniencia u oportunismo.
- 2.- La objeción de conciencia tiene una protección deontológica al amparo del derecho a la libertad de método y prescripción, siendo diferente de la objeción de conciencia.
- 3.- El médico debe comunicar al responsable de garantizar la prestación y, potestativamente, al Colegio de Médicos su condición de objetor de conciencia. El Colegio de Médicos le prestará el asesoramiento y la ayuda necesaria.

Artículo 34

- 1.-** La objeción de conciencia, se refiere al rechazo a ciertas acciones, pero nunca puede significar un rechazo a las personas que demandan esa acción en función de sus características individuales: edad, raza, sexo, hábitos de vida, ideología o religión.
- 2.-** En el caso de una objeción sobrevenida, el médico objetor deberá comunicar al paciente de forma comprensible y razonada su objeción a la prestación que le solicita.
- 3.-** Aunque se abstenga de practicar el acto objetado, el médico objetor está obligado, en caso de urgencia, a atender a esa persona, aunque dicha atención estuviera relacionada con la acción objetada.

Artículo 35

De la objeción de conciencia no se puede derivar ningún tipo de perjuicios o ventajas para el médico que la invoca.

Capítulo VII

ATENCIÓN MÉDICA AL FINAL DE LA VIDA

Artículo 36

1.- El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Cuando ya no lo sea, permanece la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir su bienestar, aún cuando de ello pudiera derivarse un acortamiento de la vida.

2.- El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza de beneficios para el enfermo, inútiles u obstinadas. Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar dicho tratamiento para prolongar su vida. Cuando su estado no le permita tomar decisiones, tendrá en consideración y valorará las indicaciones anteriormente hechas 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.- El médico está obligado a atender las peticiones del paciente reflejadas en el documento de voluntades anticipadas, a no ser que vayan contra la buena práctica médica.

5.- La sedación en la agonía es científica y éticamente correcta sólo cuando existen síntomas refractarios a los recursos terapéuticos disponibles y se dispone del consentimiento del paciente implícito, explícito o delegado.

6.- Aunque el médico que haya tenido la mayor carga asistencial sobre el paciente es el que tiene la mayor responsabilidad ética de cumplimentar el certificado de defunción en todos sus apartados, no es deontológicamente aceptable rehuir el compromiso de certificarla cuando

se produce si se ha presenciado la misma, se conoce al paciente o se tiene a disposición la historia clínica.

Capítulo VIII

RELACIONES DE LOS MÉDICOS ENTRE SÍ Y CON OTROS PROFESIONALES SANITARIOS

Artículo 37

- 1.- La confraternidad entre los médicos es un deber primordial y sobre ella sólo tienen preferencia los derechos del paciente.
- 2.- Los médicos deben tratarse entre sí con la debida deferencia, respeto, lealtad, sea cual fue la relación jerárquica que exista entre ellos. Tienen la obligación de defender al colega que es objeto de ataques o denuncias injustas.
- 3.- Los médicos se abstendrán de criticar despectivamente las actuaciones de sus colegas. Hacerlo en presencia de sus pacientes, de sus familiares o de terceros es una circunstancia agravante.

Artículo 38

- 1.- Los médicos compartirán sus conocimientos científicos en beneficio de los pacientes.
- 2.- Los médicos que comparten la responsabilidad asistencial de un paciente deben proporcionarse la información necesaria de forma clara y comprensible, evitando las siglas y terminología no habitual. Nunca es aceptable una caligrafía ilegible.
- 3.- Las discrepancias entre los médicos no han de propiciar su desprestigio público. Se evitará el daño o el escándalo, no estando nunca justificadas las injurias a un colega. Se evitarán las polémicas públicas; las divergencias se resolverán en el ámbito profesional o colegial.

4.- No supone faltar al deber de confraternidad el que un médico comunique a su Colegio con discreción las infracciones de sus colegas contra las reglas de la ética médica o de la práctica profesional.

Artículo 39

1.- El médico no interferirá en la asistencia que esté prestando otro colega. No se considera interferencia la atención de urgencia o la libre consulta por parte del paciente a otro médico, aunque advertirá al paciente del perjuicio de una asistencia médica múltiple no consensuada.

2.- Cuando el médico considere necesario una segunda opinión, puede proponer al colega que considere más adecuado como consultor o aceptará al que elija el paciente. Si sus opiniones difieren sustancialmente y el paciente o su familia decidieran seguir el dictamen del consultor, el médico que venía tratando al paciente queda liberado de continuar su asistencia.

Artículo 40

1.- El ejercicio de la medicina en equipo no debe dar lugar a excesos de actuaciones médicas.

2.- La responsabilidad deontológica del médico no desaparece ni se diluye por el hecho de trabajar en equipo.

3.- La jerarquía del equipo médico deberá ser respetada, pero nunca podrá constituir un instrumento de dominio o exaltación personal. Quien ostente la dirección de un equipo cuidará que exista un ambiente de exigencia ética y de tolerancia para la diversidad de opiniones profesionales.

Artículo 41

- 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 pacientes.
- 2.- El médico respetará el ámbito de las competencias de sus colaboradores. Procurará que cada miembro del grupo cumpla correctamente sus obligaciones específicas.

Artículo 42

- 1.- Los médicos que ostentan cargos directivos, están obligados a promover el interés común de la profesión médica. Su conducta nunca supondrá favoritismo o abuso de poder.
- 2.- Si un médico tuviera conocimiento de que otro compañero está siendo sometido a acoso moral o a coacciones en su ejercicio profesional, deberá ponerlo en conocimiento del Colegio.

Capítulo IX

RELACIONES CON LA CORPORACIÓN MÉDICA COLEGIAL

Artículo 43

- 1.- El médico, cualquiera que sea su situación profesional o jerárquica, tiene el deber de comparecer al requerimiento que se le haga desde el Colegio.
- 2.- Es obligación del médico colegiado participar en las actividades colegiales y contribuir a las cargas económicas correspondientes.
- 3.- Las instituciones sanitarias facilitarán el proceso de actualización y perfeccionamiento profesional al que está obligado el médico. El Colegio de Médicos velará por ello y colaborará a su realización.

Artículo 44

- 1.- Los directivos de la Organización Médica Colegial (Juntas Directivas de los Colegios, de los Consejos Autonómicos y del Consejo General) están obligados a mantener la unidad deontológica de toda la colegiación y deben ajustar sus decisiones a las normas estatutarias y deontológicas.
- 2.- Los directivos de la Organización Médica Colegial velarán por el derecho a la intimidad y al anonimato del médico incurso en un proceso judicial cuya culpabilidad no esté demostrada.
- 3.- La Organización Médica Colegial defenderá a los colegiados que se vean perjudicados por causa del cumplimiento de este Código.
- 4.- Ante conductas médicas de notoria gravedad que infrinjan las normas de este Código, los Colegios de Médicos deberán actuar de oficio incoando el correspondiente expediente.

5.- Los miembros de las Comisiones de Deontología y los directivos de la Organización Médica Colegial tienen el deber de preservar secreta la información y la documentación relacionada con las cuestiones deontológicas de sus colegiados.

6.- Los directivos de la Organización Médica Colegial tienen el deber de velar por la calidad de la enseñanza de la Medicina, en la que no debe faltar la docencia en Ética y Deontología Médica.

7.- Los directivos de la Organización Médica Colegial tienen el deber de intervenir en la organización sanitaria y sobre todos aquellos aspectos que puedan afectar a la salud de la población.

8.- El médico elegido para órganos institucionales de la Organización Médica Colegial debe cumplir el encargo con diligencia e imparcialidad en interés del colectivo, observar prudencia y reserva en el desarrollo de sus propios cometidos y no defraudar las expectativas de los electores.

9.- No deben utilizarse los cargos colegiales con fines ajenos al interés institucional; es obligatorio dar cuenta de la gestión ante las correspondientes Asambleas Generales.

10.- Los directivos colegiales respetarán las legítimas actuaciones de las Juntas o Asambleas y el ejercicio responsable del derecho a decidir los asuntos por votación. Tendrán en cuenta y serán respetuosos con las opiniones de las minorías colegiales.

Capítulo X

TRABAJO EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

Artículo 45

- 1.- El médico que presta su servicio en el Sistema Nacional de Salud ha de velar y contribuir para que en él se den los requisitos de calidad, suficiencia y cumplimiento de los principios éticos. Secundará las normas que contribuyan a mejorar la asistencia de los enfermos.
- 2.- El médico pondrá en conocimiento de la dirección del centro las deficiencias de todo orden, incluidas las de naturaleza ética, que perjudiquen la correcta asistencia. Si no fuera así, las denunciará ante su Colegio, y en última instancia a las autoridades sanitarias, antes de poder hacerlo a otros medios.
- 3.- Es muy recomendable que el médico se implique en los órganos de gobierno y funcionamiento del centro sanitario para promover, además de la mejora continua en la calidad asistencial, una adecuada defensa de los valores del enfermo y del médico en las instituciones sanitarias.

Artículo 46

- 1.- Para conseguir y mantener la calidad profesional la asistencia debe complementarse con la formación continuada. Además de realizar las tareas asistenciales, el médico debe disponer de tiempo en su jornada laboral para la actualización de conocimientos, así como para la docencia y la investigación.

- 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.- El médico que trabaja por cuenta ajena no deberá tener limitada su independencia, ni comprometida la calidad de su actividad profesional, por la percepción de incentivos.
- 4.- El Colegio no aceptará que otra institución enjuicie desde el punto de vista deontológico conductas de sus colegiados, ni permitirá injerencias externas en esta materia.

Artículo 47

- 1.- 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.
- 2.- Es obligación del director médico de la institución eliminar cualquier obstáculo que impida que la relación médico-paciente sea directa, inmediata y en lugar y tiempo adecuado, preservando la intimidad del paciente y la seguridad del médico.

Capítulo XI

TRASPLANTE DE ÓRGANOS

Artículo 48

El trasplante de órganos es a veces la única alternativa terapéutica. El médico debe fomentar y promover la donación de órganos, preservando el anonimato del donante. No consentirá que se comercie con órganos o tejidos.

Artículo 49

- 1.- Es un deber deontológico verificar el fallecimiento del donante con los métodos y medios exigibles por la ciencia actual.
- 2.- Los médicos encargados de la extracción de órganos o tejidos comprobarán que el donante no expresó su rechazo a la donación.
- 3.- En el caso de donantes vivos se debe poner especial cuidado en:
 - a. Velar para que exista una proporción razonable entre el riesgo para el donante y el beneficio para el receptor.
 - b. Actuar siguiendo un protocolo consensuado con todos los profesionales implicados en el proceso, consultando al comité de ética asistencial del centro y, si procediera, a la Comisión de Deontología del Colegio.
 - c. Asegurar que el proceso de información sea suficientemente claro y detallado, y que no haya mediado coacción, presión emocional, económica o cualquier otro vicio en el consentimiento.

Artículo 50

El trasplante de estructuras faciales sólo se llevará a cabo en caso de problema de salud y funcionalidad grave y no solo por problemas estéticos, siempre como última alternativa terapéutica.

Capítulo XII

REPRODUCCIÓN HUMANA

Artículo 51

- 1.- El ser humano es un fin en sí mismo en todas las fases del ciclo biológico, desde la concepción hasta la muerte. El médico está obligado, en cualquiera de sus actuaciones, a salvaguardar la dignidad e integridad de las personas bajo sus cuidados.
- 2.- Dentro de las obligaciones que el médico tiene en materia de educación y prevención sanitaria, se deben incluir la de crear una conciencia individual y colectiva, sobre las ventajas que se derivan de la procreación responsable y de unas prácticas sexuales seguras en cuanto a la transmisión de enfermedades.
- 3.- El médico es responsable de dar el consejo médico adecuado a una paciente con una enfermedad que desaconseje la gestación. En el caso de que, a pesar del riesgo, desee llevar a cabo una gestación, el médico tiene el deber de prestarle la atención adecuada.
- 4.- Ante el progreso de las nuevas técnicas y de los avances en el conocimiento del genoma humano, el médico ha de tener presente que no todo lo que es técnicamente factible es éticamente aceptable. Su conducta se orientará por criterios éticos.
- 5.- El médico informará a los pacientes con enfermedades de transmisión sexual de la obligación que tienen de comunicarlo a su pareja y les advertirá que en caso de no hacerlo, el médico tiene el deber de revelárselo para proteger su salud.

Artículo 52

En materia de sexualidad no es lícito interferir en la conciencia de las parejas desde la ideología del médico. Debe intervenir aconsejando o recomendando aquellas prácticas o medidas que redunden en un beneficio para los pacientes o para la futura descendencia. Está obligado a informar a sus pacientes, acerca de todas las prestaciones a las que tenga derecho en materia de procreación y embarazo.

Artículo 53

- 1.- No es ética la manipulación genética que no tenga una finalidad terapéutica, así como la manipulación sobre el embrión o feto, que no tenga una clara finalidad diagnóstica o terapéutica y que no redunde en un beneficio para él.
- 2.- El médico no participará ni directa ni indirectamente en ningún proceso de clonación humana. No se podrán crear nuevos embriones con finalidad de experimentación.

Artículo 54

1.- Las pruebas prenatales realizadas con fines preventivos, diagnósticos o terapéuticos, vendrán precedidos de una exhaustiva información a la pareja por un médico especialista en esta materia, incluyendo valor predictivo de la prueba, fiabilidad de la misma, consecuencias de la enfermedad genética para el feto y su futura descendencia.

En el caso de pruebas realizadas intraútero, se informará a la mujer sobre los riesgos de la prueba para la gestante y el feto.

2.- No es éticamente aceptable realizar pruebas genéticas con finalidad eugenésica, de suscripción de pólizas de seguros o susceptibles de generar una discriminación laboral.

3.- El médico informará de manera clara y precisa a la pareja cuando surjan dudas, derivadas de la dificultad de entender un informe técnico, en la toma de decisiones relacionadas con el consejo genético.

Artículo 55

1.- El médico está al servicio de preservar la vida a él confiada, en cualquiera de sus estadios. El que una mujer decida interrumpir voluntariamente su embarazo, no exime al médico del deber de informarle sobre las prestaciones sociales a las que tendría derecho, caso de proseguir el embarazo, y sobre los riesgos somáticos y psíquicos que razonablemente se puedan derivar de su decisión.

2.- El médico, que legítimamente opte por la objeción de conciencia, a la que tiene derecho, no queda eximido de informar a la mujer sobre los derechos que el Estado le otorga en esta materia ni de resolver, por sí mismo o mediante la ayuda de otro médico, los problemas médicos que el aborto o sus consecuencias pudiesen plantear.

3.- El médico debe proporcionar a la mujer gestante información adecuada, fidedigna y completa sobre la evolución del embarazo y el desarrollo fetal. No es conforme a la ética médica negar, ocultar o manipular información para influir en la decisión de la madre sobre la continuidad de su embarazo.

Artículo 56

1.- Las técnicas de reproducción asistida sólo estarán indicadas como métodos para resolver la infertilidad de la pareja una vez agotados los

procedimientos naturales. El médico no debería promover la procreación artificial en mujeres que hayan alcanzado la menopausia natural y en todo caso después de los 55 años.

2.- El médico no debe fecundar más óvulos que aquellos que esté previsto implantar, evitando embriones sobrantes.

Artículo 57

La esterilización permanente, tanto del hombre, como de la mujer, es un acto que pertenece a la esfera íntima y personal de cada uno, en cuya decisión el médico sólo debe intervenir informando y aconsejando lealmente.

Capítulo XIII

PRUEBAS GENÉTICAS

Artículo 58

- 1.- Los análisis de muestras biológicas solo se realizarán para el fin previsto y consentido por el paciente. Si, por necesidad, hubiese que disponer de una muestra biológica obtenida con otro fin para realizar un análisis genético será imprescindible obtener el consentimiento explícito.
- 2.- Si se hubiese obtenido el consentimiento para que la muestra se utilice en trabajos de investigación se tomarán las debidas precauciones para conservar el anonimato de la misma.
- 3.- El médico debe preservar secretos los datos genéticos de los pacientes a los que atiende. Éstos son propiedad del paciente y el médico solo es su custodio.
- 4.- El médico nunca podrá colaborar para que los datos genéticos se utilicen como elemento discriminatorio.
- 5.- Las muestras biológicas de ADN que se utilicen en identificación de personas deben obtenerse de las regiones genómicas que más fiabilidad demuestren.
- 6.- Sólo se deben realizar pruebas de investigación de paternidad y maternidad cuando conste el consentimiento de todas las partes implicadas.
- 7.- El médico ha de tener en cuenta que la información que revela el análisis de ADN no sólo es propiedad del donante de la muestra, sino que es compartida con otros miembros de la familia.

Capítulo XIV

INVESTIGACIÓN MÉDICA SOBRE EL SER HUMANO

Artículo 59

1.- La investigación médica es necesaria para el avance de la medicina, siendo un bien social que debe ser fomentado y alentado. La investigación con seres humanos debe realizarse cuando el avance científico no sea posible por otros medios alternativos de eficacia comparable o en aquellas fases de la investigación en las que sea imprescindible.

2.- El médico investigador debe adoptar todas las precauciones posibles para preservar la integridad física y psíquica de los sujetos de investigación. Debe tener especial cuidado en la protección de los individuos pertenecientes a colectivos vulnerables. El bien del ser humano que participe en una investigación biomédica, debe prevalecer sobre los intereses de la sociedad y de la ciencia.

3.- El respeto por el sujeto de investigación es el principio rector de la misma. Se deberá obtener siempre su consentimiento explícito. La información deberá contener, al menos: la naturaleza y finalidad de la investigación, los objetivos, los métodos, los beneficios previstos, así como los potenciales riesgos e incomodidades que le puede ocasionar su participación. También debe ser informado de su derecho a no participar o a retirarse libremente en cualquier momento de la investigación, sin resultar perjudicado por ello.

4.- El médico investigador tiene el deber de publicar los resultados de su investigación por los cauces normales de divulgación científica, tanto si son favorables como si no lo son. No es ética la manipulación o la ocultación de datos, ya sea para obtener beneficios personales o de grupo, o por motivos ideológicos.

5.- Es contrario a la ética y a la deontología médica la creación de embriones en el laboratorio con la finalidad de dedicarlos a prácticas de investigación, así como las técnicas de transferencia nuclear y clonación.

6.- La conservación de células madre o de sangre del cordón umbilical exige proporcionar, con carácter previo, una información completa sobre las posibilidades presentes y futuras de estas prácticas.

Capítulo XV

TORTURA Y VEJACIÓN DE LA PERSONA

Artículo 60

- 1.- El médico 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.
- 2.- El médico no participará en ninguna actividad que signifique una manipulación de la mente o de la conciencia.

Capítulo XVI

DOPAJE DEPORTIVO

Artículo 61

- 1.- No es aceptable deontológicamente que el médico contribuya de forma fraudulenta a la mejora del rendimiento del deportista.
- 2.- El médico está obligado a informar a los deportistas de los efectos perjudiciales de los diferentes procedimientos de dopaje.
- 3.- El médico que tuviera conocimiento de prácticas de este tipo por parte de un colega no podrá dar nunca por aceptable esa conducta, estando obligado a denunciarla a la autoridad competente y a su Colegio.
- 4.- 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. El médico debe informar acerca de los riesgos eventuales que puede ocasionar una actividad deportiva concreta.

Capítulo XVII

MÉDICOS PERITOS

Artículo 62

- 1.- El médico tiene el deber de acudir a la llamada de los jueces y tribunales; auxiliará a las Administraciones en aquellos asuntos que, siendo de su competencia, redunden en el bien común.
- 2.- La cooperación con la Justicia y la Administración no debe significar menoscabo de los derechos del paciente. El médico perito respetará el secreto profesional con las únicas excepciones detalladas en este mismo Código.
- 3.- El médico que fuese citado como testigo, en virtud de nombramiento judicial, tiene la obligación de comparecer. En el acto testifical se limitará a exponer los hechos que, en virtud de su condición de médico, haya visto u oído y que sean relevantes para la causa. Preservará el secreto médico hasta donde sea posible y sólo revelará aquello que sea estrictamente necesario para la resolución del asunto judicial. En los pleitos civiles no podrá dar información privilegiada obtenida confidencialmente por su condición de médico.
- 4.- El médico no debe aceptar una pericia médica para la que no tiene capacitación profesional o si no está dispuesto a defenderla en el juicio oral. Si fuese obligado a ello estará legitimado para acogerse a la objeción de ciencia.
- 5.- El cargo de perito es incompatible con haber intervenido como médico asistencial de la persona peritada.
- 6.- Si la pericia médica precisara de un reconocimiento médico del peritado expresamente hecho a tal fin, el perito comunicará su identificación personal y profesional, quién le nombra, la misión que le ha

sido encargada, por quién, para qué y que sus manifestaciones pueden ser plasmadas en el informe y hacerse públicas. Si el paciente se negara a ser examinado, el perito se limitará a ponerlo en conocimiento del mandante.

7.- Las normas deontológicas que regulan la exploración de cualquier paciente para preservar su intimidad y pudor serán del máximo rigor, ya que el peritado, por su situación procesal, se encuentra en situación de inferioridad frente al perito.

8.- El médico no debería prestarse a actuar como testigo-perito.

9.- Si en el curso de su actuación el médico perito descubriera algún hecho o circunstancia que conlleve un riesgo importante para la vida o salud del paciente o de terceros deberá comunicarlo en primer lugar al interesado y eventualmente a la autoridad que corresponda.

Capítulo XVIII

DOCENCIA MÉDICA

Artículo 63

- 1.- Los estudiantes de medicina deben conocer y practicar las normas éticas de este Código y deben ser tratados con respeto y dignidad por parte de sus profesores.
- 2.- El médico docente deberá aprovechar cualquier circunstancia en el transcurso de la práctica médica para inculcar a los alumnos los valores éticos y el conocimiento de este Código. Debe ser consciente del valor formativo de su ejemplaridad y de que todo acto médico tiene un componente ético.
- 3.- Los médicos en formación podrán realizar las tareas propias de su periodo formativo siempre que las mismas se hagan bajo supervisión del médico docente.
- 4.- En presencia de pacientes o de personal no médico hay que evitar corregir al docente en lo relativo a la práctica médica.
- 5.- Los responsables de la docencia clínica velarán para que los procesos de enseñanza y aprendizaje se desarrollen minimizando las molestias que pudieran suponer para los pacientes.

Capítulo XIX

PUBLICACIONES PROFESIONALES

Artículo 64

1.- El médico tiene el deber de comunicar en primer lugar a los medios profesionales los descubrimientos que haya realizado o las conclusiones derivadas de sus estudios científicos, cualesquiera que sean sus resultados.

2.- El médico no podrá emplear en las publicaciones científicas escritas, orales o visuales, ningún dato que permita la identificación del paciente. Cuando no pueda obviar esta posibilidad de identificación, el médico deberá disponer del consentimiento explícito del interesado o de su representante legal.

3.- Son contrarias a la Deontología las siguientes actuaciones:

- a. Dar a conocer de modo prematuro o sensacionalista procedimientos de eficacia todavía no demostrada o exagerar ésta.
- b. Falsificar o inventar datos.
- c. Plagiar lo publicado por otros autores.
- d. Dejarse incluir como autor sin haber contribuido sustancialmente al diseño y realización del trabajo.
- e. No mencionar todas las fuentes de financiación del trabajo que motiva la publicación.
- f. Realizar publicaciones repetitivas.
- g. Hacer publicidad engañosa encubierta o promoción de un producto sin suficiente soporte científico o con información insuficiente del mismo.

Capítulo XX

PUBLICIDAD MÉDICA

Artículo 65

- 1.- La profesión médica tiene derecho a utilizar la publicidad. El anuncio publicitario debe perseguir el equilibrio entre dar a conocer los servicios que un médico está capacitado para prestar y la información que debe tener un paciente o usuario para elegir sus necesidades asistenciales con garantías para su persona y su salud.
- 2.- La publicidad está reservada a los espacios y medios específicamente dedicados a este fin. El ciudadano debe percibir con claridad que se trata de un mensaje publicitario. Debe quedar claramente diferenciado el mensaje publicitario de la comunicación del avance científico.
- 3.- La publicidad médica ha de ser objetiva, prudente y veraz, de modo que no levante falsas esperanzas o propague conceptos infundados. El médico podrá comunicar a la prensa y a otros medios de difusión no dirigidos a médicos, información sobre sus actividades profesionales.
- 4.- No es ético que el médico se preste a que sus servicios se ofrezcan como premio de concursos o promoción de negocios de cualquier índole.
- 5.- El médico no utilizará la publicidad para fomentar esperanzas engañosas de curación ni para promover falsas necesidades relacionadas con la salud.
- 6.- El médico no utilizará mensajes publicitarios que menosprecien la dignidad de la profesión médica.
- 7.- Cuando el médico ofrezca sus servicios a través de anuncios, éstos tendrán un carácter informativo, recogiendo sus datos de identidad y la especialidad en la que esté inscrito en el Colegio.

Capítulo XXI

ECONOMÍA Y HONORARIOS

Artículo 66

- 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 del servicio que presta y la propia competencia 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.- Siguiendo la noble tradición hipocrática, es manifestación de buen compañerismo la cortesía profesional de eximir del pago de honorarios al colega y familiares de primer grado que de él dependan.
- 5.- Atenta contra la deontología 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 no sean dignos o acordes a su cualificación.
- 6.- El médico no percibirá comisión alguna por sus prescripciones ni por los materiales empleados en la atención de los pacientes ni podrá exigir o aceptar retribuciones de intermediarios.
- 7.- Queda prohibida la venta directa a pacientes de fármacos o cualquier otro producto con finalidad terapéutica.
- 8.- Las reclamaciones y litigios podrán someterse a la mediación de los Colegios.

DISPOSICIÓN ADICIONAL

1.- Queda sin efecto el texto del Código de Ética y Deontología Médica de 1.999 y cuantas Declaraciones se opongan al presente Código.

DISPOSICIONES FINALES

- 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.
- 2.- El médico que actuara amparado por las Leyes del Estado no podrá ser sancionado deontológicamente.
- 3.- La Comisión Central de Deontología tendrá como uno de sus deberes primordiales el emprender las iniciativas precisas para la actualización de este Código.
- 4.- El hecho de que una conducta médica haya sido declarada exenta de responsabilidad en los tribunales no impedirá que, a posteriori, pueda ser enjuiciada por la jurisdicción deontológica competente.
- 5.- Existe una versión electrónica del Código de Deontología en el que se referencian las Declaraciones de la Comisión Central de Deontología relacionadas con algunos artículos (www.cgcom.org).

22188 *LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.*

JUAN CARLOS I

REY DE ESPAÑA

A todos los que la presente vieren y entendieren.
Sabed: Que las Cortes Generales han aprobado y Yo vengo en sancionar la siguiente Ley.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La importancia que tienen los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales se pone de manifiesto al constatar el interés que han demostrado por los mismos casi todas las organizaciones internacionales con competencia en la materia. Ya desde el fin de la Segunda Guerra Mundial, organizaciones como Naciones Unidas, UNESCO o la Organización Mundial de la Salud, o, más recientemente, la Unión Europea o el Consejo de Europa, entre muchas otras, han impulsado declaraciones o, en algún caso, han promulgado normas jurídicas sobre aspectos genéricos o específicos relacionados con esta cuestión. En este sentido, es necesario mencionar la trascendencia de la Declaración universal de derechos humanos, del año 1948, que ha sido el punto de referencia obligado para todos los textos constitucionales promulgados posteriormente o, en el ámbito más estrictamente sanitario, la Declaración sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa, promovida el año 1994 por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, aparte de múltiples declaraciones internacionales de mayor o menor alcance e influencia que se han referido a dichas cuestiones.

Ultimamente, cabe subrayar la relevancia especial del Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio sobre los derechos del hombre y la biomedicina), suscrito el día 4 de abril de 1997, el cual ha entrado en vigor en el Reino de España el 1 de enero de 2000. Dicho Convenio es una iniciativa capital: en efecto, a diferencia de las distintas declaraciones internacionales que lo han precedido, es el primer instrumento internacional con carácter jurídico vinculante para los países que lo suscriben. Su especial valía reside en el hecho de que establece un marco común para la protección de los derechos humanos y la dignidad humana en la aplicación de la biología y la medicina. El Convenio trata explícitamente, con detenimiento y extensión, sobre la necesidad de reconocer los derechos de los pacientes, entre los cuales resaltan el derecho a la información, el consentimiento informado y la intimidad de la información relativa a la salud de las personas, persiguiendo el alcance de una armonización de las legislaciones de los diversos países en estas materias; en este sentido, es absolutamente conveniente tener en cuenta el Convenio en el momento de abordar el reto de regular cuestiones tan importantes.

Es preciso decir, sin embargo, que la regulación del derecho a la protección de la salud, recogido por el artículo 43 de la Constitución de 1978, desde el punto de vista de las cuestiones más estrechamente vinculadas a la condición de sujetos de derechos de las personas usuarias de los servicios sanitarios, es decir, la plasmación de los derechos relativos a la información clínica y la autonomía individual de los pacientes en lo relativo a su salud, ha sido objeto de una regulación básica en

el ámbito del Estado, a través de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

De otra parte, esta Ley, a pesar de que fija básicamente su atención en el establecimiento y ordenación del sistema sanitario desde un punto de vista organizativo, dedica a esta cuestión diversas previsiones, entre las que destaca la voluntad de humanización de los servicios sanitarios. Así mantiene el máximo respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual, de un lado, y, del otro, declara que la organización sanitaria debe permitir garantizar la salud como derecho inalienable de la población mediante la estructura del Sistema Nacional de Salud, que debe asegurarse en condiciones de escrupuloso respeto a la intimidad personal y a la libertad individual del usuario, garantizando la confidencialidad de la información relacionada con los servicios sanitarios que se prestan y sin ningún tipo de discriminación.

A partir de dichas premisas, la presente Ley completa las previsiones que la Ley General de Sanidad enunció como principios generales. En este sentido, refuerza y da un trato especial al derecho a la autonomía del paciente. En particular, merece mención especial la regulación sobre instrucciones previas que contempla, de acuerdo con el criterio establecido en el Convenio de Oviedo, los deseos del paciente expresados con anterioridad dentro del ámbito del consentimiento informado. Asimismo, la Ley trata con profundidad todo lo referente a la documentación clínica generada en los centros asistenciales, subrayando especialmente la consideración y la concreción de los derechos de los usuarios en este aspecto.

En septiembre de 1997, en desarrollo de un convenio de colaboración entre el Consejo General del Poder Judicial y el Ministerio de Sanidad y Consumo, tuvo lugar un seminario conjunto sobre información y documentación clínica, en el que se debatieron los principales aspectos normativos y judiciales en la materia. Al mismo tiempo, se constituyó un grupo de expertos a quienes se encargó la elaboración de unas directrices para el desarrollo futuro de este tema. Este grupo suscribió un dictamen el 26 de noviembre de 1997, que ha sido tenido en cuenta en la elaboración de los principios fundamentales de esta Ley.

La atención que a estas materias otorgó en su día la Ley General de Sanidad supuso un notable avance como reflejan, entre otros, sus artículos 9, 10 y 61. Sin embargo, el derecho a la información, como derecho del ciudadano cuando demanda la atención sanitaria, ha sido objeto en los últimos años de diversas matizaciones y ampliaciones por Leyes y disposiciones de distinto tipo y rango, que ponen de manifiesto la necesidad de una reforma y actualización de la normativa contenida en la Ley General de Sanidad. Así, la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, califica a los datos relativos a la salud de los ciudadanos como datos especialmente protegidos, estableciendo un régimen singularmente riguroso para su obtención, custodia y eventual cesión. Esta defensa de la confidencialidad había sido ya defendida por la Directiva comunitaria 95/46, de 24 de octubre, en la que, además de reafirmarse la defensa de los derechos y libertades de los ciudadanos europeos, en especial de su intimidad relativa a la información relacionada con su salud, se apunta la presencia de otros intereses generales como los estudios epidemiológicos, las situaciones de riesgo grave para la salud de la colectividad, la investigación y los ensayos clínicos que, cuando estén incluidos en normas de rango de Ley, pueden justificar una excepción motivada a los derechos del paciente. Se manifiesta así una concepción comunitaria del derecho a la salud, en la que, junto al interés singular de cada individuo, como destinatario por excelencia de la información relativa a la salud, aparecen también otros

agentes y bienes jurídicos referidos a la salud pública, que deben ser considerados, con la relevancia necesaria, en una sociedad democrática avanzada. En esta línea, el Consejo de Europa, en su Recomendación de 13 de febrero de 1997, relativa a la protección de los datos médicos, después de afirmar que deben recogerse y procesarse con el consentimiento del afectado, indica que la información puede restringirse si así lo dispone una Ley y constituye una medida necesaria por razones de interés general.

Todas estas circunstancias aconsejan una adaptación de la Ley General de Sanidad con el objetivo de aclarar la situación jurídica y los derechos y obligaciones de los profesionales sanitarios, de los ciudadanos y de las instituciones sanitarias. Se trata de ofrecer en el terreno de la información y la documentación clínicas las mismas garantías a todos los ciudadanos del Estado, fortaleciendo con ello el derecho a la protección de la salud que reconoce la Constitución.

CAPÍTULO I

Principios generales

Artículo 1. *Ámbito de aplicación.*

La presente Ley tiene por objeto la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica.

Artículo 2. *Principios básicos.*

1. La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.

2. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.

3. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.

4. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.

5. Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria.

6. Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.

7. La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida.

Artículo 3. *Las definiciones legales.*

A efectos de esta Ley se entiende por:

Centro sanitario: el conjunto organizado de profesionales, instalaciones y medios técnicos que realiza acti-

vidades y presta servicios para cuidar la salud de los pacientes y usuarios.

Certificado médico: la declaración escrita de un médico que da fe del estado de salud de una persona en un determinado momento.

Consentimiento informado: la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

Documentación clínica: el soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial.

Historia clínica: el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.

Información clínica: todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla.

Informe de alta médica: el documento emitido por el médico responsable en un centro sanitario al finalizar cada proceso asistencial de un paciente, que especifica los datos de éste, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas.

Intervención en el ámbito de la sanidad: toda actuación realizada con fines preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores o de investigación.

Libre elección: la facultad del paciente o usuario de optar, libre y voluntariamente, entre dos o más alternativas asistenciales, entre varios facultativos o entre centros asistenciales, en los términos y condiciones que establezcan los servicios de salud competentes, en cada caso.

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

Paciente: la persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud.

Servicio sanitario: la unidad asistencial con organización propia, dotada de los recursos técnicos y del personal cualificado para llevar a cabo actividades sanitarias.

Usuario: la persona que utiliza los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de información sanitaria.

CAPÍTULO II

El derecho de información sanitaria

Artículo 4. *Derecho a la información asistencial.*

1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.

2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará

al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

3. El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.

Artículo 5. Titular del derecho a la información asistencial.

1. El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.

2. El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.

3. Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

4. El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave. Llegado este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.

Artículo 6. Derecho a la información epidemiológica.

Los ciudadanos tienen derecho a conocer los problemas sanitarios de la colectividad cuando impliquen un riesgo para la salud pública o para su salud individual, y el derecho a que esta información se difunda en términos verdaderos, comprensibles y adecuados para la protección de la salud, de acuerdo con lo establecido por la Ley.

CAPÍTULO III

Derecho a la intimidad

Artículo 7. El derecho a la intimidad.

1. Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley.

2. Los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior, y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes.

CAPÍTULO IV

El respeto de la autonomía del paciente

Artículo 8. Consentimiento informado.

1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información pre-

vista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso.

2. El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

3. El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos.

4. Todo paciente o usuario tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud.

5. El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

Artículo 9. Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación.

1. La renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso. Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención.

2. Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:

a) Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.

b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

3. Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:

a) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

b) Cuando el paciente esté incapacitado legalmente.

c) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.

4. La interrupción voluntaria del embarazo, la práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación.

5. La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

Artículo 10. *Condiciones de la información y consentimiento por escrito.*

1. El facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente:

- a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.
- b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.
- c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
- d) Las contraindicaciones.

2. El médico responsable deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente.

Artículo 11. *Instrucciones previas.*

1. Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas.

2. Cada servicio de salud regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, que deberán constar siempre por escrito.

3. No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la «lex artis», ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas. En la historia clínica del paciente quedará constancia razonada de las anotaciones relacionadas con estas previsiones.

4. Las instrucciones previas podrán revocarse libremente en cualquier momento dejando constancia por escrito.

5. Con el fin de asegurar la eficacia en todo el territorio nacional de las instrucciones previas manifestadas por los pacientes y formalizadas de acuerdo con lo dispuesto en la legislación de las respectivas Comunidades Autónomas, se creará en el Ministerio de Sanidad y Consumo el Registro nacional de instrucciones previas que se regirá por las normas que reglamentariamente se determinen, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 12. *Información en el Sistema Nacional de Salud.*

1. Además de los derechos reconocidos en los artículos anteriores, los pacientes y los usuarios del Sistema

Nacional de Salud tendrán derecho a recibir información sobre los servicios y unidades asistenciales disponibles, su calidad y los requisitos de acceso a ellos.

2. Los servicios de salud dispondrán en los centros y servicios sanitarios de una guía o carta de los servicios en la que se especifiquen los derechos y obligaciones de los usuarios, las prestaciones disponibles, las características asistenciales del centro o del servicio, y sus dotaciones de personal, instalaciones y medios técnicos. Se facilitará a todos los usuarios información sobre las guías de participación y sobre sugerencias y reclamaciones.

3. Cada servicio de salud regulará los procedimientos y los sistemas para garantizar el efectivo cumplimiento de las previsiones de este artículo.

Artículo 13. *Derecho a la información para la elección de médico y de centro.*

Los usuarios y pacientes del Sistema Nacional de Salud, tanto en la atención primaria como en la especializada, tendrán derecho a la información previa correspondiente para elegir médico, e igualmente centro, con arreglo a los términos y condiciones que establezcan los servicios de salud competentes.

CAPÍTULO V

La historia clínica

Artículo 14. *Definición y archivo de la historia clínica.*

1. La historia clínica comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro.

2. Cada centro archivará las historias clínicas de sus pacientes, cualquiera que sea el soporte papel, audiovisual, informático o de otro tipo en el que consten, de manera que queden garantizadas su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información.

3. Las Administraciones sanitarias establecerán los mecanismos que garanticen la autenticidad del contenido de la historia clínica y de los cambios operados en ella, así como la posibilidad de su reproducción futura.

4. Las Comunidades Autónomas aprobarán las disposiciones necesarias para que los centros sanitarios puedan adoptar las medidas técnicas y organizativas adecuadas para archivar y proteger las historias clínicas y evitar su destrucción o su pérdida accidental.

Artículo 15. *Contenido de la historia clínica de cada paciente.*

1. La historia clínica incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Todo paciente o usuario tiene derecho a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de salud tanto en el ámbito de atención primaria como de atención especializada.

2. La historia clínica tendrá como fin principal facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud. El contenido mínimo de la historia clínica será el siguiente:

- a) La documentación relativa a la hoja clínico-estadística.
- b) La autorización de ingreso.
- c) El informe de urgencia.
- d) La anamnesis y la exploración física.
- e) La evolución.
- f) Las órdenes médicas.
- g) La hoja de interconsulta.
- h) Los informes de exploraciones complementarias.
- i) El consentimiento informado.
- j) El informe de anestesia.
- k) El informe de quirófano o de registro del parto.
- l) El informe de anatomía patológica.
- m) La evolución y planificación de cuidados de enfermería.
- n) La aplicación terapéutica de enfermería.
- ñ) El gráfico de constantes.
- o) El informe clínico de alta.

Los párrafos b), c), i), j), k), l), ñ) y o) sólo serán exigibles en la cumplimentación de la historia clínica cuando se trate de procesos de hospitalización o así se disponga.

3. La cumplimentación de la historia clínica, en los aspectos relacionados con la asistencia directa al paciente, será responsabilidad de los profesionales que intervengan en ella.

4. La historia clínica se llevará con criterios de unidad y de integración, en cada institución asistencial como mínimo, para facilitar el mejor y más oportuno conocimiento por los facultativos de los datos de un determinado paciente en cada proceso asistencial.

Artículo 16. *Usos de la historia clínica.*

1. La historia clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente. Los profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a la historia clínica de éste como instrumento fundamental para su adecuada asistencia.

2. Cada centro establecerá los métodos que posibiliten en todo momento el acceso a la historia clínica de cada paciente por los profesionales que le asisten.

3. El acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia, se rige por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y en la Ley 14/1986, General de Sanidad, y demás normas de aplicación en cada caso. El acceso a la historia clínica con estos fines obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que como regla general quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos. Se exceptúan los supuestos de investigación de la autoridad judicial en los que se considere imprescindible la unificación de los datos identificativos con los clínico-asistenciales, en los cuales se estará a lo que dispongan los jueces y tribunales en el proceso correspondiente. El acceso a los datos y documentos de la historia clínica queda limitado estrictamente a los fines específicos de cada caso.

4. El personal de administración y gestión de los centros sanitarios sólo puede acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones.

5. El personal sanitario debidamente acreditado que ejerza funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación, tiene acceso a las historias clínicas en el cumplimiento de sus funciones de comprobación de la calidad de la asistencia, el respeto de los derechos del paciente o cualquier otra obligación del centro en

relación con los pacientes y usuarios o la propia Administración sanitaria.

6. El personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto.

7. Las Comunidades Autónomas regularán el procedimiento para que quede constancia del acceso a la historia clínica y de su uso.

Artículo 17. *La conservación de la documentación clínica.*

1. Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.

2. La documentación clínica también se conservará a efectos judiciales de conformidad con la legislación vigente. Se conservará, asimismo, cuando existan razones epidemiológicas, de investigación o de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Su tratamiento se hará de forma que se evite en lo posible la identificación de las personas afectadas.

3. Los profesionales sanitarios tienen el deber de cooperar en la creación y el mantenimiento de una documentación clínica ordenada y secuencial del proceso asistencial de los pacientes.

4. La gestión de la historia clínica por los centros con pacientes hospitalizados, o por los que atiendan a un número suficiente de pacientes bajo cualquier otra modalidad asistencial, según el criterio de los servicios de salud, se realizará a través de la unidad de admisión y documentación clínica, encargada de integrar en un solo archivo las historias clínicas. La custodia de dichas historias clínicas estará bajo la responsabilidad de la dirección del centro sanitario.

5. Los profesionales sanitarios que desarrollen su actividad de manera individual son responsables de la gestión y de la custodia de la documentación asistencial que generen.

6. Son de aplicación a la documentación clínica las medidas técnicas de seguridad establecidas por la legislación reguladora de la conservación de los ficheros que contienen datos de carácter personal y, en general, por la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Artículo 18. *Derechos de acceso a la historia clínica.*

1. El paciente tiene el derecho de acceso, con las reservas señaladas en el apartado 3 de este artículo, a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella. Los centros sanitarios regularán el procedimiento que garantice la observancia de estos derechos.

2. El derecho de acceso del paciente a la historia clínica puede ejercerse también por representación debidamente acreditada.

3. El derecho al acceso del paciente a la documentación de la historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente, ni en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas.

4. Los centros sanitarios y los facultativos de ejercicio individual sólo facilitarán el acceso a la historia

clínica de los pacientes fallecidos a las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite. En cualquier caso el acceso de un tercero a la historia clínica motivado por un riesgo para su salud se limitará a los datos pertinentes. No se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido ni a las anotaciones subjetivas de los profesionales, ni que perjudique a terceros.

Artículo 19. *Derechos relacionados con la custodia de la historia clínica.*

El paciente tiene derecho a que los centros sanitarios establezcan un mecanismo de custodia activa y diligente de las historias clínicas. Dicha custodia permitirá la recogida, la integración, la recuperación y la comunicación de la información sometida al principio de confidencialidad con arreglo a lo establecido por el artículo 16 de la presente Ley.

CAPÍTULO VI

Informe de alta y otra documentación clínica

Artículo 20. *Informe de alta.*

Todo paciente, familiar o persona vinculada a él, en su caso, tendrá el derecho a recibir del centro o servicio sanitario, una vez finalizado el proceso asistencial, un informe de alta con los contenidos mínimos que determina el artículo 3. Las características, requisitos y condiciones de los informes de alta se determinarán reglamentariamente por las Administraciones sanitarias autonómicas.

Artículo 21. *El alta del paciente.*

1. En caso de no aceptar el tratamiento prescrito, se propondrá al paciente o usuario la firma del alta voluntaria. Si no la firmara, la dirección del centro sanitario, a propuesta del médico responsable, podrá disponer el alta forzosa en las condiciones reguladas por la Ley. El hecho de no aceptar el tratamiento prescrito no dará lugar al alta forzosa cuando existan tratamientos alternativos, aunque tengan carácter paliativo, siempre que los preste el centro sanitario y el paciente acepte recibirlos. Estas circunstancias quedarán debidamente documentadas.

2. En el caso de que el paciente no acepte el alta, la dirección del centro, previa comprobación del informe clínico correspondiente, oirá al paciente y, si persiste en su negativa, lo pondrá en conocimiento del juez para que confirme o revoque la decisión.

Artículo 22. *Emisión de certificados médicos.*

Todo paciente o usuario tiene derecho a que se le faciliten los certificados acreditativos de su estado de salud. Estos serán gratuitos cuando así lo establezca una disposición legal o reglamentaria.

Artículo 23. *Obligaciones profesionales de información técnica, estadística y administrativa.*

Los profesionales sanitarios, además de las obligaciones señaladas en materia de información clínica, tienen el deber de cumplimentar los protocolos, registros, informes, estadísticas y demás documentación asistencial o administrativa, que guarden relación con los procesos clínicos en los que intervienen, y los que requieran

los centros o servicios de salud competentes y las autoridades sanitarias, comprendidos los relacionados con la investigación médica y la información epidemiológica.

Disposición adicional primera. *Carácter de legislación básica.*

Esta Ley tiene la condición de básica, de conformidad con lo establecido en el artículo 149.1.1.^a y 16.^a de la Constitución.

El Estado y las Comunidades Autónomas adoptarán, en el ámbito de sus respectivas competencias, las medidas necesarias para la efectividad de esta Ley.

Disposición adicional segunda. *Aplicación supletoria.*

Las normas de esta Ley relativas a la información asistencial, la información para el ejercicio de la libertad de elección de médico y de centro, el consentimiento informado del paciente y la documentación clínica, serán de aplicación supletoria en los proyectos de investigación médica, en los procesos de extracción y trasplante de órganos, en los de aplicación de técnicas de reproducción humana asistida y en los que carezcan de regulación especial.

Disposición adicional tercera. *Coordinación de las historias clínicas.*

El Ministerio de Sanidad y Consumo, en coordinación y con la colaboración de las Comunidades Autónomas competentes en la materia, promoverá, con la participación de todos los interesados, la implantación de un sistema de compatibilidad que, atendida la evolución y disponibilidad de los recursos técnicos, y la diversidad de sistemas y tipos de historias clínicas, posibilite su uso por los centros asistenciales de España que atiendan a un mismo paciente, en evitación de que los atendidos en diversos centros se sometan a exploraciones y procedimientos de innecesaria repetición.

Disposición adicional cuarta. *Necesidades asociadas a la discapacidad.*

El Estado y las Comunidades Autónomas, dentro del ámbito de sus respectivas competencias, dictarán las disposiciones precisas para garantizar a los pacientes o usuarios con necesidades especiales, asociadas a la discapacidad, los derechos en materia de autonomía, información y documentación clínica regulados en esta Ley.

Disposición adicional quinta. *Información y documentación sobre medicamentos y productos sanitarios.*

La información, la documentación y la publicidad relativas a los medicamentos y productos sanitarios, así como el régimen de las recetas y de las órdenes de prescripción correspondientes, se regularán por su normativa específica, sin perjuicio de la aplicación de las reglas establecidas en esta Ley en cuanto a la prescripción y uso de medicamentos o productos sanitarios durante los procesos asistenciales.

Disposición adicional sexta. *Régimen sancionador.*

Las infracciones de lo dispuesto por la presente Ley quedan sometidas al régimen sancionador previsto en el capítulo VI del Título I de la Ley 14/1986, General de Sanidad, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal y de la responsabilidad profesional o estatutaria procedentes en derecho.

Disposición transitoria única. Informe de alta.

El informe de alta se regirá por lo dispuesto en la Orden del Ministerio de Sanidad, de 6 de septiembre de 1984, mientras no se desarrolle legalmente lo dispuesto en el artículo 20 de esta Ley.

Disposición derogatoria única. Derogación general y de preceptos concretos.

Quedan derogadas las disposiciones de igual o inferior rango que se opongan a lo dispuesto en la presente Ley y, concretamente, los apartados 5, 6, 8, 9 y 11 del artículo 10, el apartado 4 del artículo 11 y el artículo 61 de la Ley 14/1986, General de Sanidad.

Disposición final única. Entrada en vigor.

La presente Ley entrará en vigor en el plazo de seis meses a partir del día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Por tanto,
Mando a todos los españoles, particulares y autoridades, que guarden y hagan guardar esta Ley.

Madrid, 14 de noviembre de 2002.

JUAN CARLOS R.

El Presidente del Gobierno,
JOSÉ MARÍA AZNAR LÓPEZ

22189 LEY 42/2002, de 14 de noviembre, de creación del Colegio de Prácticos de Puerto.

JUAN CARLOS I

REY DE ESPAÑA

A todos los que la presente vieren y entendieren.
Sabed: Que las Cortes Generales han aprobado y Yo vengo en sancionar la siguiente Ley.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La promulgación de la Ley 27/1992, de 24 de noviembre, de Puertos del Estado y de la Marina Mercante, ha supuesto un cambio radical en lo referente a la estructura del practicaaje, configurándolo como un servicio portuario cuya titularidad corresponde a las autoridades portuarias, al tiempo que se residencian en la Administración marítima competencias sobre su regulación por razones de seguridad marítima.

Los prácticos de puerto constituyen en la actualidad un conjunto de profesionales con suficientes señas de identidad propias e intereses comunes cuyas legítimas aspiraciones de agrupamiento corporativo merecen ser atendidas por medio del correspondiente cauce legal. En este sentido, la Federación de Prácticos de Puerto de España ha solicitado la creación de un Colegio Oficial Nacional de Prácticos de Puerto adscrito al Ministerio de Fomento.

Por otra parte, no faltan razones de interés público que justifiquen la creación del Colegio Oficial de Prácticos de Puerto, ya que puede coadyuvar muy eficazmente a la mejor prestación del servicio de practicaaje y servir como órgano cualificado para participar en los

procedimientos de elaboración de normas susceptibles de afectar a dicho servicio con carácter general.

En consecuencia, parece pertinente la creación de un Colegio Oficial de ámbito nacional que, sin perjuicio de las competencias que en esta materia tienen constitucionalmente reconocidas las Comunidades Autónomas, atienda los fines anteriormente referidos y venga a llenar un vacío largamente sentido en el ejercicio de la profesión.

Artículo 1.

Se crea el Colegio Oficial Nacional de Prácticos de Puerto, que tendrá personalidad jurídica y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines con sujeción a la Ley.

Artículo 2.

1. El Colegio Oficial Nacional de Prácticos de Puerto agrupará a todos los profesionales con nombramiento de práctico expedido por las autoridades competentes. Asimismo, integrará a aquellos prácticos que estén en posesión del título de Práctico de Número de Puerto y Práctico de Puerto de España y a todos los prácticos de atraques otorgados en concesión.

2. Para ejercer legalmente la profesión, será requisito indispensable estar incorporado al Colegio y cumplir los requisitos legales y estatutarios exigidos por la Ley de Colegios Profesionales y demás normativa que, como prácticos profesionales, les fuere de aplicación.

Artículo 3.

El Colegio Oficial Nacional de Prácticos de Puerto se relacionará con la Administración General del Estado a través del Ministerio de Fomento y, en lo sucesivo, con aquel que tenga atribuidas las competencias en la materia.

Dicho Ministerio ostentará la capacidad de convocar al Colegio Profesional para participar en los Consejos u organismos consultivos de la Administración que considere oportunos.

Disposición transitoria primera.

El Ministro de Fomento, a propuesta de la Federación de Prácticos de Puerto de España, aprobará los Estatutos provisionales del Colegio, que regularán, conforme a la Ley, los requisitos para la adquisición de la condición de colegiado que permita participar en las elecciones de los órganos de gobierno, el procedimiento y plazo de convocatoria de las mencionadas elecciones, así como la constitución de los órganos de gobierno.

Disposición transitoria segunda.

Constituidos los órganos de gobierno colegiales, según lo establecido en la disposición precedente, aquellos remitirán al Ministerio de Fomento, en el plazo de seis meses, los Estatutos a que se refiere la legislación vigente sobre Colegios Profesionales. El citado Ministerio someterá a la aprobación del Gobierno los mencionados Estatutos. La citada aprobación dejará sin efecto dichos Estatutos provisionales.

Disposición final primera.

Se faculta al Ministro de Fomento para dictar las disposiciones necesarias para la ejecución de la presente Ley.

Can We Mandate Compassion?

BY RON PATERSON

Coriolanus, the legendary fifth-century BC general who turned against his native city for banishing him, is painted by Shakespeare as the paragon Stoic warrior. Physically strong and detached, at home in the battlefield, he is the military man par excellence. Fearless, he sheds few tears. But the turning point in Shakespeare's play comes when Coriolanus remembers how to weep. He admits that "It is no small thing to make mine eyes sweat compassion."

The absence of compassion in health care is increasingly remarked upon. In 2009, it led to a campaign to broaden New Zealand's Code of Patients' Rights to include the legal right "to have services provided with compassion, including a prompt and humane response to suffering." As health and disability commissioner in New Zealand for the past decade, I was in the midst of the country's debate over this change. In this essay, I discuss the nature of compassion, its place as a virtue in medicine, and the implications of the proposed law change.

What Is Compassion?

Compassion has several shades of meaning, and it plays a central role in many faiths, including Buddhism and Christianity. In the Christian faith, the stir-

ring of compassion prompts a virtuous response: "But whoso hath this world's good, and seeth his brother have need, and shutteth up his bowels of compassion from him, how dwelleth the love of God in him?"¹ Modern philosophers offer a different slant on the idea. Martha Nussbaum draws on the Stoics in her account of compassion in her major treatise, *Upheavals of Thought*. She defines it as "the painful emotion caused by the awareness of another person's undeserved misfortune." It has three cognitive elements: that the harm suffered is serious, the misfortune is not the person's fault, and the object of compassion is worthy of the concern of the bystander.²

Few would quarrel with the notion that health practitioners and institutions should respond promptly and humanely to distress, pain, and suffering (subject to some sort of reasonable limits). Note that this is not the same as a right to have suffering relieved, something that may be unattainable. The focus is simply on the swiftness and humanity of the response. But is this the same as requiring services to be provided "with compassion"—with fellow-feeling for the patient? Can compassion be proven? And can it sensibly be legally mandated?

Proponents of the proposed law change argued that a lack of compassion will usually be obvious because an ordinary person would judge that the consumer has suffered unnecessarily. Yet asking a health ombudsman to decide whether a consumer has suffered unnecessarily strikes me as a potentially vexed exercise. It would entail asking: How much did this person suffer? How much of their suffering could have been alleviated? What steps should the practitioner have taken out of compassion to relieve the suffering? These are deep waters.

Compassion has long been identified as an essential virtue in Eastern and Western medicine. The seventh-century Chinese physician Sun Simiao describes the ideal physician as one who develops "a heart of great mercy and compassion." The twelfth-century Jewish philosopher and physician Maimonides also identified the need for fellow-feeling in the medical practitioner. He prayed, "May I never forget that the patient is a fellow creature in pain. May I never consider him merely a vessel of disease."

Ron Paterson, "Can We Mandate Compassion?" *Hastings Center Report* 41, no. 2 (2011): 20-23.

What of codes of medical ethics? There is no mention of compassion in the Hippocratic Oath, which dates from the fourth century BC. But it does appear in several contemporary codes of ethics. The American Medical Association Code of Medical Ethics (2001) states, as its first principle, “A physician shall be dedicated to providing competent medical care, with compassion and respect for human dignity and rights.”³ In New Zealand, compassion appears as a principle in the Medical Association’s 2008 Code of Ethics: “Practise the science and art of medicine to the best of your ability with moral integrity, compassion and respect for human dignity.”⁴ The Australian Medical Association 2006 Code of Ethics goes a step further, expecting the doctor to “treat your patient with compassion and respect.”⁵

This ethical mandate comes very close to the proposed legal requirement in New Zealand.

The Scope of the New Zealand Code of Patients’ Rights

The code enacted in New Zealand in 1996 prescribes ten legally enforceable rights, including rights to effective communication, to be properly informed and to give or withhold consent, to be free from discrimination and exploitation, to have support, and to make a complaint and get a reasoned response.⁶ Three rights are

conceptually akin to the proposed right of treatment with compassion: right one, “the right to be treated with respect”; right three, “the right to have services provided in a manner that respects the dignity and independence of the individual”; and right four, which imposes a duty of care. A provider’s duty of care requires that service be provided with “reasonable care and skill,” in compliance with “professional, ethical, and other relevant standards” and “in a manner that minimises the potential harm to, and optimises the quality of life” of the consumer. The code even defines “optimise the quality of life” to mean “to take a holistic view of the needs of the consumer in order to achieve the best possible outcome in the circumstances.”

So, to summarize, the New Zealand code requires both technically competent care and adherence to basic principles of respect and dignity, and it comes close to a duty to *care for* the patient. (However, it falls short of requiring treatment with compassion.) These rights are not merely aspirational statements of the sort found in codes of ethics. Failure to fulfill their legal duties may result in a provider being subject to a complaint to the health and disability commissioner, New

Zealand’s health ombudsman. This may lead to a formal investigation and a ruling by the commissioner that the provider breached the consumer’s rights, opening the way to a civil claim before the Human Rights Review Tribunal (with limited power to award damages) and, in cases of significant failure, to professional discipline.

Many complaints brought under the New Zealand Code are fueled by an absence of compassion. The lack of a specific right to compassion in the code has not allowed providers to escape censure for callous conduct. For instance, a public hospital board was censured for its breach of the code for neglectful care of a fifty-year-old man who struggled for breath as he lay dying.⁷ The board was held in breach of its basic

duty of care under right four of the code. And in another case involving elderly patients left waiting in an overcrowded emergency department, a hospital board was found in breach of rights one and three (respect and dignity).⁸

Intangible but Significant Wrongs

Cases of neglect, disrespect, and indignity clearly fall within the ambit of the New Zealand code and, subject to adequate proof of the offending conduct, will lead to some kind of formal or informal sanction. But what of more intangible but no less significant wrongs? The petitioners

for change to the code cited situations “when consumers are addressed with unfeeling detachment, when emotional needs are brushed aside, when apology or support is denied, and when hope is needlessly extinguished.” Is a change to the law necessary to address these shortcomings?

As health and disability commissioner, I saw this kind of case. Two in particular come to mind. First, the case of the fearful middle-aged woman who consulted a general surgeon in private about a procedure to confirm whether she had pancreatic cancer, recently diagnosed by her local specialist. The diagnosis was later confirmed when she had the procedure, following frustrating delays and miscommunication. But at the heart of her complaint lay two thoughtless acts by the surgeon. He interrupted their consultation to take a long telephone call about a business matter, and he said that he would soon be away for a month, commenting: “If I don’t have a holiday, I might die.” The first act is clearly disrespectful, and the second is grossly insensitive.

In the second case, a mother received a telephone call notifying her that her adult son (whom I will call Peter) was very ill in a hospital at the other end of the country, having been

*I may be deeply touched
by the small act of a doctor
gently touching my arm
before a painful procedure;
how would I feel if I knew
that protocol 3.2 required
this act?*

found in a motel (while away on a work trip), unconscious from a massive brain bleed. She got on the first flight and within a few hours was with her son's wife at his bedside. In her own words:

On arrival . . . we were informed by my other son that Peter was on life support. We were treated with respect and caring by the staff. At 7pm there was a change of staff. A new doctor introduced himself—a big man, brusque and arrogant. Shortly after he introduced himself, we were informed that very shortly staff would be disconnecting the life support.

The withdrawal of life support was then bungled, and the family witnessed a horrific scene before being ushered away. The letter of complaint stated: “None of us, to this day, can forget the incident. We felt the doctor showed no respect for Peter.”

The health and disability commissioner's office brought these complaints to the doctors' attention (as well as to the hospital's in the second case) and sought a response. The conduct was admitted. The surgeon was appalled by his behavior, offered an explanation (he was tired and stressed, and his insensitive remark was intended as a joke), apologized, and indicated that his secretary now holds his phone during consultations. The hospital also apologized and provided evidence of the changes introduced to ensure that emergency department staff are properly trained and supported in extubation for dying patients. The doctor in the second case offered only a partial apology (and misspelled the mother's name); the hospital CEO advised that he had left to work overseas.

In both cases, my office took an educational approach to the complaint, looking for evidence of reflection, apology, and change. This is how most complaints are handled by the commissioner. The majority are informally resolved, often with an educational letter to the provider, noting shortcomings and suggesting areas for improvement.

This approach does not always satisfy the complainant. The woman with pancreatic cancer remained unhappy about the surgeon's behavior. But Peter's mother did feel that her complaint had been resolved. She sent the commissioner's office a card of thanks, writing that the information we gathered had helped the family understand the circumstances on the crucial day: “You have eased our pain and helped all of us to move forward.”

Would it have made a difference if the code included a right to be treated with compassion? I do not think so. It was not a matter of pigeonholing the thoughtless or callous conduct into the breach of a specific legal right. Nor was it a matter of looking into the feelings or motivation of the practitioner and asking why he had failed to “suffer with” the patient or family. Rather, the focus was on the practitioner's reflections on his conduct, and his willingness to respond to the additional suffering caused by his behavior.

Why Not Mandate Compassion?

So why not mandate treatment with compassion? Why not invoke the force of the law to *compel* the kind of care that most patients yearn for? I think there is a distinction between respect, which can be mandated, and compassion, which cannot sensibly be required. This is reflected in the new Constitution of the National Health Service in England, which distinguishes between the core values (including compassion) that should guide the health service and the rights (including treatment with dignity and respect) to which patients are legally entitled.⁹

Compassionate behavior is a gift from the heart of the bystander. Essayist Anatole Broyard, facing metastatic prostatic cancer, wrote: “I'd like my doctor to scan me, to grope for my spirit as well as my prostate. Without some recognition, I am nothing but my illness.” Broyard wished that his doctor would “give me his whole mind just once, be bonded with me for a brief space, survey my soul as well as my flesh.”¹⁰ This is not the stuff of law. I may be deeply touched by the small act of a doctor gently touching my arm before a painful procedure; how would I feel if I knew that protocol 3.2 required this act? Would it not be robbed of something?

The ongoing debate about smacking children in New Zealand may tell us something about the proper role of the law. The New Zealand Crimes Act 1961 was amended in 2007 so that parents charged with assault on their children no longer have the defense of reasonable force “for the purpose of correction.”¹¹ Whatever the merits of that reform (later the subject of a referendum), most would accept that it is an appropriate role for the law to punish certain behavior, including assault (though we might debate the threshold for assault). But imagine if a new law was proposed, stating “All parents shall love their children.” Parents can be compelled to provide the necessities of life and to refrain from inflicting physical harm on their children, but we cannot require a parent to love or to perform acts of loving kindness.

There are other difficulties with regulating for compassion that I have not explored. One is nicely captured by the reported response of a midwife to the proposed change: “A right to be treated with compassion? How are they going to measure that?” There was understandable nervousness about making a concept that is linked to emotions and to the individual consumer's experience of health care the subject of a legal duty. “Legislation can direct actions but not emotions,” submitted the New Zealand Nurses Organisation. Confidence in and respect for the law is important. There was significant provider resistance when New Zealand's Code of Patients' Rights was first enacted. Imposing a new duty to treat with compassion could jeopardize provider confidence in the fairness and predictability of the existing regime of rights.

How Can We Promote Compassion?

In my final report to the Minister of Health on the review of the New Zealand legislation,¹² I recommended against

inclusion of a right to be treated with compassion in the code, for many of the reasons explained in this essay. No law change ensued. But if legislation is not the right solution, how should we promote compassionate care?

Let me offer a few suggestions. As educators, we can teach trainees about the nature of suffering and the value that patients place on empathy, kindness, and understanding. As health professionals, we can model compassionate care. Regulators can play a part, too. A recent King's Fund paper notes that "professional regulators can and should provide significant leadership in relation to compassionate care; talking explicitly about what is not acceptable in terms of conduct, attitudes, and behaviours; and setting standards."¹³ To this end, the health and disability commissioner's office has published patients' stories of great care.¹⁴

Nussbaum believes that to develop compassion in public life, we must give the humanities and the arts a large place in education.¹⁵ She says that the imagination of poets is required, and cites Walt Whitman. This brings to mind some lines from *Leaves of Grass*. Whitman recalls his experience as a wound dresser, tending to Civil War soldiers in hospital. His words—carved in stone at the Dupont Circle Metro station in Washington, D.C.—are a subtle but eloquent reference to an epidemic that reminded us of the importance of care in the absence of cure:

*Thus is silence in dreams' projections,
Returning, resuming, I thread my way through the hospitals,
The hurt and wounded I pacify with soothing hand,
I sit by the restless all dark night, some are so young,
Some suffer so much, I recall the experience sweet and sad.*

Acknowledgments

This essay was delivered as the Kirby Oration at the inaugural conference of the Australasian Bioethics Association and the Australian and New Zealand Institute of Health Law and Ethics in Queenstown on July 9, 2009. I am grateful to Jim Evans and Charlotte Paul for comments on earlier drafts and to Elizabeth Browne for research assistance.

1. 1 John 3:17.
2. M. Nussbaum, *Upheavals of Thought: The Intelligence of Emotions* (Cambridge, U.K.: Cambridge University Press, 2001), 301, 306.
3. American Medical Association, *Code of Medical Ethics* (2001), principle 1, <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/principles-medical-ethics.shtml>.
4. New Zealand Medical Association, *Code of Ethics* (2008), principle 4, <http://www.nzma.org.nz/about/ethics.html>.
5. Australian Medical Association, *Code of Ethics* (2006), 1.1.1(b), <http://ama.com.au/codeofethics>.
6. Health and Disability Commissioner, Code of Health and Disability Services Consumers' Rights, Regulations 1996, made pursuant to the Health and Disability Commissioner Act 1994, section 74(1).
7. Health and Disability Commissioner, *Capital and Coast District Health Board, A Report by the Health and Disability Commissioner*, case 05HDC11908, March 22, 2007, <http://www.hdc.org.nz/decisions--case-notes/commissioner%27s-decisions/2007/05hdc11908>.

8. Health and Disability Commissioner, *North Shore Hospital March to October 2007, A Report by the Health and Disability Commissioner*, 2009, <http://www.hdc.org.nz/media/30145/north%20shore%20hospital%20inquiry%20report.pdf>.

9. United Kingdom Department of Health, *The NHS Constitution—the NHS Belongs to Us All* (2010), http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_113645.pdf.

10. A. Broyard, *Intoxicated by My Illness and Other Writings on Life and Death* (New York: C. Potter, 1992), 44-45.

11. The original defense in section 59(1) of the Crimes Act 1961 was repealed by section 5 of the New Zealand Crimes (Substituted Section 59) Amendment Act 2007.

12. Health and Disability Commissioner, *A Review of the Health and Disability Commissioner Act 1994 and the Code of Health and Disability Services Consumers' Rights: Report to the Minister of Health*, June 2009, <http://www.hdc.org.nz/the-act--code/-review-of-the-act-and-code-2009>.

13. J. Firth-Cozens and J. Cornwell, *The Point of Care: Enabling Compassionate Care in Acute Hospital Settings* (London, U.K.: The King's Fund, 2009), 9.

14. Health and Disability Commissioner, *The Art of Great Care* (2010), <http://www.hdc.org.nz/media/124280/the%20art%20of%20great%20care.pdf>.

15. Nussbaum, *Upheavals of Thought*, 426.

Rationing: Theory, Politics, and Passions

BY DANIEL CALLAHAN

A confession is in order. As did almost everyone else of a certain persuasion, I recoiled when Sarah Palin invoked the notion of a "death panel" to characterize reform efforts to improve end-of-life counseling. That was wrong and unfair. But I was left uneasy by her phrase. Had I not been one of a handful of bioethicists over the years who

Daniel Callahan, "Rationing: Theory, Politics, and Passions," *Hastings Center Report* 41, no. 2 (2011): 23-27.