

MANUAL DE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA MÉDICA



MANUAL
DE
ÉTICA
Y
DEONTOLOGÍA
MÉDICA

Edita:
Organización Médica Colegial de España

Coordina la edición:
Dr. José María Rodríguez Vicente

Autor portada:
D. José Casado Rueda

Diseño, maquetación e impresión:
www.ideagraficaprofesional.com

Depósito legal:
PO 442/2012

ISBN:
978-84-616-0252-0

Coordinador:

Dr. Joan Monés Xiol

Presentación:

Dr. Juan José Rodríguez Sendín

Preámbulo:

Dr. Marcos Gómez Sancho

Dr. Joan Monés Xiol

Autores:

Dr. Jacinto Bádiz Cantera

Dr. Mariano Casado Blanco

Dr. Tomás Casado Gómez

Dra. María Castellano Arroyo

Dr. Luis Ciprés Casasnovas

Dr. Eliseo Collazo Chao

Dr. Julio García Guerrero

Dr. Marcos Gómez Sancho

Dr. Antonio Labad Alquézar

Dr. Aurelio Luna Maldonado

Dr. L. Fernando Márquez Gallego

Dr. Joan Monés Xiol

Dr. Diego Murillo Solís

Dr. José Manuel Solla Camino

Dr. Enrique Villanueva Cañadas

ÍNDICE

Presentación	7
Preámbulo	13
Capítulo I. Definición y ámbito de aplicación	19
Capítulo II. Principios generales	33
Capítulo III. Relaciones del médico con sus pacientes	45
Capítulo IV. Calidad de la atención médica	79
Capítulo V. Secreto profesional del médico	97
Capítulo VI. La objeción de conciencia	117
Capítulo VII. Atención médica al final de la vida	131
Capítulo VIII. Las relaciones de los médicos entre sí y con otros profesionales de la salud	151
Capítulo IX. Relaciones con la Corporación Médica Colegial	165
Capítulo X. Trabajo en las instituciones sanitarias	177
Capítulo XI. Trasplante de órganos	193
Capítulo XII. Reproducción humana	209
Capítulo XIII. Pruebas genéticas	227
Capítulo XIV. Investigación médica sobre el ser humano	239
Capítulo XV. Tortura y vejación de la persona	255
Capítulo XVI. Dopaje deportivo	263
Capítulo XVII. Médicos peritos	273
Capítulo XVIII. Docencia médica	289
Capítulo XIX. Publicaciones profesionales	305
Capítulo XX. De la publicidad	327
Capítulo XXI. Economía y honorarios	341
Disposición Adicional	361
Disposiciones Finales	379

PRESENTACIÓN

A lo largo de la Historia, en todas las civilizaciones, “ser médico” ha tenido un significado especial. El enfermo acude al médico para recibir atención en sus necesidades de salud, aliviar el dolor y el sufrimiento, disminuir la ansiedad, responder al miedo... Por ello quien se siente enfermo descubre ante el médico lo más íntimo de su existencia, con la confianza y la seguridad de que recibirá ayuda y nunca será traicionado.

Las progresivas presiones y amenazas que sufre el ejercicio de la medicina, por agentes externos a la misma, hacen imprescindible que los médicos nos detengamos a meditar sobre la situación y los cambios que se están produciendo que no nos pueden desviar del núcleo fundamental de la práctica médica y de sus fundamentos: el bien del paciente y sus necesidades en relación con la salud.

Exigida por el derecho del paciente a recibir respuesta a sus problemas, merece especial atención la auténtica libertad profesional del médico, que siempre estará científicamente justificada, con responsabilidad y transparencia, compaginando los criterios de eficacia y calidad con el uso equitativo de los recursos que la sociedad pone a su disposición. El médico no puede pervertir esa libertad ni distorsionar su buen juicio clínico y sus deberes de justicia a cambio de un incentivo financiero, proceda de donde proceda, ni de la industria ni de la organización donde trabaja.

También es el momento de preguntarse por el camino que debe tomar el ejercicio médico tras los procesos de globalización y del dominio del mercado sanitario, que administrando buena parte de la asistencia sanitaria puede llegar a controlar el ejercicio profesional y marginar los intereses de los pacientes y de los profesionales.

Estas realidades, junto a la crisis económica actual, pueden afectar a la relación médico- enfermo, siendo como es tan importante y decisiva en el proceso terapéutico. Es preciso definir el entorno y régimen de garantías que debe tener la práctica médica en el futuro inmediato que, por encima de cualquier otra consideración, y al margen de sus relaciones con empleadores o empresas aseguradoras, debe seguir centrado en el profesionalismo, como base del contrato entre medicina y sociedad, que coloca el interés del enfermo sobre cualquier otro, incluido el del propio médico. Debemos luchar para que el ejercicio médico pueda responder a la exigencia de competencia e integridad a lo largo de toda la vida, alcanzando tres fines fundamentales: bienestar, autonomía de los pacientes, y justicia social.

En el momento actual adquiere importancia especial la defensa de los derechos humanos y el derecho a la asistencia sanitaria. Las garantías que aspiran a ofrecer igual respuesta sanitaria ante igual necesidad se concretan en la equidad, por lo que la misma debe formar parte de las preocupaciones y obligaciones éticas del médico y de la medicina. Los médicos debemos respetar y favorecer la autonomía de los pacientes y ayudarles para que a través de la información, participen y decidan en todo lo relacionado con su salud. Pero también comprometernos con la correcta distribución de los recursos y contra toda discriminación en los sistemas de salud.

La protección de la salud es un derecho constitucional, trascendente y extraordinariamente valorado por los ciudadanos. Los servicios profesionales que cuidan de la salud deben ofrecerse en condiciones de seguridad y calidad.

Los valores y criterios médicos, jurídicos y sociales no son estáticos, y la sociedad actual donde la información fluye a velocidades de vértigo, necesita realizar una revisión constante de los mismos.

El control y regulación del ejercicio profesional, la deontología médica, su actualización y la exigencia de su cumplimiento, son la mejor garantía del derecho a la protección de la salud en las mejores condiciones, generando seguridad y confianza social. Por todo ello la deontología médica

precisaba una nueva actualización y revisión de sus códigos de conducta y eso es precisamente lo que durante dos años de trabajo hemos realizado.

Este Código Deontológico de 2011 ha supuesto un progreso importante, conservando mucho del anterior y añadiendo contenidos nuevos sin fracturas con el pasado, saliendo bien librado de la opresión legislativa que puede quebrantar la libertad profesional y limitar la autonomía de la autorregulación. Ahora con este manual de ética y deontología donde se tratan desde los temas clásicos que afectan a la profesión médica hasta los temas de vigente actualidad como la objeción de conciencia, actitud ante el dopaje, reproducción humana, trasplantes, conflictos de intereses de los profesionales, etc... , se pretende trasladar y aproximar los aspectos teóricos del Código Deontológico a la practica medica diaria.

Hemos comentado que la profesión médica se caracteriza por tener un cuerpo específico de conocimiento, capacidad de autorregulación, código de deontología y vocación de servicio. Con esta obra precisamos y reforzamos nuestro compromiso con el paciente, la sociedad y el Sistema Nacional de Salud, fundamentos del nuevo profesionalismo medico. Ningún manual de ética médica podrá sustituir la experiencia e integridad del médico pero si valdrá para recordarle las obligaciones y deberes que como profesional debe cumplir y que el Código establece como de obligado cumplimiento. Se pretende en suma elaborar un “cuerpo de doctrina”, que sirva no solo para los profesionales en ejercicio, sino que llegue a integrarse en el “currículum” de los estudiantes de Medicina, para que tengan un conocimiento suficiente de la ética y deontología médicas, que pueden contrastar durante su formación de Grado y Postgrado, logrando de este modo la necesaria madurez en el momento de incorporarse al ejercicio profesional con plena responsabilidad.

Es un honor presentar este “Manual de Ética y Deontología”, primera obra de estas características de la Organización Medica Colegial, que nace como desarrollo del Código de Ética y Deontología vigente, aprobado por la Asamblea General de la OMC en Julio de 2011. Es el fruto de reflexiones,

deliberaciones y de un esmerado trabajo realizado por los miembros de la actual Comisión Central de Deontología, y de los de la anterior que cesaron por haber acabado su mandato. Vaya mi felicitación para todos ellos por la inestimable labor que con tanta generosidad y dedicación realizan en favor de la profesión médica y de la Organización Médica Colegial. Ofrecemos, en fin, una obra que no está cerrada y que es como un organismo vivo, siempre en proceso de maduración, crecimiento y nutrición. Necesitamos, por tanto, la colaboración futura de todos los colegiados en esta tarea, para que con su estudio y reflexión podamos en el futuro ir aportando mejoras, para sentirnos orgullosos de que nuestra deontología médica sea la expresión del mejor consenso posible del marco ético que nuestra profesión se compromete a garantizar ante la sociedad.

Juan José Rodríguez Sendín

Presidente de la Organización Médica Colegial de España

PREÁMBULO

*“La Medicina es la más humana de las artes,
la más artística de las ciencias
y la más científica de las humanidades”.*

E. Pellegrino

PREÁMBULO

Presentamos el “*Manual de Ética y Deontología*”, que tiene unos objetivos bien definidos y que han motivado en gran parte la conveniencia de su elaboración.

1. Reflexionar sobre aspectos éticos y de deontología, que no pueden identificarse como normas, pero que son importantes en el quehacer diario de la profesión.
2. Explicar algunos artículos del Código que despiertan mayores controversias.
3. Promover y facilitar a los médicos españoles su formación en Deontología.
4. Adquirir habilidades para la interpretación y aplicación del Código de Deontología.
5. Facilitar material didáctico para los miembros de las Comisiones de Deontología.

Tal como indica el preámbulo del Código de Deontología Médica (CDM) aprobado en Julio de 2011, la Organización Médica Colegial (OMC) de España promulgó su primer Código de Ética y Deontología Médica en 1978 al amparo de la Constitución del mismo año, 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. El primer Código de Deontología médica del siglo XXI, sirve para confirmar el compromiso de la profesión médica con la sociedad a la que presta servicio, incluyendo el avance de los conocimientos científico-técnicos y el desarrollo de nuevos derechos y deberes de médicos y pacientes.

El Dr. Gonzalo Herranz en una reciente conferencia sobre el CDM hizo unas reflexiones de entre las que se pueden destacar de forma casi textual las que hacen referencia a los objetivos del CDM e indicadas en el preámbulo:

El preámbulo enumera en tres breves párrafos, las actitudes, responsabilidades y compromisos básicos de la profesión médica: el fomento del altruismo, la integridad, la honradez, la veracidad, la empatía, el estudio, la autoevaluación y la autorregulación. De esta última nos dice que ha de ejercerse mediante la transparencia, la aceptación y corrección de errores y conductas inadecuadas y la correcta gestión de los conflictos.

El conjunto formado por el preámbulo y los artículos 15.1 y 17.1 es muy enérgico, porque los principios de veracidad, transparencia, aceptación y corrección del error contrastan duramente con el “*ethos*” dominante en la sociedad de hoy, un “*ethos*” de opacidad y ocultación. La Deontología asume unas responsabilidades desusadas. Con el CDM los médicos aceptan ante la sociedad el desafío, el deber, de ser veraces, de confesar sus errores, de pedir perdón por ellos, de poner empeño firme en evitar que vuelvan a producirse.

Es una novedad que va contracorriente. Hasta ahora, lo usual era ocultar el error para evitar complicaciones judiciales o no empañar el propio prestigio. Ahora, los médicos han de desoír los consejos de sus abogados que les instan al silencio, la restricción mental, la mentira a medias, la negación del error cometido.... es costoso cambiar esta actitud ... por lo que se requiere una enseñanza tenaz, una pedagogía positiva, dirigida a médicos y pacientes acerca de la dignidad moral de pedir perdón y de perdonar, de reconocer el error y enmendarlo.

Errar es humano. Pero confesar el error es todavía más humano y puede ser hermoso. Del pequeño manual *“Cuando las cosas salen mal. Cómo responder a los eventos adversos. Una declaración consensuada de los Hospitales de Harvard, de marzo de 2006”*, transcribo un modelo de como comunicar un error al paciente.

Dice el médico: *“Permítame decirle lo que ha pasado. Le hemos administrado un medicamento equivocado. Le hemos dado carboplatino, un fármaco para quimioterapia del cáncer, en lugar de pamidronato, que era lo que usted tenía que haber recibido para su enfermedad. Quiero explicarle lo que este error puede significar para su salud. Pero antes quiero pedirle perdón. Como comprenderá, estoy dolido. Esto no tenía que haber sucedido. Aun no sé por qué ha pasado, pero vamos entre todos a averiguarlo y a hacer lo posible para que no vuelva a suceder. Se la explicaremos en cuanto se aclaren las circunstancias. Repito, siento mucho lo que ha pasado.*

¿Qué le puede suceder a usted? La dosis de carboplatino que recibió es sólo una fracción de la dosis ordinaria, por lo que es improbable que produzca consecuencias adversas. Sin embargo, queremos seguir de cerca su evolución en los próximos días...”. Toda una lección de Ética y de humildad.

El CDM de forma muy clara muestra que 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.

Sin embargo, se ha constatado que a pesar de los esfuerzos realizados, nuestro Código no es suficientemente conocido por una notable parte del colectivo médico. La edición de este manual que se presenta, puede ser por

un lado el acicate para un renovado esfuerzo de difusión, ya que se tiene el convencimiento de que su contenido sirve de ayuda en la buena práctica profesional y por otro lado cumplir con los objetivos resumidos en el inicio de este preámbulo.

Los redactores de este manual deseamos que sea de utilidad para todos nuestros colegas y con este espíritu hemos dedicado horas, ganas, esfuerzo y sobre todo buena voluntad.

CAPÍTULO I

DEFINICIÓN
Y
ÁMBITO DE APLICACIÓN

*“La salud no lo es todo pero sin ella,
todo lo demás es nada”.*

A. Schopenhauer

CAPÍTULO I

DEFINICIÓN Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

Introducción

El Código de Deontología Médica (CDM) vigente desde Julio del 2011, vuelve a retomar el título que tuvieron sus predecesores, a excepción del último. El anterior incluía en el título dos conceptos diferentes: *Ética Médica* y *Deontología Médica*. En esta ocasión se ha preferido poner como subtítulo y por tanto de forma diferenciada, la *Ética Médica* y con la expresión: “Guía de *Ética Médica*”.

Quizá convenga intentar clarificar los conceptos que subyacen sobre los términos *ética* y *moral*, que en ocasiones se utilizan como sinónimos cuando no lo son, aunque efectivamente tienen muchos aspectos relacionados, lo que hace que sus límites para muchos médicos -y otras personas- sean ambiguos y de ahí la confusión.

La vocalización larga, representada con acento circunflejo (*êthos*) significa carácter, disposición, lugar habitual y es de ésta de la que deriva la *ética* actual. “*Êthos*”, con acento agudo, pronunciación breve, significa algo parecido, pero distinto: *costumbre* o *hábito*, referido a un conjunto de ciudadanos. Parece que ésta última acepción es la que en latín se tradujo por “*mor*” de la que deriva el vocablo “*moral*” en el sentido de *costumbre social*.

Resumiendo, la ética (a partir de ahora entendida como “*êthos*”) constituye una reflexión consciente mediante la cual el ser humano valora si un acto es (éticamente) bueno o malo. La moral está estrechamente vinculada a las costumbres y cada época y cultura tiene las suyas. Costumbres cambiantes a lo largo de la historia y de las latitudes.

Son muchas las costumbres antiguas (¡y actuales!) que hoy se rechazan absolutamente. Por poner un ejemplo extremo de una antigua costumbre mediterránea: los recién nacidos en Esparta, si presentaban alguna malformación se les lanzaba al vacío desde el monte Taigeto; esta tradición no era cuestionada y estaba moralmente aceptada por la sociedad espartana con la idea, resucitada muchos siglos después, de una raza y una sociedad fuertes.

La ética y la moral

La ética tiene una base de reflexión personal, individual, aunque pueda estar compartida por muchos, sobre actos realizados de forma individual o colectiva. Los actos colectivos pueden ser asumidos como costumbre o moral aceptada por una sociedad dominante y ser éticamente rechazables. Se puede considerar a este respecto el comportamiento de algunos españoles en la época del descubrimiento de América (por no citar comportamientos de otras naciones también europeas) y la voz crítica de algunos, como Fray Bartolomé de las Casas, recogida en su Historia de las Indias (siglo XVII). Si se permite el símil, el fraile dominico representaría la ética y la actitud de algunos españoles la costumbre o moral establecida por ellos.

La más cercana segunda guerra mundial activa los códigos éticos y no por casualidad. La ética, como acto de reflexión personal, analiza los actos morales que pueden ser propios o de la colectividad y que la sociedad, les da una valoración positiva o negativa de algo bueno o malo. Es decir la

moral hace referencia a las normas, comportamientos o acciones imperantes en una sociedad, que para unos tiene connotación de actos defendibles (actos buenos) y para otros reprobables (actos malos). Sobre esta base, social y moral, de lo que está bien o mal, el individuo se posiciona por su elaboración reflexiva, es decir a través de su propia ética. Si su posición es contraria al imperativo social, es decir a la moral establecida, incluso legalizada, la sociedad le podría o mejor debería en algunos casos eximir de su cumplimiento, mediante la objeción de conciencia, sin la que no se puede entender la conciencia moral personal.

Las sociedades van cambiando e incluso en nuestro país, hasta no hace mucho, en cuanto a la acción médica daba supremacía a los principios de beneficencia y no maleficencia, base del juramento hipocrático: *“doctor, haga lo que Vd. crea conveniente, Ud. es el que entiende y está preparado”*. Hoy predominan los principios “mayores” de la autonomía y la justicia, fruto de la evolución del conjunto de la sociedad y de la gran mayoría de los ciudadanos.

Código de Deontología, ética y moral

El artículo 3 del CDM expone en cuanto a determinadas leyes: *“...e intentará que se cambien las disposiciones legales de cualquier orden que se opongán a ellas”*. Se refiere a determinadas normas del citado Código. Algunas disposiciones legales actuales o venideras sobre aspectos médicos, reflejo de un consenso o mayoría social o gubernamental, pueden ser menos exigentes que los principios éticos. Es un compromiso de la Organización Médica Colegial (OMC) procurar que la Ley se ajuste lo más posible a la realidad médico-social de cada momento. Debe quedar claro que las disposiciones legales deben ser cumplidas a excepción de las que como objeción de conciencia puedan ser individualmente rechazadas.

El vocablo “*deontología*” procede de los vocablos griegos “*deontos*” y “*logia*”. “*Deontos*” significa lo que es necesario, conveniente y lo que se debe hacer. “*Logia*” es el conocimiento, el estudio, lo que trata de... El primero que utilizó la palabra “*deontología*” en la época moderna fue el filósofo y jurista inglés Jeremias Bentham (1748-1832) en su obra póstuma “*Deontología o Ciencia de la Moral*” publicada en París (1832), Londres (1834) y Valencia (1836). Pretendió introducir el término “*deontología*” como sustituto de los vocablos ética y moral que, por aquel entonces, tenían una connotación muy relacionada con lo religioso. Propugnaba que la valoración de los actos se realizara a partir de lo racional, buscando su utilidad (utilitarismo) su beneficio en el sentido de bienestar o conveniencia, en oposición de sufrimiento o perjuicio. De hecho intentaba acuñar en el término “*deontología*” el concepto de necesidad moral de intentar acciones o actitudes que pretendan una mejoría de la sociedad.

En principio, la Deontología puede abordar un campo amplísimo, en función de los aspectos que pretenden tratar. No es lo mismo en el campo de la abogacía, el periodismo o la medicina. Lo que hace el CDM es delimitar ese campo a tan sólo lo incluido en él y que en general tiene un carácter normativo.

El artículo 1 del CDM dice que “*la Deontología es el conjunto de principios y reglas éticas que han de inspirar y guiar la conducta profesional del médico*”. Lo que no dice es que en el CDM se incluyen artículos que obligan tanto desde el punto de vista legal como ético y normas con connotaciones exclusivamente éticas y que su incumplimiento supondría una sanción disciplinaria del Colegio. Hay así mismo artículos que tan solo son recomendaciones al médico para un comportamiento ético de excelencia.

La legitimidad de los Colegios de Médicos para sancionar trasgresiones éticas y deontológicas de sus miembros mediante el CDM le viene dada por la Constitución Española, por la Ley de Colegios Profesionales y por la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

La Constitución, en su artículo 36, dice: *“La ley regulará las peculiaridades propias del régimen jurídico de los Colegios Profesionales y el ejercicio de las profesiones tituladas. La estructura interna y el funcionamiento de los Colegios deberán ser democráticos”*.

La Ley 2/1974 de 13 de febrero sobre Colegios Profesionales, en su artículo 5 i) dice: *“Corresponde a los Colegios Profesionales, en su ámbito profesional, ordenar en el ámbito de su competencia, la actividad profesional de los colegiados, velando por la ética y la dignidad profesional y por el respeto debido a los derechos de los particulares y ejercer la facultad disciplinaria en el orden profesional y colegial”*.

La Ley 22/2003 de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias hace referencia al cumplimiento de normas y obligaciones de deontología en varios apartados:

- En la exposición de motivos, subcapítulo II: *“El concepto de profesión es un concepto elusivo que ha sido desarrollado desde la sociología en función de una serie de atributos como formación superior, autonomía y capacidad auto-organizativa, Código Deontológico y espíritu de servicio”*.
- Artículo 4.5: *“Los profesionales tendrán como guía de su actuación el servicio a la sociedad, el cumplimiento riguroso de las obligaciones deontológicas, determinadas por las propias profesiones conforme a la legislación vigente...”*.
- Artículo 5.1 a): *“Los profesionales tienen el deber de prestar atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de la salud que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en esta ley y el resto de normas legales y deontológicas aplicables”*.

La Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias hizo conveniente que se publicara un nuevo Real Decreto (757/2006, del 16 de junio) sobre los Estatutos Generales de Colegios Oficiales de Médicos, que modificaba los Estatutos anteriores.

El artículo 2.3 g) dice: *“corresponde al Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, la siguiente función: Establecer las normas de la ética y de la deontología en el ejercicio de la profesión médica, a través de un Código de Ética y Deontología Médica, velando por su cumplimiento”*.

En el Real Decreto 1018/1980 de 19 de mayo por el que se aprobaron los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial y del Consejo General de los Colegios Oficiales de Médicos (CGOMC) en el Título VIII relativo al régimen disciplinario (artículos 63 al 68) se indica el procedimiento sancionador. Es un título que todo médico debería conocer, ya que en él de modo pormenorizado se refiere a cuestiones que sólo citamos de forma muy general: son las Juntas Directivas de los Colegios los que tienen la potestad instructora y sancionadora (salvo excepciones).

Las faltas disciplinarias se clasifican en leves, menos graves, graves y muy graves. El incumplimiento de los artículos del CDM, que no estén especificados entre las faltas anteriores, serán calificados por similitud a los incluidos en las citadas faltas del Régimen Disciplinario. Se describe el tipo de sanción en función de la falta, el procedimiento a seguir, el nombramiento de juez instructor, cómo garantizar la defensa del inculpado y cómo poder recurrir las resoluciones. En todo caso, la Comisión Deontológica del Colegio será oída antes de imponerse cualquier sanción.

Como subraya el artículo 2 del CDM en cuanto a los deberes que impone el Código, obligan a todos los médicos en el ejercicio de su profesión, cualquiera que sea la modalidad en que la practiquen. Debe quedar claro que las Juntas Directivas de los Colegios, antes de plantearse si una posible falta cometida por un colegiado es presumiblemente sancionable, pueden y deben solicitar el asesoramiento de las Comisiones de Deontología, cuyo informe no es vinculante.

Es importante conocer el régimen sancionador por varios motivos. A veces se desconoce que la institución colegial tiene capacidad sancionadora, considerando erróneamente que ello sólo corresponde a la jurisdicción ordinaria. Su conocimiento debería extenderse a la sociedad en general, ya que es importante que ésta conozca que los Colegios de Médicos, a través de su CDM son los garantes de una buena praxis médica.

Colegiados y sociedad deben saber que los Colegios de Médicos no están para defender a los médicos que cometan acciones reprobables, sino que están para defender los intereses legítimos de los colegiados y sobre todo a los ciudadanos a los que se les presta asistencia.

Los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial (RD 1018/1980 de 19 de mayo) en su artículo 3º, entre otras cosas dice que: *“Son fines fundamentalmente de la Organización Médica Colegial:*

- *La salvaguardia y observancia de los principios deontológicos y ético-asistenciales de la profesión médica y de su dignidad y prestigio, a cuyo efecto le corresponde elaborar los Códigos correspondientes y la aplicación de los mismos”.*
- *La elaboración con los poderes públicos en la consecución del derecho a la protección de la salud de todos los españoles y la más eficiente, justa y equitativa regulación de la asistencia sanitaria y del ejercicio de la Medicina, así como cuantos corresponde y señala la Ley de Colegios Profesionales”.*

La Ley sobre Colegios Profesionales (Ley 2/1974 de 13 de febrero) en su artículo 1.3 dice: *“Son fines de estas Corporaciones la ordenación del ejercicio de las profesiones, la representación institucional exclusiva de las mismas cuando estén sujetas a colegiación obligatoria, la defensa de los intereses profesionales de los colegiados y la protección de los consumidores y usuarios de los servicios de sus colegiados, todo ello sin perjuicio de la competencia de la Administración Pública por razón de la relación funcional”.*

Desde la OMC se considera muy necesaria la difusión del contenido y sentido del CDM ya que hay médicos y ciudadanos en general que están convencidos que el Código es defender privilegios para el colectivo médico cuando en realidad se trata de un marco normativo pensado para colaborar en la protección sanitaria de la sociedad y también como una exigencia para los médicos en su labor profesional.

Es por ello muy pertinente el énfasis que el CDM hace en el artículo 3 al decir que *“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...”* Este artículo tiene un valor extraordinario, siempre y cuando los médicos lo hagan suyo. No sólo la OMC como ente representativo de los médicos, sino también cada uno de los profesionales debe buscar en la autorregulación de sus acciones y criterios lo mejor para la sociedad y la profesión. Esta regulación, es decir la capacidad que se tiene de regular la conducta y actividad profesional médica es la que asegurará la autonomía para tomar decisiones respecto a la atención y tratamiento de los pacientes.

Habitualmente cuando los médicos abordan cuestiones de índole ética en sus lugares de trabajo lo hacen en equipo con otros profesionales sanitarios y por ello en general se hace referencia a los principios y valores desarrollados por la Bioética, que no son otros que los que contiene el CDM. Hoy en día, la mayoría de profesiones sanitarias y no sanitarias tienen su Código de Deontología: abogados, periodistas, etc. Los principios y valores son universales para la sociedad, aunque aplicados a su ámbito de actuación. El hecho de que haya códigos diferenciados para cada profesión, hace que no se hable específicamente de cada uno de ellos, cuando se plantea una cuestión general de ética o deontológica.

Quizá por esto, es decir por la aparición de los equipos multidisciplinarios y por el desarrollo científico y tecnológico, lo que antes era una ética médica, se ha convertido en una ética “multidisciplinar”, es decir que trasciende el propio campo de la actuación del médico, salvo cuando la relación se es-

tablece exclusivamente en el plano dual, médico-paciente. Ello no impide que cada profesión (profesional) tenga en cuenta su código deontológico y en el campo que nos ocupa, el médico tenga como referencia el suyo. Todo esto ha hecho que haya tenido gran difusión y éxito el término de “Bioética”, utilizado por primera vez por V.R. Potter en 1970. Los Comités de Bioética se han desarrollado notablemente en nuestro país, tanto en el medio hospitalario como en otras organizaciones sanitarias. No tan sólo en relación a lo asistencial (Comités de Ética Asistencial: CEA) sino también a la investigación (Comités de Ética de Investigación: CEI).

Los comités citados (CEA y CEI) son multidisciplinarios y en ellos no sólo hay médicos, sino también otros representantes de la sanidad y de la sociedad (asesores jurídicos, enfermeros/as, asistentes sociales, representantes de usuarios, etc.) que asesoran ante situaciones o casos planteados, en los que las decisiones con frecuencia no son fáciles. Como indican Montero F. y Morlans M. en el capítulo sobre los CEA, en el libro “Para deliberar en los comités de ética”, *“Una de las funciones básicas de los CEA es asesorar en la resolución de aquellos casos difíciles que se presentan en la práctica asistencial en los cuales existen conflictos de valores de naturaleza moral o espirituales, fruto de las diferentes convicciones individuales de las personas implicadas”*.

Los Comités de Ética multidisciplinarios son órganos de deliberación que en la mayoría de situaciones no son vinculantes para el profesional que plantea la consulta. Dicho profesional, una vez asesorado, deberá tomar la decisión que considere oportuna, siguiendo las normas del vigente CDM. La única excepción al carácter no vinculante de las decisiones del CEA, es el informe preceptivo que este debe emitir conforme el donante vivo de un órgano o parte de él, ha otorgado su consentimiento de forma expresa, libre, consciente y desinteresada, después de ser informado convenientemente sobre la intervención, sus consecuencias y los riesgos que una operación de dicho tipo comporta (R.D. 2070/1999 de 30 de Diciembre, que regula la obtención y utilización clínica de órganos humanos).

El proceso de deliberación colectiva en los CEA es valioso en si mismo, con independencia del resultado final, si se hace respetando el parecer de los participantes. La deliberación sobre un conflicto surgido en el ámbito de la asistencia, debe interpretarse como un diálogo entre el pensamiento humanístico y el pensamiento científico, a la búsqueda de un saber práctico común. La falta de experiencia científica en un determinado y concreto aspecto no es motivo para detener el proceso deliberativo, pero se debe convocar a expertos para que den su parecer y participen en el dialogo, con voz aunque sin voto.

El hecho de que no haya relaciones cooperativas y que en los Comités de Bioética haya pocas referencias al CDM y que en este Código tampoco se hagan referencias de bioética, no quiere decir que en dichos comités no se tengan en cuenta los principios y valores de la ética médica, máxime cuando el propio CGCOM, por ley, por voluntad y por manifestación expresa en el nuevo CDM confirma en su preámbulo: *“el compromiso de la profesión médica con la sociedad a la que presta su servicio”*.

“El ciudadano en general debe saber que puede confiar en el sistema efectivo y responsable de autorregulación por parte de los médicos, para una evaluación honesta y objetiva de los problemas relativos al ejercicio de la Medicina y a la atención y tratamiento de los pacientes” (Declaración de Madrid de la Asociación Médica Mundial sobre la Autonomía y Autorregulación Profesionales de 1987 y revisada en mayo de 2005).

Finalmente recordar que los informes y declaraciones emitidos por la Comisión Central de Deontología y aprobados por la Asamblea General del Consejo General de COM tienen carácter de norma deontológica, aunque no estén incluidos en el CDM.

BIBLIOGRAFÍA

1. Manual de Ética Médica. Asociación Médica Mundial. 2ª Ed. 2009. Puede descargarse en internet en la siguiente dirección:
http://www.wma.net/es/30publications/30ethicsmanual/pdf/ethics_manual_es.pdf
2. Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial. Real Decreto 1018/1980 de 19 de mayo. Título VIII: Régimen disciplinario.
3. Montero F. Morlans M. Para deliberar en los Comités de Ética. Fundación Dr. Robert UAB. Barcelona 2009.

CAPÍTULO II

PRINCIPIOS GENERALES

*“Para ser médico cinco cosas procura:
salud, saber, sosiego, independencia y cordura”.*

Aforismo popular

CAPITULO II

PRINCIPIOS GENERALES

Introducción

Los principios generales marcan las líneas universales de la Deontología Médica y de este Código. Los artículos del Capítulo II recogen y definen aquellos rasgos y principios esenciales de la profesión médica: desde los principios más básicos de servicio al ser humano y a la sociedad, unido al respeto y consideración hacia la vida y dignidad humana, hasta la necesaria responsabilidad del médico para con la formación médica continuada y para la conservación y preservación del sistema sanitario como instrumento principal de la sociedad en la atención y promoción de la salud. Comienza el capítulo del Código de Deontología Médica (CDM) con un artículo que contiene la esencia y el resumen de todos los principios de la Deontología médica:

El artículo 5.1. del CDM *“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.”*. Se podría decir que en las ideas contenidas en este punto hay los grandes principios de la Deontología:

- Carácter de servicio de la profesión médica,
- Dimensión individual y social de la profesión,

- Respeto como actitud ética fundamental del médico dirigido fundamentalmente a la vida y dignidad del hombre,
- Deber de cuidar la salud tanto del individuo como de la comunidad.

No es nuevo el compromiso de servicio del médico, que aparece en muchos textos deontológicos de la Asociación Médica Mundial (1): “*Prometo solemnemente consagrar mi vida al servicio de la humanidad*” (Declaración de Ginebra); “*El médico debe, en todos los tipos de practica médica, empeñarse en ofrecer su servicio profesional con competencia, plena independencia técnica y moral, con compasión y respeto por la dignidad del hombre*” (Código de Londres) “*Es privilegio del médico practicar la medicina en servicio de la humanidad*” (Declaración de Tokyo).

El paciente y el médico

La medicina dota hoy al médico de una indudable influencia sobre la persona enferma y como tal más débil y necesitada. Es la exigencia deontológica la que hace que el médico renuncie a ser un dominador de sus semejantes y se establezca entre ellos una relación de servicio, que será más intensa en momentos de necesidad. Este servicio consiste ordinariamente en la conjunción de disponibilidad, competencia y respeto con que el médico atiende a todas las personas sin condicionamientos de ningún género.

En ocasiones extraordinarias la obligación de servicio a los pacientes impone al médico el ejercicio del altruismo, arriesgando su propia seguridad o bienestar por atender las necesidades del prójimo, como atiende el artículo 5.3 del CDM: “*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 circunstancias del paciente le suponga un riesgo personal.*”.

Tampoco es nuevo el compromiso del médico con el respeto a la vida y dignidad de las personas. La relación entre paciente y médico, incluso hoy en día que hay una mayor información y autonomía de los pacientes, sigue siendo una relación asimétrica, en la que la debilidad se encuentra con la fortaleza, el temor con la seguridad y la ignorancia con la ciencia. Por ello, la relación medico-paciente ha de estar presidida por el respeto a la integridad de la persona. Este respeto excluye toda manifestación de superioridad o arrogancia. Ahora bien, no es menos cierto que este respeto ha de ser mutuo, el paciente no debe tener actitudes fuera de lugar o intentar variar o incluso violar las convicciones científicas o morales del médico.

El respeto hacia el paciente no es solo la cortesía y buena educación que, por supuesto, deben presidir las relaciones del médico con su paciente, sino que alcanza un grado superior, cual es el respeto deontológico y ético, en que el médico es capaz de ponerse a la altura de las personas en todos los aspectos, sobre todo en la información y además captar sus valores con una exquisita sensibilidad para respetarlos. Son manifestaciones de respeto el conocer y valorar las distintas circunstancias familiares y personales de los pacientes, el ser respetuosos con su tiempo, el no establecer discriminación de personas en función de la raza, sexo, edad, creencias etc.

Para que las cosas puedan ser así, el trabajo del médico no puede ser rutinario y monótono, es preciso poner esfuerzo para analizar el quehacer diario con criterios éticos y deontológicos; con ello es posible dar respuestas proporcionadas e inteligentes a las personas teniendo en cuenta sus valores morales, prestando un gran servicio a la dignidad humana del paciente.

Está claro que ha pasado a la Historia la actitud paternalista del médico y que la autonomía del paciente ha establecido una relación de igual a igual en el trato y en la toma de decisiones. Pero aun así el médico ocupa, de ordinario, una posición de autoridad que no le puede llevar a tratar a sus enfermos como si fueran entes abstractos o seres humanos con menor capacidad para la comprensión de los temas relacionados con la salud. La dignidad personal obliga al médico a reconocer al paciente como alguien

que es libre y con capacidad de comprensión: de allí nace el deber del médico de informarle acerca de su enfermedad y de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos necesarios de modo que entienda sus explicaciones y consejos y pueda consentir y tomar decisiones con la madurez de un ser adulto y moralmente responsable.

El artículo 5.2 del CDM obliga al médico recordando que *“El médico debe atender con la misma diligencia y solicitud a todos los pacientes, sin discriminación alguna.”*. Este artículo recoge una vieja tradición deontológica y testimonios antiguos y conmovedores que muestran como el médico no excluye a nadie de sus cuidados. Al situarse ante sus pacientes, el médico rechaza cualquier factor de discriminación, tanto externo y objetivo (raza, religión, situación social y económica) como interno o subjetivo (los sentimientos que el paciente le inspire o la enfermedad que padece).

La concreción de este deber de no discriminar consiste en que el médico debe atender a todos los pacientes con la misma competencia técnica, la misma calidad científica, la misma seriedad profesional y el mismo trato humano. No puede dar pie a que ningún paciente pueda sentirse discriminado en función de alguno de sus rasgos personales.

El CDM en su artículo 7 contiene una novedad importante la definición de acto médico, así como aspectos de la más clásica tradición deontológica (curación, alivio, etc.).

El artículo 7.1 del CDM define el acto médico, que hasta este momento no estaba recogida en el Código, como *“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 dolor, así como la preservación y promoción de la salud, por medios directos e indirectos”*.

Conviene resaltar el término de “*actividad lícita*” contenido en la definición de acto médico y que ha de entenderse en términos éticos y no jurídicos. La licitud del acto médico se justifica por:

Sus fines: Han de ser los clásicos de la medicina: prevenir, diagnosticar, curar, aliviar. Aunque hay también otros fines que son igualmente lícitos, aunque no parezcan tan evidentes a primera vista: por ejemplo los derivados de la cirugía estética o incluso de la cirugía de cambio de sexo. Se trata de procedimientos que se pueden aceptar cuando sean el único remedio para mejorar la salud de una persona, siempre que no generen un daño o perjuicio a otro, sea el único recurso terapéutico y exija unos conocimientos especializados para ser ejecutados. Se podría argumentar que el aborto provocado puede aliviar un sufrimiento, y por tanto según esta definición sería un acto lícito, pero el aborto sí que provoca un daño irreparable incuestionable a otro ser. El aborto puede ser despenalizado pero no se debe considerar un derecho.

La eutanasia activa tampoco puede considerarse como lícita y por tanto no es un acto médico. Se podría argumentar que alivia un sufrimiento, pero provocar la muerte no sería el único recurso para su solución. Tampoco para la ejecución de una persona se requieren conocimientos médicos. Si la eutanasia algún día se legalizara, nunca se podrá considerar como acto médico.

Por consenso: La licitud del acto médico también radica en que sea por mutuo consenso. Una persona pide ser curada y otra lo acepta. La libertad del paciente para decidir es un derecho inalienable y como derecho de la persona debe ser protegido por el Estado y respetado por el médico.

Ajustado a la “lex artis”: “*Lex artis*” se entiende el conjunto de normas profesionales, deontológicas y legales que regulan la actividad médica. Si en el acto médico falla alguna de las dos primeras el acto médico no es lícito. Si falla la tercera es ilegal.

Legítima: La legitimidad nace de la ley. El título oficial confiere al médico el derecho a realizar determinados actos que de ser hechos por otro, no

médico, constituirían delitos. Así el médico puede, por indicación clínica, amputar una pierna o intervenir una apendicitis aguda. Esta actividad no sólo es ejercida en exclusividad por el médico, sino que si otra persona sin esa titulación la realizara incurría en un delito de intrusismo. (Artículo 403 del Código Penal).

Además, hay otras razones que han llevado a definir e incluir en el CDM la definición de acto médico. Se ha considerado conveniente delimitar bien lo que es acto médico ya que el profesional de la Medicina solo puede responder de aquello que sea un verdadero acto médico, porque incluso el Tribunal Supremo lo define de forma demasiado simple e inexacta como *“aquello que realizan los médicos”*, cuando realmente no todo lo que realizan los médicos debe considerarse acto médico, al menos, desde el punto de vista ético y deontológico.

Por otro lado aclarar este concepto lleva a ser beligerantes con el intrusismo médico, no solo porque sea una acción con responsabilidades penales y que el médico debe defender las actividades que el Estado reserva en monopolio a los poseedores del título oficial, sino también porque los médicos son los únicos que pueden garantizar que la medicina se ejerce según normas éticas y deontológicas además de profesionales.

También parece necesaria una definición que contenga, algo tan esencial como la naturaleza de la cosa definida, sus límites y referencias éticas y legales. No parece completa la definición más al uso de acto médico de la Asociación de Médicos Europeos:

“El acto médico engloba todas las actuaciones profesionales como son la enseñanza, educación y formación, actuaciones clínicas y médico-técnicas, todas ellas encaminadas a promover la salud, prevención de enfermedades, aportar los cuidados terapéuticos o diagnósticos a los pacientes, grupos, comunidades o individuos, siendo responsabilidad y debiéndose realizar siempre por un licenciado ó doctor en medicina titulado o bajo su directa supervisión o prescripción”.

Acto sanitario

Por último indicar que el acto médico no puede ni debe confundirse con el acto sanitario. De forma genérica todos los actos médicos no son sanitarios, ni viceversa. Cuando en la definición se hace referencia a la promoción integral de la salud se concibe en el sentido de salud definido por la Organización Mundial de la Salud “*La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”. No entraría en este concepto cualquier práctica, que aunque sea con fines sanitarios, no sea avalada por la “*lex artis*” en general o por la Organización Médica Colegial. Sería el caso del aborto, que aunque avalado por Ley, no tiene una justificación médica. Este acto sería legal, pero no lícito, al menos por una notable parte del colectivo médico.

La formación continuada como deber ético

Acaba el capítulo II del CDM donde se hace una llamada a la responsabilidad del médico con respecto a su formación continuada toda la vida como un derecho y un deber ético y recuerda que exige del médico una optimización de su trabajo hacia la comunidad y el sistema sanitario:

El artículo 7.3 del CDM. “*La formación médica continuada es un deber ético, un derecho y una responsabilidad de todos los médicos a lo largo de su vida profesional*”.

El artículo 7.4 del CDM “*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*”.

Responsabilidad social del médico

El médico debe huir del individualismo y ha de reflexionar acerca de su responsabilidad social a la hora de ejercer la profesión médica. Debe participar, en la medida de su formación y posibilidades en las actividades sociales que fomenten la salud, contribuyan a la educación sanitaria de la población, evalúen la eficacia de las prestaciones, llamen la atención sobre las necesidades asistenciales o contribuyan a la sostenibilidad del sistema sanitario.

Quizás actualmente cobra particular importancia la preocupación por el gasto sanitario, teniendo y fomentando una conciencia viva del coste económico de la salud y valorando siempre la relación coste/beneficio de sus decisiones.

El artículo 7.5 del CDM recuerda que *“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”*.

El médico conoce el sistema sanitario y esto le obliga a desempeñar un papel de conciencia social denunciando las deficiencias técnicas y éticas que en su área de responsabilidad o conocimiento pudieran darse. La denuncia siempre debe tener un carácter positivo, buscando la mejora del sistema sanitario y no su destrucción o inviabilidad y debería ir acompañada de propuestas de soluciones no utópicas o imposibles sino realistas y concretas. Con el fin de lograr una valoración más objetiva de los hechos denunciados puede contribuir la ayuda y el asesoramiento del Colegio de Médicos correspondiente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Declaraciones de la Asociación Médica Mundial: Ginebra 2º Asamblea General y Estocolmo 46 Asamblea General; Londres 3ª Asamblea General y Venecia 35 Asamblea General.
2. Definición Europea de acto médico, adoptada por la U.E.M.S (Unión Europea de Médicos Especialistas) Múnich 21-22 de octubre de 2005.
3. Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Nueva York, 22 de Julio de 1946. Official Records of the World Health Organization, nº 2, p.100.

CAPÍTULO III

RELACIONES DEL MÉDICO CON SUS PACIENTES

*“Las palabras son una medicina
para el alma que sufre”.*

Esquilo

*“Recuerda que cuando abandones esta tierra,
no podrás llevar contigo nada de lo que
has recibido solamente lo que has dado:
un corazón enriquecido por el servicio honesto,
el amor, el sacrificio y el valor”.*

San Francisco de Asís

CAPÍTULO III

RELACIONES DEL MÉDICO CON SUS PACIENTES

Introducción

La calidad de la relación del médico con los pacientes incide decisivamente en la calidad de la asistencia sanitaria y la imagen de los médicos y de la Medicina ante la sociedad. La normativa legal sobre la relación médico-paciente, es extensa y exigente pero no suficiente para agotar el ideal de perfección que se exige desde la ética al trato mutuo médico-paciente (Ley General de Sanidad, Convenio Europeo de Bioética, Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente, de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica; Ley 33/2011 de Salud Pública...).

La relación médico-paciente establece entre ellos un doble vínculo. Uno científico y humano y otro patrimonial que es un auténtico intercambio de bienes de diferente naturaleza. Por ello, desde la perspectiva legal es un contrato:

- a) Por parte del médico se atiende el objetivo de prevenir o curar la enfermedad, o al menos disminuir sus efectos, evitando el sufrimiento.
- b) Por parte del paciente, los honorarios o el salario que correspondan serán el medio de vida del profesional. En la asistencia pública este modelo pasa por las aportaciones tributarias como ciudadanos y la contratación de los profesionales.

Pero esta relación no es un mero “*arrendamiento de servicios*”. La naturaleza del acto médico es una prestación especial en la que son necesarios medios materiales, pero lo que resulta imprescindible son: la preparación científico-técnica, la palabra, la calidad de la actitud y en última instancia el acompañamiento.

Confianza en la relación médico-paciente

La calidad de la relación médico-paciente tiene requisitos basados en la confianza.

- a) El paciente se acerca al médico porque cree que tiene conocimientos suficientes para curarlo, que su principal interés es averiguar lo que padece e intentar su remedio y busca el apoyo humano que necesita para sobrellevar su enfermedad.
- b) El médico, por su parte, ofrece al paciente sus conocimientos, sus recursos y su tiempo y espera del paciente sinceridad en la información que le proporciona, que siga sus indicaciones y cumpla la prescripción. Sin confianza mutua la relación paciente-médico no puede ser buena, al contrario se convierte en algo negativo, se desperdician recursos y tiempo y se pueden ocasionar perjuicios.

Una relación sin confianza no puede mantenerse, por eso lo deseable sería que el paciente pudiese elegir a sus médicos, posibilidad que buscan y prometen los responsables políticos, pero difícil de conseguir al completo, aunque habitualmente se realiza en algunas especialidades como pediatría, obstetricia y ginecología, etc. Pero cuando la libertad de la relación se hace requisito fundamental es cuando el paciente rechaza a un médico determinado, o cuando el médico es el que considera perjudicial mantener su deber de asistencia a un determinado paciente; por ello, cuando un paciente no está conforme con la forma en que se siente tratado, puede solicitar el

cambio de médico y su petición debe ser atendida lo antes posible y cuando un médico considera que ha perdido la confianza de su paciente o que su relación se ha hecho conflictiva o que no se cumplen sus prescripciones, puede solicitar ser liberado de su atención.

El cambio de médico o la petición del médico para ser liberado de la atención de un determinado paciente, se deben atender porque una relación no deseada puede causar daño en la relación paciente-médico. Ahora bien, el médico no puede abandonar a un paciente. En caso que considere que la relación es inútil e incluso perjudicial por falta de confianza u otro motivo que lo justifique (consulta de otros colegas para el mismo problema, consulta a medicinas alternativas o curanderos, etc.), advertirá al paciente y a sus familiares de esta decisión y facilitará las gestiones para que pueda ser atendido por un colega que continuará con la asistencia, pero hasta que esto se produzca se esforzará por hacer lo mejor por el paciente en el aspecto clínico y en el personal.

El artículo 8.2 del Código de Deontología Médica (CDM) contempla este aspecto indicando que *“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”*.

El artículo 11 del CDM describe que el médico puede solicitar el cambio a un paciente que advierte falta de confianza, con algún matiz *“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”*.

En la medicina privada no existe este problema porque el paciente elige libremente el médico al que consulta. También la medicina asociativa o de compañías ofrece la posibilidad de elegir médico de entre los que forman parte del cuadro de las diferentes especialidades, a menudo muy amplio.

Paciente, usuario y enfermo

En la relación médico-paciente son importantes las circunstancias de la persona que solicita asistencia médica, a veces definida por la propia norma legal. Así, en la Ley 41/2002: *“paciente: es la persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud”*; y *“usuario: es la persona que utiliza los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de información sanitaria”*.

El término *“enfermo”* aparece en la Ley en una sola ocasión y es en el artículo 9. *Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación*, en que se explicitan situaciones en que el médico puede actuar sin consentimiento del paciente, considerándolas como excepción a la regla; dice así: *“2. Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables a favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos... 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...”*.

La interpretación que debe hacerse y de la inclusión del término *enfermo* es que, ante una persona en estado grave, que necesita una actuación urgente, cuando tiene afectadas o anuladas la capacidad cognitiva y volitiva y no puede dar un consentimiento válido, es la figura clásica del *“enfermo: in-firmus”*, persona sin firmeza, ni posibilidad de decidir por sí mismo. La

necesidad de actuar de inmediato impide o aconseja no perder tiempo en la localización de familiares que pudieran representar al enfermo y decidir por él, lo que autoriza al médico a actuar según su ciencia y su conciencia.

Paciente menor o incapaz

El *paciente menor de edad* es el que tiene menos de 18 años, en que se adquiere la plena capacidad civil y puede tomar decisiones sobre su persona y los bienes. No obstante, en sanidad la Ley 41/2002 reconoce a los menores entre 16 y 18 años capacidad para tomar decisiones sobre su salud “...cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación...”, es decir, no es necesario que los representen quienes ostenten la patria potestad, y por tanto, pueden dar el consentimiento por sí mismos, con las excepciones de las técnicas de reproducción humana asistida, los ensayos clínicos y la interrupción voluntaria del embarazo. No obstante, en el supuesto de la interrupción voluntaria del embarazo quedó recientemente regulada por la Ley Orgánica 2/2010, de posible revisión en un futuro próximo, la cual permite a las menores entre 16 y 18 años prescindir del consentimiento e incluso del conocimiento de los padres respecto al embarazo y al aborto, en caso de demostración de posible violencia intrafamiliar.

Son muy explícitos los diferentes puntos del Artículo 14 del CDM en cuanto a la relación del médico con el menor,

Artículo 14.1 del CDM. “*El mayor de 16 años se considera capacitado para tomar decisiones sobre actuaciones asistenciales ordinarias*”.

Artículo 14.2 del CDM. “*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*”.

Artículo 14.3 del CDM. *“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”*.

Artículo 14.4 del CDM. *“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”*.

Por tanto, en general para las actuaciones asistenciales ordinarias se considera capaz al mayor de 16 años; en los menores de 16 años, y siguiendo al Convenio Europeo de Bioética, *“la opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y su grado de madurez”*. Esto significa que el médico debe “meterse en la piel” de cada uno de sus pacientes menores y evaluar su nivel comprensivo respecto de sí mismo y de su entorno, valorando, conforme a esto sus opiniones y decisiones sobre su salud.

En una experiencia propia un niño de 9 años, ante una situación familiar de conflicto, al hacerle la pregunta sobre qué sabía de lo que pasaba a su alrededor dijo *“sé más de lo que parece, pero menos de lo que sería necesario”*, esta respuesta puede servir de guía en las ocasiones en las que es preciso comprender que los menores necesitan saber *“lo necesario”* para disipar su incertidumbre, su miedo y su angustia y encontrar la seguridad que tranquiliza. Esto es también aplicable a las personas que padecen trastornos mentales de cualquier índole, cuando su capacidad cognitiva y de decisión persiste aunque disminuida.

Los menores viven la enfermedad, experimentan el dolor, el miedo y la angustia a su manera y el médico no puede actuar ignorando esta realidad; la explicación hay que llevarla a su nivel para que comprendan lo que les ocurre y es preciso acompañarla de respuestas esperanzadas; el menor se debe sentir acompañado y dar la seguridad de que se le ayudará a superar el problema; no es infrecuente que en la práctica los médicos reciban de los menores enfermos lecciones de fortaleza, ánimo y esperanza.

Aun respetando el nivel de autonomía del paciente menor de 16 años, cuando la actuación médica conlleve un riesgo grave para la salud, el médico debe contar con los padres, para que participen en el proceso asistencial, recibiendo información y dando el consentimiento. En el seno de familias en conflicto, con enfrentamientos entre el menor y los padres, o de los padres entre sí, el médico adquiere especial compromiso y responsabilidad a la búsqueda de lo más favorable para el paciente, para su salud física y bienestar, como piezas importantes de su recuperación.

Cuando el tutor, en el caso de pacientes incapacitados, o de los representantes legales en pacientes incapaces, *“toman una decisión que, a criterio del médico, sea contraria a los intereses del representado, el médico solicitará la intervención judicial”*. Esto significa que el médico, desde el *“Principio de Beneficencia”* ante un paciente incapaz o menor, en el que la decisión tomada por representación, por parte de su representante legal no sea la más favorable, o, incluso pueda perjudicarlo, tiene la posibilidad de solicitar la protección del menor o incapaz a través de la fiscalía.

El *paciente legalmente incapacitado* es aquella persona que por padecer enfermedad o deficiencia persistente de carácter físico y más habitualmente psíquico está impedida para gobernarse a sí misma, lo cual lleva a su familia a solicitar judicialmente la medida protectora de la incapacitación. Esta medida la decide el juez por sentencia firme en la que establece la tutela del incapaz, nombra al tutor e indica la extensión y límites de la tutela. El tutor toma las decisiones por el incapaz y siempre en su beneficio, excepto en caso de necesidad de internamiento en centros de salud mental que se requiere autorización judicial.

Cuando un paciente está incapacitado, la relación médico-paciente se establece entre el paciente que es el objeto de la atención y los cuidados del médico, pero cuando hay que tomar decisiones y cuando éstas quedan por escrito, es el tutor/a quién firma el documento y decide por el incapacitado judicialmente.

El término de *persona o paciente incapaz* se utiliza para referirse a personas que, en el momento de tomar decisiones sobre la asistencia sanitaria que precisan, no tienen las condiciones de comprender su propia situación y circunstancias, teniendo anulada o muy disminuida su capacidad de decidir, aunque ésta persona no está legalmente incapacitada. En estos casos, las decisiones las toman los familiares o personas vinculadas quienes habitualmente se ocupan de él.

El CDM en su artículo 13 resume la conducta en estas situaciones en tres apartados:

Artículo 13.1 del CDM, *“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”*.

Artículo 13.2 del CDM, *“El médico deberá ser especialmente cuidadoso para que estos pacientes participen en el proceso asistencial en la medida que su capacidad se lo permita”*.

Artículo 13.3 del CDM, *“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”*.

Así mismo dice la Ley 41/2000 en el artículo 5.3 indica que *“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”*. Y en el artículo 9.3. *“Se otorgará el consentimiento por representación... a) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones...”*.

El término “*persona afectada*”, es el más utilizado en el Convenio Europeo de Bioética, no mencionándose el de “*enfermo*” o “*usuario*” y muy pocas veces el de “*paciente*”. Así lo vemos en el “*Capítulo II. Consentimiento. Artículo 5. Una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento... Artículo 6... sólo podrá efectuarse una intervención a una persona que no tenga capacidad para expresar su consentimiento cuando redunde en su beneficio directo...*”.

Autonomía del paciente. Principios de “Beneficencia” y “Justicia”

La principal característica de la relación médico-paciente, es en la actualidad, el reconocimiento de la autonomía del paciente. La ley es respetuosa con la idea de que quién mejor conoce lo que es más favorable para sí mismo es el propio paciente, después de ser correctamente informado. Es decir, reconocer al paciente su autonomía como derecho, lleva a establecer el deber del médico de informar la verdad; la decisión del paciente, su elección sólo será adecuada si dispone de la información verídica, suficiente y necesaria, aunque prudente y con tintes esperanzadores, acerca de los aspectos médicos sobre los que ha de decidir.

El deber de informar es un deber legal, pero la Ética no es ajena al mismo, al contrario, es absolutamente necesaria, porque se puede cumplir escuetamente con el deber legal, sin haber cumplido con la exigencia ética de personalizar el acto médico, centrar la explicación en el paciente concreto, interesarse y conocer sus circunstancias personales y familiares, y hacer, así una información personalizada, prudente, comprensible y esperanzadora aunque sin caer en una información “caritativamente engañosa”, en que todos saben lo que el paciente tiene, excepto él indudable protagonista de su historia.

Los médicos desde la tradición hipocrática, se impusieron a sí mismos actuar conforme al “*Principio de Beneficencia*”. Comprendieron que el enfermo (persona sin-firmeza por su enfermedad) mantenía respecto al médico una situación injusta, desigual, de dependencia, confiada y esperanzada; esto obligaba moralmente al médico a esforzarse para hacer por él lo que fuera más beneficioso y más favorable. También comprendieron la gravedad de actuaciones médicas que amparándose en esta desigual relación, se aprovechaban en su beneficio.

Este fue el fundamento del Juramento Hipocrático, inspirado en el “*Principio de Beneficencia*”: “*ponerme en el lugar del enfermo y tratarlo como yo desearía que me trataran a mí si ocupara su lugar*”; esto se correspondía con “*hacer lo mejor por el enfermo pero sin el enfermo*”. Esta relación médico-enfermo protectora y paternalista, persistió hasta la era moderna y ha impregnado nuestra medicina hasta el último cuarto del siglo XX y en algunos médicos e incluso conciudadanos sigue persistiendo.

Cuando se acepta hoy en día que la persona tiene capacidad de comprender, razonar, enjuiciar y sobre todo libertad de elección, se reconoce que estas capacidades también deben aplicarse y ejercerse en la relación médico-enfermo. Conforme a su *autonomía*, el paciente puede y debe decidir, y para decidir, tiene derecho a conocer su situación y las circunstancias de su estado de salud. Conceptualmente empieza a dejar de ser “enfermo” para convertirse en “*paciente*”, como persona que con paciencia debe sobrellevar la enfermedad, siendo sujeto activo del proceso.

Aunque la relación médico-paciente es personal confidencial y confiada y que sucede en la intimidad de una consulta, o habitación hospitalaria, hay factores que pueden influir al estar el individuo dentro de una sociedad con aspectos relacionados con la sostenibilidad económica. El principio a través del que se interviene en la relación médico-paciente es el “*Principio de Justicia*”, que viene a completar el trípode sobre el que se apoya jurídica y éticamente la asistencia sanitaria actual.

El “*Principio de Justicia*” es más complejo que los de “*Beneficencia*” y “*Autonomía*”, porque es bien conocido que la justicia significa decidir lo que corresponde a cada persona en cada caso, dar a cada uno lo suyo, pero esto es siempre distinto y merecerá una reflexión exigente.

Un aspecto del “*Principio de Justicia*” es la distribución de los recursos que se destinan a la asistencia sanitaria. Desde una óptica utilitarista el fin es obtener el mejor bienestar para mayor número de personas, es aceptable, pero no puede ser el único objetivo, porque desde la perspectiva personalista, el ser humano es un fin en sí mismo, cada persona es sujeto de dignidad y no se pueden olvidar aquellos que, por ser minoría no pueden ejercer la misma presión social a la hora de reclamar sus necesidades (como ejemplo pacientes con enfermedades muy poco frecuentes); o incluso los que aún no pueden defenderse por sí mismos como sucede con los no nacidos.

La distribución de los recursos en asistencia sanitaria siempre es un reto que se hace más acuciante en tiempos de dificultades económicas. La justicia en la distribución de recursos no puede ni debe ser ajena a la profesión médica, ya que los médicos deben ser garantes de los pacientes; su implicación debe hacerse a través de las instituciones donde se toman las decisiones (Comisiones hospitalarias, Colegios de Médicos, etc.). La colaboración del médico es un deber ético que, siempre que sea posible, no debe rechazar y una vez aceptado actuar con lealtad primero al paciente y después a la institución sanitaria.

Los tres principios citados (*Beneficencia, Autonomía y Justicia*) hay que aplicarlos en la relación médico-paciente cuando el paciente es mayor de edad y está capacitado para tomar sus propias decisiones, pero también cuando los pacientes son menores de 16 años en que son los padres los que deciden en virtud de la patria potestad o cuando el paciente está incapacitado de forma transitoria o permanente para comprender su situación y poder elegir lo que es más favorable para él. Todo ello va a ocasionar una gran variedad de situaciones y circunstancias que son un verdadero desafío para el médico, que tendrá siempre el deber deontológico de buscar el mejor resultado respetando y jerarquizando adecuadamente los principios éticos enunciados.

Sin renunciar a la reflexión ética desde el “*Principio de Beneficencia*”, el médico del siglo XXI sabe que la Autonomía del paciente tiene prioridad y debe ser respetada, igual que debe conocer su compromiso ético con los pacientes que por carecer de capacidad para decidir, no pueden ejercer su Autonomía, quedando a merced de la beneficencia de los demás y en que la beneficencia del médico debería ser prioritaria y con supremacía respecto a la de los familiares, a veces con intereses particulares llenos de subjetividad.

Algunos aspectos circunstanciales pero importantes en la relación del médico con sus pacientes

Confirmando la idea de que la confianza está en la base de la relación médico-paciente, el médico debe cuidar su imagen; éste es un aspecto cultural, que en nuestro medio, todos los profesionales sanitarios han de considerar y sobre todo los hombres y mujeres médicos jóvenes, laboralmente situados, de los que se espera un aspecto digno en el comportamiento y en la apariencia. Es un detalle de respeto hacia la dignidad que inspira el paciente, presentar una imagen, unas formas y una manera de hablar correctas y acordes con la buena educación y la cortesía, esto favorecerá siempre la relación.

En una sociedad multirracial y multicultural como es la sociedad española, los médicos deben ser respetuosos con las convicciones y creencias de sus pacientes, especialmente cuando el paciente sufre una enfermedad seria, en la que se compromete su salud y hasta su vida; en este caso, conocer la fortaleza psicológica, las creencias religiosas, los recursos familiares y sociales, etc. del paciente, es un factor importante a la hora de tomar algunas medidas y para la forma de afrontar la evolución.

El médico no puede intentar convencer y menos imponer a los pacientes sus propias convicciones en relación a tomas de decisiones en las que la propia conciencia interviene. No obstante, hay situaciones en las que el médico debe informar e instruir a los pacientes y familiares sobre la conveniencia sanitaria de algunas prácticas o costumbres que pueden tener algún riesgo.

A título de ejemplo, el Ramadán en pacientes diabéticos que profesen el Islam, supone un riesgo sanitario y exige al médico una actitud expectante ante posibles desestabilizaciones del equilibrio metabólico y posible aparición de hipoglucemias que pueden llegar a ser graves, al pasar el paciente muchas horas sin ingerir alimentos; cuando estos pacientes realizan trabajos a turnos, o cuando las actividades laborales son diurnas, el problema se agudiza, y aquí el médico de familia y el médico del trabajo deberá advertir al paciente de estas circunstancias haciendo las recomendaciones oportunas para evitar problemas.

Otros aspectos son más graves, así sucede con ritos como la ablación del clítoris a las niñas, práctica mutilante inaceptable desde todos los puntos de vista y además con riesgos hemorrágicos, infecciosos, etc., que pueden llegar a ser graves. Esta práctica está rotundamente prohibida en España y que desgraciadamente realizan personas no sanitarias dentro del grupo cultural o religioso al que pertenece la niña víctima.

Esta inaceptable práctica aparece tipificada en el Código Penal, dentro del delito de lesiones en el artículo 149: “... 2. *El que causara a otro una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones será castigado “...”, con la consideración de agravante “Si la víctima fuera menor o incapaz, será aplicable la pena...”*; esto obliga al médico a estar expectante ante familias en las que exista este riesgo, y en el caso de tener conocimiento de que se ha producido la ablación debe denunciarlo mediante parte de lesiones.

El médico puede “*predicar con el ejemplo*” de su buena conducta, pero no puede imponer sus convicciones, por ello, en relación a temas como el aborto, si las pruebas realizadas a la embarazada diagnostican una malformación o tara fetal, tiene el deber de transmitir la información y respetar que la mujer decida acogerse o no al aborto, cuando está legalmente despenalizado: la objeción de conciencia permite que el médico pueda acogerse a ella en los actos relacionados directamente con la práctica abortiva, pero no permite en ningún caso el abandono asistencial de la mujer gestante que ha decidido no continuar con su embarazo.

El artículo 9.1 del CDM afirma que “*El médico respetará las convicciones de sus pacientes y se abstendrá de imponerles las propias*”.

La exploración física en la relación médico-paciente

Un tema delicado de la relación médico-paciente es la exploración física; éste es un acto médico imprescindible para el diagnóstico. En la medida en que se han ampliado las pruebas diagnósticas de imagen, analíticas, etc., la recogida de signos a través de la palpación, la percusión, la auscultación, el tacto (rectal, vaginal) etc., se ha ido haciendo menos frecuente, pero eso no significa que no sea importante y útil y deba considerarse como una actividad necesaria ligada a la buena práctica médica.

Por ello, hay que aceptar que con estas maniobras el médico está actuando como tal y no van en contra de la intimidad del paciente cuando se realizan en el ámbito y condiciones adecuadas y con la necesaria delicadeza y profesionalidad; estas maniobras se integran en una actitud de respeto y de normalidad y constituyen parte de los medios de que el médico dispone para llegar al diagnóstico.

No obstante, como dice Gonzalo Herranz *“En el acto de desnudarse, el paciente manifiesta su transitoria renuncia a la dignidad humana y acepta que el médico lo convierta en una realidad objetiva que es evaluada científicamente. Es obvio que de ese trato se excluye toda intención erótica, la inspección visual nunca es un acto de “voyeurismo”, ni la palpación tiene nada que ver con la caricia... el médico no puede aprovechar la situación para abusar de su paciente...”*.

A pesar de que los médicos se guíen por una recta y moralmente exigente práctica clínica, es aconsejable, deontológicamente explicar al paciente la finalidad de estas maniobras y proponer y solicitar la presencia de una persona de la confianza del paciente o colaboradora del médico, cuando se practican estas maniobras en ámbitos como el ginecológico, y siempre serán acordes con la mayor delicadeza y respeto. El CDM no olvida este aspecto en el artículo 9.2 *“En el ejercicio de su profesión el médico actuará con corrección y delicadeza, respetando la intimidad de su paciente”* y en el artículo 9.3, *“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”*.

La figura del médico responsable

La Ley 41/2002, define la figura del médico responsable como *“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”*.

Esta figura es especialmente importante durante el proceso de hospitalización en el que el paciente mantiene una relación continuada con “su médico”, cuya identidad debe conocer, y que es el que recaba la información y

se la transmite, de forma continuada, haciendo el seguimiento de su evolución, los resultados de las pruebas que se le van realizando, el diagnóstico posible o confirmado proponiéndole las posibilidades terapéuticas, para que, llegado el caso, el paciente pueda elegir.

No obstante, en cualquier lugar en que se desarrolle una asistencia médica (consulta en atención primaria, especialista, realización de una prueba, etc.), el médico que actúa debe presentarse al paciente para que éste conozca la identidad de quién le atiende.

El ejercicio de la medicina en equipo, no puede diluir la figura del médico responsable del paciente, que coordina la actividad asistencial y que mantiene con el paciente la relación continuada e integradora que da seguridad y confianza al paciente y a la familia.

El artículo 10 del CDM muestra esta conveniencia al decir que *“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”*

Características de la información al paciente

Siempre que el paciente esté en condiciones de comprender, el médico le transmitirá la información que necesite para tomar sus decisiones. La información está en el hilo conductor de la relación médico-paciente, no es algo añadido o artificial; la historia clínica se construye en gran parte con la información que proporciona el paciente, pero el médico corresponde explicándole la interpretación que se hace de la misma y de los resultados de la exploración y las pruebas complementarias.

La información al paciente debe personalizarse, ser veraz y adaptarse a su comprensión según edad, nivel cultural, estado de salud, etc.; esta es

la base de la comunicación entre el médico y el paciente y en la medida en que es fluida, clara y suficiente contribuirá a la calidad de la relación médico-paciente. La información se dirige al paciente, pero en la cultura mediterránea es habitual que la persona enferma esté acompañada por familiares directos o con los que convive. La Ley habla de familiares o personas con las que mantiene una relación “de hecho”.

Dada la diversidad familiar actual, se considera aconsejable, solicitar al paciente que designe a la/s persona/s de su confianza con las que desee compartir la información y ayuda a tomar decisiones. Es conveniente reflejarlo en la historia con lo que se evitan conflictos ante familias numerosas, o con problemas de relación entre sus miembros.

El CDM concreta como debe ser la información en el 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”* y en el artículo 15.2, *“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”*.

Aunque la información es continuada, es especialmente importante cuando el paciente puede decidir entre *“las opciones clínicas disponibles o las alternativas terapéuticas”*; así como cuando rechaza *“total o parcialmente una prueba diagnóstica o un tratamiento”*, en cuyo caso, la información que se transmita será *“comprensible y precisa de las consecuencias que puedan derivarse de persistir en su negativa, dejando constancia de ello en la historia clínica”*.

El artículo 12.1 del CDM explicita que *“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 y el artículo 12.2 al indicar que “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”.

La información sobre la naturaleza de una intervención, una prueba diagnóstica o una actuación médica que tiene riesgos, se debe hacer el consentimiento informado por escrito. Como indica el Capítulo IV de la Ley 41/2002 *“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”.*

Se puede actuar sin consentimiento si hay riesgo grave y urgente para la seguridad y la integridad física o mental del paciente, se debe según la ciencia y la conciencia del médico. Cuando la patología del paciente sea un riesgo para la salud pública (cuadros infecciosos en fase contagiosa), es obligado tratarlo incluso cuando se rechaza el tratamiento. Se aplica el *“Principio de Beneficencia”* en doble dirección, para proteger al paciente y para proteger a terceras personas, en riesgo; se aplica la Ley Orgánica 3/1986 que dispone el internamiento del paciente, bajo control judicial como garantía de que hay razones médicas, imponiendo el deber del médico responsable del paciente comunicar al Juez, en un plazo de 24 horas, el internamiento y motivos que lo justifican, lo que permite que el tratamiento se continúe con la autorización judicial y todas las garantías sobre su licitud y legalidad.

Este aspecto también es la base del internamiento compulsivo de pacientes que sufren un trastorno mental que necesita tratamiento hospitalario urgente, por riesgo para sí mismo o para terceros, previsto en el artículo 763

de la Ley de Enjuiciamiento Civil, con los mismos pasos y plazos temporales en su comunicación al Juez y su autorización cuando comprueba que el internamiento se basa en razones exclusivamente médicas, que buscan la mejoría o curación del paciente en su propio beneficio, cuando su estado de salud mental no le permite comprender lo que le es favorable.

El objetivo del médico en el internamiento de un compulsivo, contra la voluntad del paciente, debe ser proteger la salud pública y/o la seguridad y la salud del paciente frente a sí mismo; el cumplimiento de las normas legales será escrupuloso y procurará que el paciente, en la medida que mejore y acepte la medida, vaya participando en el proceso de forma voluntaria, recibiendo la información adecuada y alcanzando la dignidad que caracteriza a la relación médico-paciente libremente aceptada.

El “*Principio de Autonomía*” pasa a un segundo plano; se actúa conforme al “*Principio de Justicia*”, ya que interviene el Juez para garantizar el respeto a los derechos del paciente (desprovisto de su autonomía). El “*Principio de Beneficencia*”, habitualmente sometido al de “*Autonomía*” y al de “*Justicia*” se hace importante, porque son razones médicas las que se argumentan de lo que es más favorable para el paciente y/o terceras personas. Las razones expuestas por el médico son valoradas por el Juez que con su autorización legitima el internamiento en contra de la voluntad del paciente.

Cualquier internamiento de un paciente compulsivo debe ser especialmente considerado por el médico que lo indica, en particular en centros de salud mental en los que sólo se mantendrá el tiempo necesario para la recuperación del paciente, procurando que su integración familiar, social y laboral sea lo más completa y pronta posible. Es contrario a la Deontología alargar innecesariamente tratamientos o internamientos solo por comodidad del entorno del paciente.

El médico está dispensado de actuar cuando el paciente solicita un procedimiento inaceptable por razones científicas, éticas o legales actuación que se corresponde con el principio hipocrático “*primum non nocere*” (primero no dañar).

Estas circunstancias también necesitan que se informe al paciente de las razones que impiden cumplir sus deseos:

- a) Cuando las razones sean científicas, se debe explicar que profesionalmente no se puede actuar de forma contraria a lo aceptado por la medicina como lo mejor o lo posible;
- b) Cuando las razones de la negativa son de carácter ético, el médico explicará al paciente que la naturaleza de la prestación que solicita es contraria a su conciencia, lo que le impide actuar realizando el procedimiento solicitado.
- c) Cuando las razones son legales se explican por sí mismas, no puede hacerse lo contrario a lo que la Ley marca, ni como ciudadano, ni como médico.

También como indica el CDM cuando en el artículo 12.3 dice *“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”*.

Circunstancias especiales en la aplicación del “Principio de Autonomía”

1. La Huelga de hambre

La huelga de hambre plantea una circunstancia delicada respecto a la información, el consentimiento y la asistencia médica, ya que la persona que adopta la decisión de seguirla, sufrirá un deterioro físico y psíquico previsible y progresivo que puede llevarle a un deterioro psicofísico grave e incluso a la muerte.

En España el Tribunal Constitucional (TC) tomó la resolución de no permitir la huelga de hambre en personas privadas de libertad, con cuya actitud pretenden alguna reivindicación personal o colectiva, a veces de tipo político, dirigido contra el Estado; consideró el alto Tribunal que al estar el huelguista bajo la tutela, custodia y protección del Estado, éste es el garante de su seguridad y su salud y no puede dejarlo morir, por lo que autoriza la alimentación forzosa. Esta resolución del TC no es aplicable cuando la persona que decide seguir huelga de hambre es un ciudadano libre, en cuyo caso es ético respetar el principio de autonomía y no alimentar al huelguista. No obstante, la persona debe tener en esta situación toda la asistencia sanitaria que necesite y, sobre todo, que solicite. El médico no establecerá alimentación forzosa.

El médico debe establecer en primer lugar, que quién inicia una huelga de hambre se encuentra en pleno uso de sus facultades mentales, teniendo íntegra su comprensión, su juicio y su libertad. En segundo lugar debe ser informada sobre las consecuencias esperadas ante la falta de alimentos, información que incluirá la posibilidad de secuelas irreversibles e incluso la muerte. Para algún médico puede ser contrario a su conciencia moral permanecer junto a una persona que se deteriora física y mentalmente, sin que se deje ayudar; mientras que puede ser igualmente violento para su moral que se le obligue, por la autoridad judicial a alimentar al huelguista, cuando éste ha tomado una decisión consciente y libre de negarse a alimentarse. En ambos casos, estaría justificada la objeción de conciencia, que se trata más ampliamente en su capítulo correspondiente, aunque en el caso del mandato judicial plantea un dilema entre la Deontología y la Ley.

El artículo 12.4 del CDM expone que *“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”*.

2. Rechazo de ciertos tratamientos por motivaciones éticas y/o religiosas

Parecidas actitudes aparecen en relación con el rechazo de ciertos tratamientos como por ejemplo los Testigos de Jehová que se oponen a la terapia con sangre y hemoderivados, única solución, a veces, para cuadros hemorrágicos, leucemias, etc. Mientras que en pacientes adultos y con sus funciones mentales íntegras, es ético no poner el tratamiento en contra de su voluntad y respetar la negativa, aunque el paciente ponga en riesgo su vida, no es adecuado dejar a un paciente menor sin tratamiento del que depende su salud y su vida.

En estos casos hay ya sentencias en las que los jueces se han pronunciado a favor de salvar la vida del menor, considerando que su voluntad será respetada cuando llegue a la edad adulta y sea plena su autonomía, ya que se trata del bien más fundamental que es la vida, base de todos los demás derechos.

Un caso más dudoso es el que se plantea con acciones preventivas y menos definitivas respecto a la vida del paciente menor, como las vacunas, en que la evidencia científica garantiza su función protectora frente a determinados procesos ocasionados por microorganismos. Sin embargo hay movimientos naturistas contrarios a las actuaciones en este ámbito, de forma que algunos padres pueden oponerse a las campañas obligatorias o recomendadas de vacunación, negando a sus hijos (de edades muy pequeñas) la oportunidad de protección que ofrecen las vacunas.

¿Cuándo puede ser necesaria la intervención judicial negando a los padres su derecho a decidir “lo mejor” (ellos así lo creen) para el menor sustituyéndolos por la decisión del Juez?. En estos casos hay que valorar la situación concreta, teniendo en cuenta el tipo de germen frente al que se intenta proteger al menor, situación epidémica o no, el propio estado de salud del menor, etc., sólo cuando sea necesario se impondrá la medida, valorando siempre que los beneficios previstos superen con creces a los riesgos.

3. Información al paciente con enfermedad grave

Especialmente delicados son los casos en los que el diagnóstico del paciente es grave y su evolución probablemente fatal. Por un lado, el paciente tiene derecho a saber, pero tiene que estar preparado para ello, y el médico debe valorarlo. Es un reto para el médico porque debe encontrar el equilibrio entre informar con veracidad sobre el diagnóstico, sin privar de la esperanza que supone el tratamiento. La delicadeza, la prudencia, la compenetración con el paciente son tan importantes como las medidas terapéuticas; sólo así se conseguirá encontrar la mejor fórmula para graduar la información, hacerla progresiva, conforme al estado físico y anímico del paciente y siempre, sin cerrar la puerta a la esperanza.

La familia tiene un papel importante, cuando la información no puede ser optimista. La familia a veces solicita del médico que no comunique al paciente el diagnóstico o el pronóstico, pesando más en ellos el evitarle un sufrimiento, son las denominadas “conspiraciones de silencio”.

El médico no puede perder de vista que ocultar información al paciente es despreciar su derecho a enfrentarse a su destino y poder hacer disposiciones sobre aspectos distintos de su vida (religiosos, económicos, etc.). Corresponde al médico valorar la situación y decidir si es necesario recurrir al “privilegio terapéutico” (no dar momentáneamente toda la información), indicado para el caso en el que, con certeza, perjudique al paciente y a su salud conocer la verdad.

Hay pacientes que manifiestan al médico su deseo de no ser informado. Debe respetarse su voluntad, aunque se anotará esta circunstancia en la historia clínica para que quede constancia de que el médico ha cumplido con el deber de ofrecer información.

4. Confidencialidad y medidas preventivas

Hay algunas situaciones, afortunadamente poco frecuentes, en las que el médico puede tener un dilema entre respetar la intimidad de su paciente y medidas de prevención. A título de ejemplo: paciente infectado por VIH o hepatitis debe recibir toda la información e indicaciones sobre las normas preventivas a seguir para evitar el riesgo de contagio a las personas con las que convive o comparte su intimidad. El médico debe recomendar al paciente que siga estrictamente las normas de prevención e informe a la/s persona/s con las que comparte su vida más íntima para que también sigan éstas las normas preventivas adecuadas; sin embargo, ante dudas fundadas o la certeza de que no sucederá así, deberá ser él mismo quién informe del riesgo sanitario a quién estrictamente esté indicado, siempre con circunspección y prudencia.

Actualmente, son cada vez más frecuentes las denuncias contra los médicos, por presunta “mala praxis” o considerar el paciente que ha sido injustamente tratado. Hay dos situaciones bien diferenciadas:

- a) La denuncia corresponde a un error o desajuste en la organización del equipo médico o del hospital; el médico debe ser sincero con el paciente y los familiares, cuando asume las consecuencias y explica lo sucedido de forma honrada y constructiva. Con ello la respuesta suele ser comprensiva y menos enconada.
- b) La denuncia se origina en los propios comentarios y actitudes imprudentes de compañeros que llevan al paciente a la creencia de que se ha actuado mal. Esta conducta es absolutamente contraria a la Deontología Médica.

El CDM tiene unas normas en el artículo 17.1 para aconsejar que *“El médico deberá asumir las consecuencias negativas de sus actuaciones y errores, ofreciendo una explicación clara, honrada, constructiva y adecuada”* y en el artículo 17.2 *“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”*.

Ya se ha señalado la dignidad del paciente en cualquier caso, por ello el consultorio debe ser igualmente digno y acorde con la finalidad asistencial, contando con los recursos que sean necesarios a sus fines. El lujo excesivo en las instalaciones médicas debe ser también considerado con sentido de prudencia. El artículo 18 del CDM señala a este respecto que *“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”*.

La historia clínica

Entre los contenidos del capítulo III, el artículo 19 se ocupa de la Historia Clínica. La historia clínica surgió como una necesidad del médico para anotar todos los datos relevantes de su paciente, con la finalidad de mejorar la asistencia en sucesivas consultas. Actualmente la asistencia sanitaria es muy compleja, y la historia clínica puede hacerse necesaria en cualquier lugar geográfico en el que se encuentre el paciente; esto ha propiciado que la historia clínica manuscrita y personal vaya dejando paso a un documento más estándar, informatizado y centralizado que permite su consulta desde cualquier red sanitaria, estando muy próximo el momento en que la historia clínica pueda ser portada por el propio paciente en su tarjeta sanitaria. Es éticamente aceptada la historia clínica informatizada, con algún condicionante y precauciones, tal como indica el artículo 19.9 del CDM. *“La historia clínica electrónica sólo es conforme a la ética cuando asegure la confidencialidad de la misma, siendo deseables los registros en bases descentralizadas”*.

No obstante, todavía son numerosos los documentos médicos que se elaboran manuscritos (informes de asistencia en Urgencias, o la historia en el internamiento hospitalario, que recoge las incidencias en la evolución del paciente, interconsultas, pruebas, tratamientos, etc.; la documentación clínica que vaya manuscrita se procurará que sea legible y se evitarán los

diminutivos y siglas personales, salvo las reconocidas por la generalidad de los médicos; esto tiene por objeto evitar errores de lectura o interpretación que acaben en un perjuicio o daño concreto para el paciente.

Varios son los aspectos que deben tenerse en cuenta respecto a la historia clínica:

- 1) La historia clínica se redacta para la mejor asistencia del paciente**, de manera que cualquier profesional que le atienda pueda conocer sus antecedentes, su estado de salud, pruebas realizadas, diagnósticos, tratamientos seguidos y efectos de los mismos. Es un derecho del paciente y para el médico es un deber, pero también un derecho para el que necesita tiempo y los recursos para hacerla y custodiarla adecuadamente. En el artículo 19.1 del CDM indica que “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) Los datos que obran en ella son confidenciales y deben estar protegidos**, por ello, en principio, sólo pueden acceder a la misma los profesionales que participan en la asistencia del paciente y el propio paciente.
- 3) La historia clínica puede ser utilizada con otros fines como los científicos para docencia e investigación**, en que se respetará el anonimato de los pacientes y se debe obtener su consentimiento. Se solicitará al paciente que autorice que los datos de salud puedan ser incorporados a una base de datos, tratados informáticamente y utilizados para docencia e investigación, garantizando que no se dará a conocer su identidad. En publicaciones en las que aparece el rostro del paciente (lesiones dermatológicas o actuaciones quirúrgicas en la cara), es imprescindible consentimiento escrito, sin perjuicio de que en lo posible se oculten los rasgos más definitorios, como los ojos, etc.

El artículo 19.2 del CDM permite el uso de los datos de una historia clínica con fines investigadores o docentes *“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”*.

- 4) Cuando se realicen estudios o auditorías sobre gestión u otros aspectos asistenciales**, el médico debe colaborar ya que se considera legítimo para intentar la mejora de las prestaciones a los pacientes. La identidad debe quedar absolutamente salvaguardada, y la dirección y responsabilidad del estudio debe recaer en un médico, puesto que se manejan bases de datos de salud.

Sin embargo, el artículo 19 del CDM, incide en alguna excepción *“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”*.

- 5) Una finalidad particular de la historia clínica es la judicial** cuando hay una denuncia o demanda por presunta “mala praxis”. La historia se convierte en prueba, siendo el mejor medio para conocer la actuación del profesional o profesionales denunciados. En la historia figuran los nombres de los profesionales intervinientes, que actuación han tenido, hora y circunstancias, lo que permite reconstruir los hechos.

En este supuesto, es el propio paciente el interesado en que todos estos datos se conozcan, por ello releva al médico del deber de secreto y se permite la publicidad de datos, habitualmente protegidos; no obstante, el deber ético de sigilo mantiene su vigencia, y los datos que no sean relevantes para la causa, o que pertenezcan a procesos asistenciales distintos del que se enjuicia, es adecuado protegerlos.

6) La ley reconoce al paciente su derecho de acceder a su historia clínica, por tanto, es acorde con la ética dar al paciente (o a su representante) copia de la historia, tarea de la que se encarga el Servicio de Documentación, que incluso la compulsa. En la consulta privada, es un deber directo del médico. El paciente tiene derecho a conocer los datos de su historia y los resultados de las pruebas realizadas, que se le facilitarán si así lo pide, dejando constancia en la historia de los resultados y de este hecho.

Este derecho se refleja en el apartado 5 del artículo 19.5 del CDM *“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.*

El derecho del paciente a conocer su enfermedad se hace habitualmente a través de informes que recojan los datos importantes de forma precisa, evitando la difusión innecesaria de datos de salud merecedores de protección. El médico valorará, ante peticiones de la historia clínica completa la posibilidad de que contengan hechos que aportados por terceras personas, en beneficio de la salud del paciente, pero que su revelación puede causar daño, por ejemplo paciente alcohólico del que la esposa ha comunicado un consumo mayor del que él reconoce, o incumplimiento del tratamiento, etc.. Su conocimiento podría dar lugar a una actitud hostil y hasta agresiva del paciente hacia la esposa, por lo que estaría éticamente justificado no dar esta información.

La Historia clínica es fuente de información para certificados médicos o informes, a los que el paciente tiene derecho, y que sólo entregará al interesado que hará de ellos el uso que le convenga. Esta situación es delicada en personas con trastornos mentales, ya que los certificados o informes son necesarios para obtener ayudas, justificar su minusvalía o

dependencia y son solicitados por los familiares encargados de su cuidado o su tutor legal; el médico hará constar los datos con objetividad y velará para que su información no perjudique al paciente. Los informes o certificados médicos complacientes o falsos están prohibidos por la ley y son rechazables desde la ética.

Es legítimo y éticamente recomendable no proporcionar al paciente información de las “*Anotaciones subjetivas*”, que son interpretaciones, sugerencias, hipótesis, etc., que el médico desea recordar para futuras visitas y que no son obtenidas de forma objetiva. Estas anotaciones suelen ser especialmente importantes en pacientes psiquiátricos, en que pueden recoger interpretaciones respecto a relaciones familiares etc., que el médico puede y debe mantener al margen del resto de la historia y diferenciarse para que, en caso de dar al paciente la copia de la historia, éstas puedan separarse fácilmente.

- 7) **El acceso a la historia clínica del paciente fallecido** sólo se podrá proporcionar a las personas con vínculos familiares con el paciente o con relación de hecho, y siempre que no exista prohibición expresa del interesado (son los mismos familiares que se contemplan en caso de compartir la información, cuando el paciente está vivo). Esta circunstancia está contemplada en el artículo 19.6 del CDM, “*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*”.
- 8) **Es conforme a la ética médica que el médico, si el paciente se lo pide, transmita datos suyos de salud o resultados de pruebas a otro médico** para que éste pueda realizar la asistencia médica que el paciente le ha solicitado. Lo expresa con claridad el artículo 19.7 del CDM. “*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*”.

9) La conservación de la historia clínica es un derecho para el paciente y un deber para el médico y para la institución. El tiempo de conservación lo establece la legislación estatal en *“al menos cinco años desde el último episodio asistencial”*. Hay normativas autonómicas lo amplían hasta veinte años, o proponen el expurgo, de forma que unos documentos se guardarán más tiempo al considerarlos más importantes para la asistencia, o las garantías legales del paciente. Esta obligación la contempla el artículo 19.3 del CDM. *“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”*.

10) El ejercicio privado origina algunas situaciones de conflicto. Así sucede cuando un médico fallece o se jubila, y se plantea el destino de las historias clínicas de los pacientes que atendía, lo mejor es ponerlas a disposición de los interesados, directamente al médico que elijan para la continuidad de la asistencia; el colegio profesional solucionará las dudas que puedan surgir en estos casos. El artículo 19.4 del CDM especifica bien esta situación al señalar que *“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”*.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gonzalo Herranz. Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica. Eunsa Ediciones de la Universidad de Navarra S.A. Pamplona. 2ª ed., 1993
2. Gisbert Calabuig, J.A. Medicina Legal y Toxicología. Editor E. Villanueva. Masson. Barcelona 2004.
3. Castellano Arroyo M. De la relación médico-enfermo a la relación médico-paciente-usuario. Las denuncias y la violencia contra los médicos. ¿Signos de la alarma social?. Discurso de apertura en la Universidad de Granada. Curso académico 2011-2012.

CAPÍTULO IV

CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

*“Si compadeces en algo, padeces,
y médico que compadece
mejor medicina ofrece”.*

Aforismo popular

*“Un buen médico es el que se equivoca
raramente, pero el perfecto,
el que reconoce sus errores”.*

Hipócrates

CAPÍTULO IV

CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Introducción

Una de las quejas frecuentes de los pacientes tiene relación con una supuesta deshumanización de la Medicina, por lo que el colectivo médico debe prestar atención especial a este aspecto. No se trata de desestimar los avances tecnológicos lo que ocasionaría pérdida de calidad asistencial, sino de evitar sustituir la relación con el paciente por el diagnóstico del aparataje que da al paciente la falsa sensación de ayudar a curar sin fracasos. La recuperación de la dimensión humanística de la relación médico-paciente es sin duda un elemento decisivo en la calidad asistencial. Ello, junto con la disponibilidad del tiempo necesario, conduce a una medicina más satisfactoria para el paciente, a una mayor eficiencia en el uso de pruebas diagnósticas y prescripciones, ocasionando una menor iatrogenia y un mejor control de los gastos.

El médico no debe admitir sistemas sanitarios que impongan esquemas de relación médico-expediente, médico-usuario, médico-caso clínico, trato despersonalizado ni actitudes paternalistas. Por el contrario el médico debe transmitir la firme sensación de que se puede contar con él, mediante el consejo adecuado, bien intencionado, a tiempo y dirigido a buscar lo mejor para el paciente. Es en esta sociedad que añora la honestidad y el compromiso, en donde el médico debe construir, o más bien reconstruir, los valores éticos que la profesión exige y que tanta falta hacen en las relaciones entre personas. La Declaración sobre tiempos mínimos en las consultas médicas, aprobada por la Asamblea General en enero de 2008, establece:

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

5. hay que tener en cuenta que el actual marco deontológico y legal reconoce al ciudadano unos derechos relativos a la información y el consentimiento que exigen dedicar a la consulta médica un tiempo que hace unas décadas no se contemplaba y que actualmente puede condicionar la responsabilidad médico-legal.

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

Una información deficiente y algunos excesos del mercantilismo han creado en la población falsas expectativas. Los pacientes pueden tener la idea de que la medicina lo puede todo y no están preparados para admitir que puede fracasar sin que nadie tenga la culpa. Parte de la culpa de esta situación la tienen los seriales médicos y las declaraciones bien intencionadas pero excesivamente optimistas en divulgaciones de los propios médicos sobre sus técnicas o sus trabajos.

Cuando ni los salarios ni la posición están reconocidos de acuerdo al esfuerzo profesional, una de las fuentes que queda para mantener la autoestima es la percepción de utilidad social; esto es lo que explica el compromiso que mantiene la profesión médica y que permite que el sistema siga funcionando con eficacia.

El médico decide cada vez menos; el abuso economicista de la organización sanitaria puede llegar a ahogar la calidad de la sanidad pública. Esta tendencia de gestión caracterizada por la búsqueda de la eficiencia económica aún a costa del humanismo, no es la más adecuada cuando se basa exclusivamente en valores de control, objetivos, producción, orden, directrices. Pocas veces se valora la calidad en el trato con los pacientes, los logros en docencia o incluso de investigación o el grado de satisfacción del equipo. El humanismo pretende que la persona sea el centro y el fin de la actividad médica, y es un muy importante factor en el quehacer del médico, que aun reconociendo la dificultad de su valoración objetiva, muy pocas veces es considerado en la valoración profesional curricular.

También debe ser evitada la llamada “*medicina defensiva*” que no tan solo aumenta el coste económico, sino que además y, lo que aún es más importante incrementa las molestias e incluso el sufrimiento del paciente, al ser sometido a más pruebas complementarias de las necesarias.

Los médicos son los que deberían de una manera efectiva determinar la indicación y no los pacientes con sugerencias o incluso exigencias. Lo importante es analizar qué factores condicionan la indicación, entre los que se pueden valorar las sugerencias de los pacientes, pero no deben considerarse otros como utilizar las pruebas complementarias para aliviar la presión asistencial en un momento determinado u otras circunstancias.

Los pacientes tienen derecho a recibir y los médicos obligación de suministrar de forma comprensible toda la información médica necesaria, suficiente y relevante para la toma de decisiones que afecten a su salud. En aquellos casos que el acto médico no persigue la curación de una enfermedad, aún persiguiendo un beneficio para el paciente, debe extremar la información sobre sus riesgos y complicaciones.

Valoración de la capacidad profesional propia del médico

Un pequeño pero significativo porcentaje de profesionales sanitarios, tienen alteraciones o adicciones que dificultan una correcta asistencia. La OMC tiene la obligación de impedir estas prácticas ya que la atención al paciente siempre debe ser prioritaria, pero a la vez no puede dejar a estos médicos sin la ayuda y atención que precisan.

Fruto de esta preocupación se realizó en 2005 la “Declaración de la actitud de Organización Médica Colegial ante los colegiados con adicciones o enfermedad mental. Modos de ayuda y rehabilitación”, aprobada por la Asamblea General y que establece:

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

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

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

- *La conspiración del silencio: ocultación del problema por parte del médico enfermo, de la familia y de los colegas.*

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

No se puede admitir que si se conoce que un médico está ejerciendo la Medicina con las facultades físicas o psíquicas mermadas o con algún tipo de drogadicción, no se debe de comunicar al Colegio de Médicos, pues puede violar la legislación acerca de la intimidad, el honor y la propia imagen; además de las represalias que pudieran derivarse. Esta actitud perjudica a los pacientes y tampoco ayuda al profesional enfermo. Es evidente que el colectivo no debe desentenderse del colega en estas situaciones y por ello se han instaurado mecanismos de ayuda con la intención de no abandonarlo e intentar su recuperación. Conviene recordar:

El artículo 22.2 del Código de Deontología Médica (CDM) informa que *“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”.*

El artículo 22.3 del CDM es aun más riguroso *“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”.*

La prescripción, la industria sanitaria y la institución sanitaria

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

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

11. Los médicos con responsabilidades en la dirección y gestión relacionada con la adquisición de suministros sanitarios tienen un deber deontológico de ejemplaridad que rebasa el nivel mínimo que exige la norma legal, tanto ante los médicos y el personal de su institución, como ante los usuarios. Los incentivos directos a la prescripción –positivos o negativos– son también contrarios a la ética cuando proceden de los gestores del centro sanitario, siendo especialmente reprobables si fueran promovidos por profesionales obligados a observar las normas de la deontología médica.

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

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

Desde una perspectiva ética conviene hacer una reflexión profunda pensando en la sostenibilidad del sistema. Está muy arraigada todavía la falsa creencia de que los presupuestos son elásticos y flexibles hasta casi el infinito. Pero lo cierto es que si se hace un uso inapropiado de un determinado recurso se deja a otro paciente sin el equivalente a ese recurso que previamente ha sido malgastado. Esto puede que no ocurra en la consulta de al lado, ni siquiera el mes que viene en la propia consulta, pero sin duda va a tener consecuencias en los presupuestos de los próximos años, y aunque la responsabilidad parezca estar diluida no por ello deja de existir. Además, entronca con el “*principio de No-Maleficencia*”.

El uso de una medicación es apropiado cuando el valor de su beneficio excede su riesgo potencial. No es aceptable que las decisiones médicas respecto a la prescripción estén basadas en la promoción de los medicamentos y no en la evidencia científica. Hay que considerar de todas maneras que la formación continuada proporcionada por las instituciones sanitarias públicas es insuficiente y que puede ser paliado por la industria farmacéutica. El médico, a través de la formación continuada, tiene la obligación de actualizar sus conocimientos entre otras cuestiones en el uso racional del medicamento.

Es indudable la existencia de un derecho a la libertad de prescripción, entendido no como la facultad de dar los medicamentos que se quiera, cuando se quiera y a quien se quiera, sino como la capacidad o posibilidad de dar al enfermo lo que necesita: lo mejor para él en cuanto a pronóstico y calidad de vida.

No tiene la misma consideración ética una limitación presupuestaria generada por un incremento justificado de las necesidades ante un inesperado problema de salud, que una limitación provocada por un mal uso de recursos. El médico debe plantearse seleccionar el plan terapéutico que mejores expectativas ofrezca ante una determinada patología o problema de salud y ante un determinado paciente.

Cuando un médico o un colectivo médico no dispongan de libertad de prescripción entendida rectamente, deberá informar de ello al organismo gestor de la asistencia, a su Colegio y al paciente. Los médicos especialistas que indiquen prescripciones a otros médicos deben ser especialmente respetuosos con la evidencia científica y la normativa específica.

El artículo 23.1 del CDM expresa que: *“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”*.

Un médico que trabaje por cuenta ajena no puede aceptar una remuneración fundada en normas de productividad, de rendimiento horario o cualquier disposición que tenga como consecuencia limitación o abandono de su independencia o atentara a la calidad de sus cuidados. La misma consideración merecen los incentivos directos a la prescripción, si merman la independencia del médico prescriptor o la calidad de los cuidados o vulnerar su libertad de decidir.

En consecuencia, el médico puede aceptar incentivos explícitos y transparentes, que tengan por objetivo la reducción del gasto farmacéutico y no perjudiquen al paciente. El CDM contempla estos aspectos en su artículo 23.2 *“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 y el artículo 23.3 “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”.

La especialización

El Tribunal Constitucional se ha manifestado en dos ocasiones sobre el intrusismo en el ejercicio de la actividad médica, recordando que para determinar si hay o no intrusismo es necesaria una norma jurídica que defina qué actos son de cada especialidad. El Real Decreto de 1984 que regula la formación médica especializada y la obtención del título de especialista, no especifica qué actos corresponden a cada especialidad, por lo que en principio éstos podrían realizarse por cualquier licenciado en Medicina. La Declaración de la CCD sobre las fronteras internas del ejercicio profesional, aprobada por la asamblea general en mayo de 2007, establece:

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

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

Un acto médico se considera exclusivo de una especialidad porque reúne los requisitos antes mencionados, no por el mero hecho de que una guía de la especialidad así lo diga. Actos médicos interespecializados o pluriespecializados son aquellos que pueden ser realizados por quienes practican diferentes especialidades, siempre que se demuestre que en su periodo formativo han recibido ese adiestramiento y son competentes para ello.

El título de especialista confiere los derechos que señala la Ley y supone una legítima presunción de preparación, conocimientos y destreza, pero no supone de por sí y de modo indefinido, automático y perpetuo la posesión de la necesaria competencia.....

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

No entra en conflicto con esta declaración, por ejemplo, el que un médico de familia realice, de forma regular y reglada, tras la formación oportuna, cirugía menor o ecografía en su centro de salud, lo cual mejora la relación médico paciente y evita alargar la espera de la atención especializada, si el hecho es reconocido y fomentado por la autoridad sanitaria correspondiente.

El artículo 24 del CDM dice que *“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”.*

Actividades preventivas y educativas

Existe un creciente protagonismo de la dimensión preventiva de la Medicina y del impacto del estilo de vida en la promoción de la salud, lo cual sitúa al médico en funciones de consejero y educador e incluso de comunicador social. La necesidad de una organización sanitaria que garantice la equidad exige que en la formación médica haya conceptos relacionados con la gestión de recursos: eficiencia, conciencia del coste, sostenibilidad del sistema sanitario, educación para la salud desde la infancia, etc.

Es preciso prestar especial atención a los dilemas éticos que puedan surgir de la consecución simultánea de objetivos que pueden estar en competencia, tales como la protección del empleo y la protección de la salud, el derecho a la información y a la confidencialidad, y los conflictos entre intereses individuales y colectivos.

Teniendo en cuenta la complejidad de los factores externos que se mezclan sobre la salud, es especialmente importante la prevención en la salud ocupacional, que debe enfocarse a la promoción y mantenimiento de un alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones; la prevención de daños a la salud causados por sus condiciones de trabajo; la ubicación y mantenimiento de trabajadores en un ambiente de trabajo adaptado a sus capacidades fisiológicas y psicológicas; etc.

Los resultados de los exámenes practicados en el marco de la vigilancia de la salud en el puesto de trabajo deben ser explicados al trabajador involucrado. También se deben comunicar al paciente las medidas preventivas para evitar el contagio y la propagación de una determinada enfermedad.

En el terreno de la prevención de la enfermedad hay que tener en cuenta la protección de la comunidad y el ambiente. Con miras a contribuir con la salud pública y ambiental, el médico debe promover y participar, cuando resulte indicado, en la identificación, evaluación, asesoramiento y difusión en materia de prevención de los peligros detectados, y tiene la obligación

de ponerlos en conocimiento de la autoridad sanitaria competente. Los cuatro apartados del artículo 25 del CDM son muy orientadores en cuanto a la conducta del médico en materia de prevención:

El artículo 25.1 del CDM *“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”*.

El artículo 25.2 del CDM *“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”*.

El artículo 25.3 del CDM *“La promoción de actividades preventivas sólo es deontológicamente correcta cuando tienen un valor científico probado”* y

El artículo 25.4 del CDM *“Los médicos tienen el deber de fomentar la educación sanitaria de los pacientes siendo ésta un componente importante de la práctica médica de calidad”*.

La buena práctica médica en determinadas situaciones asistenciales

¿Cuáles son las características que debe tener la llamada telemedicina?

La deontología comparada aporta importante información para este capítulo.

El artículo 26.3 del CDM previene de que *“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”*, pero a la vez acepta que estos avances tecnológicos pueden ser utilizados como dice el artículo 26.4 admitiendo que *“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”* y el artículo 26.5 *“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”*.

El artículo 17 del Código de Deontología de los Médicos de Cataluña (2005) manifiesta al respecto: *“El correo electrónico, como otros medios no presenciales, es éticamente aceptable dentro de la relación médico-paciente, siempre que sea clara la identificación mutua y el médico debe actuar como lo haría en el ámbito de la relación directa”*.

La Guía de Conducta Ética de Irlanda es de los pocos códigos que hacen referencia a la telemedicina, dedicándole el artículo 10.6: *“La Telemedicina permite a los médicos hacer asistencia a distancia usando sistemas de telecomunicación tales como el teléfono, internet y video Los médicos que pueden realizar telemedicina a pacientes a condición de que se registren en el “Medical Council” “*

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

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

¿Cuáles son las características de las anotaciones subjetivas en la historia clínica?

Es suficientemente expresivo el artículo 19.1 del CDM cuando afirma que “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”.

¿Puede el médico aconsejar a sus conciudadanos y pacientes el consumo de determinados productos como medida de prevención de enfermedades?

El médico debe ser prudente al informar sobre escenarios de riesgo para la población y no debe admitir intervención preventiva sin pruebas. La prevención para ser responsable debe ponderar beneficios y riesgos, informando a los ciudadanos y a los pacientes. La prevención debe ser una anticipación efectiva, segura, razonable, equitativa y sensata. Dado que en las intervenciones preventivas se actúa preferentemente sobre sujetos sanos, el rigor en efectividad y en evitar efectos adversos se hace más exigente. El médico debe asumir una especial responsabilidad ética que impida avalar propuestas que carecen de suficientes garantías, o se prestan a confusión, especialmente cuando median intereses ajenos al bien común, en los diversos campos posibles (alimentación, pruebas de detección precoz, test genéticos, medicamentos, vacunas, etc.).

BIBLIOGRAFÍA

1. A Guide to Ethical Conduct and Behavior (2004). The Medical Council. Ireland. En: <http://www.medicalcouncil.ie/>
2. Código Español de Buenas Prácticas de Promoción de Medicamentos y de Interrelación de la Industria Farmacéutica con los Profesionales Sanitarios (2008). Unidad de Supervisión Deontológica. En: www.farmaindustria.es
3. Declaración Asociación Médica de Australia On-line and other Broadband Connected Medical Consultations. En: <http://www.ama.com.au/web.nsf/doc/WEEN-6VD2CU>
4. Declaración de la Asociación Médica de Finlandia Ethical Guidelines in Telemedicine. En: <http://www.laakariliitto.fi/e/ethics/telemed/html>
5. Collazo E. Malpraxis médica en la provincia de Córdoba. COMCORDOBA (Revista del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Córdoba) 2007; 52:19-20.
6. Emanuel E. Justice and Managed Care: Four Principles for the Just Allocation of Health Care resources. Hasting Center Report 2000; 30 (3): 8-16.
7. Williams A. Applying Economics in a Hostile Environment: the health sector. Gaceta Sanitaria, 2001; 15(1):68-73.
8. García C., Ortega D., Biagini L. Interacciones industria & radiología: logros innegables, conflictos de intereses posibles. Los obsequios de la industria. Rev Chil Radiol 2006; 12 (4); 179-185.

9. Grupo de Ética de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria. La ética en la relación con la industria farmacéutica. Encuesta de opinión a médicos de familia en Cataluña. *Aten Primaria* 2004; 34(1):6-15.
10. Díaz Grávalos GJ, Palmeiro Fernández G, Núñez Masid E, Casado Górriz I. Opinión de médicos de atención primaria de Ourense acerca de varias características de la prescripción farmacéutica. *Rev Esp Salud Pública*. 2001; 75(4):361-73.

CAPÍTULO V

SECRETO PROFESIONAL DEL MÉDICO

*“Guardaré silencio sobre todo aquello
que en mi profesión, o fuera de ella,
oiga o vea en la vida de los hombres
que no deba ser público, manteniendo
estas cosas de manera que
no se pueda hablar de ellas”.*

Juramento Hipocrático

CAPÍTULO V

SECRETO PROFESIONAL DEL MÉDICO

Introducción

El secreto médico, como parte del secreto profesional, se configura como una de las señas de identidad que ha caracterizado el ejercicio de la Medicina a lo largo de su historia. El sentir ético del médico con respecto al secreto debe ser tal que se le considera como una cualidad inherente a la profesión médica y uno de *“los pilares en los que se fundamenta la relación médico-paciente”*, tal y como indica el artículo 27.1 del Código de Deontología Médica (CDM).

Además esta relación está *“basada en la mutua confianza”*, por la cual el paciente deposita en el médico sus intimidades, temores, hechos y circunstancias relativas a su biografía que en ocasiones ni las conocen sus más íntimos. Y por su parte el médico, debe mostrarse especialmente prudente con respecto a la protección de esos datos que, de una u otra manera, conoce de su paciente. La Real Academia Española, define el secreto como aquello *“que, cuidadosamente, se tiene reservado y oculto”*. Lo cual incluye cualquier cosa que se conozca de otra persona, no solamente algo puntual, y que deba estar bajo el control de la prudencia y alejado del conocimiento general. Cuando estas cuestiones las trasladamos al campo profesional, se establece el secreto profesional, considerado simultáneamente como un deber del profesional y como un derecho del ciudadano.

En Medicina, el secreto médico constituye una forma particular o variedad de secreto profesional. Su origen se remonta al mismo Juramento Hipocrático, donde se establecía la obligación moral del médico de mantener en secreto los datos revelados por parte de su paciente: *“lo que en el ejercicio de la profesión y aun fuera de ella viere u oyere acerca de la vida de las personas y que no deba ser revelado, callaré considerándolo secreto”*.

En España, la norma que regula el secreto médico es el Código de Deontología Médica de la Organización Médica Colegial (OMC), y más concretamente el capítulo V, artículos 27 a 35, indicando que tal obligación lo es para todos los médicos, con independencia de *“cualquiera que sea la modalidad de su ejercicio”*.

El artículo 27.2 del CDM establece que *“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”* Esta redacción, hace referencia a los términos de *“intimidad”* y *“confidencialidad”*, que aparentemente son sinónimos pero que presentan algunas diferencias.

Cuando se habla de *“intimidad”* (de interior *“intimus”*), se refiere a la vida privada de una persona, sus pensamientos, sentimientos, deseos, ideologías, creencias religiosas o cuestiones referidas a relaciones íntimas o incluso actos de carácter fisiológico, que cada ser humano y por diferentes motivos quiere guardar para sí y que sólo lo dará a conocer, a un grupo reducido de personas de su confianza. Por ello, los datos íntimos han de ser respetados para a su vez, respetar la autonomía y libertad personal, pues al violentar la intimidad se violenta la dignidad humana.

Por otro lado, cuando se hace referencia a la *“confidencialidad”*, se debe entender como una actitud o comportamiento de respeto, de silencio, de secreto derivado de la propia esencia del hecho o dato íntimo o privado por

parte de la persona que lo conoce. O dicho de otra manera, se trata de una respuesta apropiada al carácter íntimo o privado de ciertos aspectos de la vida de una persona y estará en relación con el grado de privacidad o de intimidad que tenga o se le dé al hecho o al dato.

El artículo 28.5 del CDM exige además que “*la muerte del paciente no exime al médico del deber de secreto profesional*”.

Secreto médico compartido y derivado

En medicina el secreto profesional es un deber, que debe ser asumido de manera compartida o derivada por todos los profesionales que participan en la atención de la persona. Hasta hace poco, la relación médico-paciente se fundamentaba en su carácter estrictamente bilateral, en el que sólo se relacionaban médico y paciente, sin que otras profesionales estuvieran relacionados con este pequeño círculo salvo en ocasiones el personal de enfermería.

Actualmente la asistencia se ejerce por equipos profesionales que necesitan compartir la información para poder dar al paciente una atención de calidad y donde los datos se recopilan de forma más o menos mecánica y por diferentes profesionales tanto sanitarios como no sanitarios que tienen acceso a dichos datos y todos ellos sujetos al secreto y aparecen los conceptos de “*secreto médico compartido*” y de “*secreto médico derivado*”.

Esta ampliación del concepto de secreto médico deriva necesariamente de la asistencia ejercida por un equipo que pueda llegar con más garantías a un diagnóstico, pronóstico y tratamiento y tanto los diversos médicos especialistas como el personal de enfermería, laboratorio, farmacia, fisioterapia, terapeutas ocupacional, auxiliares, estudiantes de medicina o enfermería, etc., tienen inexcusablemente el citado deber de “*secreto médico compartido*”. Es por tanto una consecuencia de la medicina moderna muy amplia y tecnificada.

Pero igualmente, aparecen otros factores sobreañadidos al proceso asistencial, tales como las labores de gestión y administración (personal de justicia, compañías aseguradoras, riesgos laborales, certificaciones de calidad, etc.) que obligan a que otro tipo de personal no sanitario, puedan tener acceso a la documentación clínica, dando lugar a otro tipo de secreto que se conoce como “*secreto médico derivado*”.

La conducta que debe tener el médico en estas situaciones queda establecida en el CDM en su artículo 29 en sus 3 apartados y en las que por su claridad no necesitan comentarios:

Artículo 29.1 del CDM. “*El médico debe exigir a sus colaboradores sanitarios y no sanitarios absoluta discreción y observancia escrupulosa del secreto profesional*”.

Artículo 29.2 del CDM. “*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*”.

Artículo 29.3 del CDM “*El médico debe tener una justificación razonable para comunicar a otro médico información confidencial de sus pacientes*”.

Análisis del secreto profesional del médico

El secreto médico, puede analizarse desde dos puntos de vista diferentes aunque necesariamente interrelacionados y con normativas similares pero no iguales:

- a) **Legal**; regulado por normas que determinan el alcance, su contenido, su incumplimiento e incluso sus sanciones.

- b) **Ético**; determinado por códigos y por cuestiones morales y de conciencia que por supuesto deben respetar los médicos durante su ejercicio.

Si bien desde el punto de vista legislativo no hay normas específicas que regulen el secreto profesional en general ni el secreto médico en particular, sí hay referencias en distintos textos en las que se puede determinar que no se trata de una “mera” obligación legal del médico, sino de un aspecto importante del acto médico que trata nada menos que de la protección del derecho del paciente a la intimidad, considerando que la salud es uno de los ámbitos de mayor intimidad de la persona.

La protección de la intimidad de la persona es un derecho fundamental, reconocido en la *Constitución Española de 1978*. Así el artículo 18.1 establece las garantías respecto al “*derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen*”.

Por su parte, en el ámbito privado, este derecho comenzó a fundamentarse de forma activa con la entrada en vigor de la *Ley 1/82, de 5 de mayo de 1982*, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, considerándolo como irrenunciable, exclusivo y duradero (artículo 1.3), y únicamente la intromisión se considera legítima cuando esté expresamente autorizada por ley o cuando el titular del derecho haya otorgado al efecto su consentimiento expreso (artículo 2.2).

Del mismo modo, la *Ley General de Sanidad, de 25 de abril de 1986*, citaba la “*confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y su estancia*” (artículo 10.3). Así como la obligación de “... *quedar plenamente garantizados el derecho del enfermo a su intimidad personal y familiar y el deber de guardar el secreto por quién, en virtud de sus competencias, tenga acceso a la historia clínica*” (artículo 60).

Posteriormente, la *Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal*, establecía la necesidad de reglamentar tanto la recogida como el tratamiento de datos médicos derivados de la

investigación médica, gestión hospitalaria, sanidad pública e incluso salud laboral, garantizando el carácter confidencial y la seguridad de los datos de naturaleza personal referidos a la salud, aparte de velar por que se haga uso de los mismos dentro del respeto a los derechos y libertades fundamentales del individuo y sobre todo el derecho a la privacidad.

Esta cuestión se recoge en el CDM en 3 apartados del artículo 27:

Artículo 27.4 del CDM *“En las instituciones sanitarias informatizadas los médicos directivos velarán por una clara separación entre la documentación clínica y la administrativa”*.

Artículo 27.5 del CDM *“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”*.

Artículo 27.6 del CDM. *“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”*.

La 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, defiende la necesidad de reconocer los derechos de los pacientes, entre los que figuran el derecho a la información, el consentimiento informado y la intimidad de la información relativa a la salud de las personas y establece que, el Sistema Nacional de Salud, debe asegurar en condiciones de escrupuloso respeto la intimidad personal y 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. Concretamente en su artículo 7 referente al derecho a la intimidad indica que:

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”.*

El CDM en su artículo 28 entra de lleno en este tema, considerando además algunas circunstancias derivadas de necesidades docentes:

Artículo 28.1 del CDM expone que *“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”.*

Artículo 28.2 del CDM muestra que *“El médico procurará que en la presentación pública de documentación médica en cualquier formato, no figure ningún dato que facilite la identificación del paciente”.*

Artículo 28.3 del CDM indica que *“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”.*

Estas normas del Código de Deontología tienen su soporte legal en la *Sentencia del Tribunal Constitucional 292/2000, de 30 de noviembre* la cual establece que el derecho fundamental a la protección de datos persigue garantizar a cualquier persona el control de sus datos personales, su uso y destino, con el propósito de impedir su posible tráfico ilícito y lesivo para la dignidad y derecho del afectado.

Cuando se hace referencia a la protección de datos, estos no quedan limitados a los íntimos, sino a cualquier tipo de dato personal, sea o no íntimo, cuyo conocimiento o empleo por terceros pueda afectar a sus derechos, sean o no fundamentales, porque su objeto es la protección de todos los datos de carácter personal. Por tanto no tan solo son los datos de la vida privada o íntima de la persona, sino que se amparan todos los que identifiquen o permitan la identificación de la persona, pudiendo servir para la confección de su perfil privado o para otra utilidad que en determinadas circunstancias pudiera constituir una amenaza para el individuo.

La legislación penal, también regula el secreto profesional. La *Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal* incluye sanciones severas, a cualquier actividad profesional arte, oficio, etc., que violen el derecho a la intimidad, introduciendo como figuras delictivas la revelación o divulgación del secreto profesional aunque de ello no se derive un daño, así como el acceso a datos de carácter personal sin el consentimiento del afectado.

Los *Estatutos de la Organización Médica Colegial*, siguiendo este criterio, considera la infracción del secreto por negligencia con perjuicio para un tercero como falta grave, y su violación intencional como falta muy grave (artículo 64 “*de las faltas disciplinarias*”).

Circunstancias en las que existe obligación de revelar el secreto profesional del médico

Sin lugar a dudas que el manejo de la confidencialidad en el trabajo clínico diario es un asunto mucho más privativo de la ética profesional que de las exigencias legales e incluso el uso de la información sanitaria fuera del marco estrictamente asistencial requiere de una serie de precauciones que permitan hacer efectivo el respeto a los derechos del propio paciente.

El CDM establece que:

Artículo 30.1 del CDM, *“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”*:

1. En las enfermedades de declaración obligatoria:

Quizás sea uno de los motivos de revelación que tengan mayor justificación, ya que está en juego un bien mayor, como es la salud de otras personas. A pesar de ello algunos autores no lo consideran como revelación sino más bien una transmisión de datos. Sea cual sea su consideración, el Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) constituye uno de los sistemas básicos de la Red de Vigilancia Epidemiológica de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 8 del Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se creó la Red.

Su finalidad es contribuir a la prevención y control de las enfermedades incluidas en las listas de declaración obligatoria tanto estatales como autonómicas. Este imperativo le corresponde realizarlo, de forma exclusiva, a los médicos ya ejerzan en el sector público o en el privado.

Los dilemas éticos que estas situaciones pueden generar, van más allá de la simple obligación de declarar, ya que se pueden generar una serie de conflictos de intereses. El más relevante es el que se plantea acerca de si es obligado informar a las personas allegadas a un paciente portador de una enfermedad infecto-contagiosa y puede contagiarlas. El planteamiento ético es si deben primar o no el preservar la salud de terceros o la salud pública frente al derecho a la intimidad del paciente.

En el caso de que se tenga la evidencia de que hay un peligro real de contagio para un tercero, y siempre que el paciente no esté dispuesto a comunicar personalmente su situación y/o a tomar medidas preventivas adecua-

das, el médico puede y debe revelar el secreto, amparándose en un estado de necesidad y reforzando el derecho de información de las personas que, por su convivencia con el paciente, corren riesgo de ser contagiadas. *“Si el paciente se negare a ello, el médico tiene la obligación de intentar convencerlo, advirtiéndole que, si persiste en su negativa, será el mismo médico quien lo haga.”*

Se podría contemplar un quebrantamiento del secreto médico, en los casos en que el peligro sea remoto o poco probable. Por ello, cada caso deberá ser evaluado conforme al criterio particular de la colisión de intereses, siendo el propio médico el que evaluará si existe o no justa causa para su revelación.

Idéntica situación se puede dar en el ámbito laboral, por ejemplo sobre los datos relativos al paciente VIH. En este contexto hay que tener presente que la realización de estas pruebas de detección conlleva la necesidad del previo consentimiento, y caso de realizarse sin consentimiento se podría incurrir en atentado a la integridad e intimidad la persona. Caso de detectarse una seropositividad, no existe exigencia legal de comunicarla al empresario ni al resto de compañeros. En estos casos si es recomendable comunicarlo a los servicios médicos de la empresa, los cuales están obligados en el secreto profesional con todas sus consideraciones.

2. En las certificaciones de nacimiento y defunción:

Los médicos tienen la obligación legal de certificar, considerando su saber científico y el cumplimiento de las normas jurídicas y profesionales marcadas por la pericia, la diligencia y la prudencia. Se trata de un acto médico por el que este da un testimonio cierto, verídico y preciso acerca de un hecho. Aunque su finalidad no es asistencial, se relaciona con el cumplimiento de una obligación con implicaciones jurídicas.

La petición de certificado médico se efectúa porque el ordenamiento jurídico indica una necesidad del ciudadano para optar a determinados servicios y actividades o acreditar situaciones civiles destacadas (nacimiento, defunción, entre otros). Los certificados médicos oficiales no suelen presentar dificultades a menos que el médico oculte o falsee deliberadamente alguna cuestión de trascendencia.

3. Si con su silencio diera lugar a un perjuicio al propio paciente o a otras personas, o a un peligro colectivo:

Es una temática complicada en que la decisión de revelar el secreto debe decidirla el médico. Una posibilidad nada problemática es solicitar permiso al paciente para hacer uso de la información. El dilema se produce cuando el médico no dispone de autorización entonces es preciso que la actuación médica esté justificada suficientemente o basada en datos objetivos y que el mal causado no sea mayor que el que se trate de evitar.

Como ejemplo un paciente diagnosticado de enfermedad de transmisión sexual y se niega informar a su pareja. El conflicto deontológico que se plantea, se centra en el respeto del derecho del paciente a la confidencialidad y al derecho a la protección de la salud de su pareja, extensible incluso a terceras personas no identificables e incluso referido al tema de salud pública.

4. Cuando se vea injustamente perjudicado por mantener el secreto del paciente y éste permita tal situación:

Es imposible garantizar la confidencialidad absoluta y aunque en el secreto médico tiene primacía el bien jurídico de la intimidad del paciente sobre los intereses del médico, ante posibles conflictos o colisión de deberes podrán resolverse a través de la aplicación del criterio de estado de necesidad o de cumplimiento de un deber.

5. Aunque el paciente lo autorice, el médico procurará siempre mantener el secreto por la importancia que tiene la confianza de la sociedad en la confidencialidad profesional:

El médico queda liberado del compromiso del secreto por consentimiento expreso del paciente, siempre que este haya sido otorgado de forma válida. Se plantean dilemas en cuanto a la determinación del objeto del consentimiento, pues es el paciente el que determina con su consentimiento el campo de actuación dentro del cual podrá desenvolverse lícitamente el médico. Sin embargo como establece el propio CDM dicha autorización no debe perjudicar la discreción del médico, que procurará siempre mantener la confianza social hacia su confidencialidad.

6. Por imperativo legal:

a) En el parte de lesiones,

Todo médico viene obligado a enviar al juez un parte cuando asiste a un lesionado. El médico está obligado a denunciar posibles actos delictivos (lesiones, malos tratos o acciones dentro de las agresiones sexuales) que conozca en su actuación profesional, así lo indica la Ley de Enjuiciamiento Criminal, que establece el deber general de denunciar posibles delitos por parte de aquellos que por razón de su profesión tuvieran conocimiento (artículo 262).

Del mismo modo en su artículo 355, se refiere al personal facultativo y especifica que “*si el hecho criminal que motivare la formación de una causa cualquiera, consistiere en lesiones, los médicos que asistieren al herido están obligados a dar parte...*”. De esta forma el médico deberá revelar datos en relación a la correcta descripción de las lesiones, al tratamiento realizado y evaluación de su pronóstico.

Deontológicamente, entre el secreto profesional y el interés general de perseguir el delito, prima este último pero sin olvidar que aún así sigue presente

el compromiso del médico hacia sus pacientes, lo que implica el deber moral de secreto. Por ello, el contenido del parte de lesiones debe quedar limitado a lo estrictamente necesario y relevante para el objetivo judicial.

b) Cuando actúe como perito, inspector, médico forense, juez instructor o similar:

Se trata de un acto médico diferente de la medicina asistencial, es la medicina pericial. Aún así, el médico no pierde su condición de profesional y sus actos deben ajustarse a la ética médica, incluyendo el deber de secreto. Las diferencias, son claras, según el ámbito en que se desarrolle el procedimiento, ya sea judicial, administrativo o colegial.

Siempre será una constante que el informe pericial médico ha de ser justo, ponderado y objetivo. Los dilemas que pueden aparecer en el campo pericial no suelen ser de una vulneración voluntaria del secreto, sino más bien de una resistencia a revelar las confidencias aportadas o conocidas del propio paciente.

En la actuación del médico perito el secreto médico no se establece con las autoridades administrativas, judiciales o colegiales que hayan solicitado el informe. No obstante, tanto si el paciente acude de forma voluntaria como si la prueba ha de practicarse sin su consentimiento o incluso con oposición o indiferencia, el médico debe proceder a dar información acerca de la prueba a realizar así como de su condición (perito, testigo, inspector, médico forense, juez instructor) y prevenirle de alguna manera del no mantenimiento de obligación del secreto profesional de aquello que se obtenga de su relación médico-paciente.

c) Ante el requerimiento en un proceso judicial por presunto delito, que precise de la aportación del historial médico del paciente.

El derecho a la intimidad de una persona no puede comprometer al bienestar social, que a veces depende de la administración de Justicia. Es evi-

dente que se pueden crear serios dilemas y confrontar legítimos intereses del paciente y del médico relacionados con el secreto médico y con el consentimiento del paciente.

La historia clínica es una herramienta fundamental de carácter probatorio en determinar responsabilidades civiles, penales o administrativas. En el uso de la historia en supuestos de investigación judicial que se considere imprescindible la unificación de datos identificativos y clínico-asistenciales, se deberá seguir lo que dispongan jueces y tribunales.

Este criterio general que establece la Ley de Autonomía del Paciente, parece referirse solo a procesos penales, en los que por razones de interés general, hay la obligación, por orden del juez, de entregar la historia. No obstante, la prudencia aconseja solicitar al juez que defina la relación que pueda existir entre los datos de la historia y el objetivo del proceso. Si accede, se podrán entregar los documentos que sean relevantes, garantizando en lo posible, la confidencialidad.

d) Medicina del trabajo

El artículo 31 del CDM recoge, el secreto en medicina del trabajo.

Artículo 31.1 del CDM “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”.

Artículo 31.2 del CDM. “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”.

En este mismo sentido la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), establece: Artículo 22.4 que *“el acceso a la información médica de carácter personal se limitará al personal médico y a las autoridades sanitarias que lleven a cabo la vigilancia de la salud de los trabajadores, sin que pueda facilitarse al empresario o a otras personas sin consentimiento expreso del trabajador. No obstante lo anterior, el empresario y las personas u órganos con responsabilidades en materia de prevención serían informados de las conclusiones que se deriven de los reconocimientos efectuados en relación con la aptitud del trabajador para el desempeño del puesto de trabajo o con la necesidad de introducir o mejorar las medidas de protección y prevención, a fin de que puedan desarrollar correctamente sus funciones en materia preventiva”*.

En otras palabras, el secreto impuesto al facultativo que efectúa el reconocimiento entraría en contradicción con su deber de comunicación de situaciones de riesgo, tanto para un trabajador concreto, como para el resto de sus compañeros. Sin duda que se trata de una cuestión compleja, en la que el médico tendrá que actuar con mucha prudencia, comunicando de forma oficial los datos controvertidos siempre y cuando la eliminación del riesgo no pueda efectuarse sin violentar la confidencialidad entre médico y paciente.

En lo que respecta a la vigilancia de la salud, entendida como la utilización de una serie de técnicas (encuestas, exploraciones físicas, exploraciones complementarias, etc.) sistematizada y periódica, con el objetivo de conocer o detectar cambios en el estado de salud de un individuo o de un colectivo. Estas actuaciones profesionales tienen un evidente doble objetivo, tanto individual como colectivo. Desde la perspectiva individual, persigue promover y preservar la salud de los trabajadores, detectando precozmente los factores de riesgo laborales, tanto los generales como los específicos, las patologías laborales y no laborales que puedan afectar al trabajador, así como identificar a aquellos trabajadores especialmente sensibles a ciertos riesgos. Desde la perspectiva colectiva pretende detectar riesgos inherentes a un determinado puesto de trabajo o a una determinada actividad.

En cuanto a los resultados de la vigilancia de la salud, tanto la confidencialidad de la información como el tratamiento de los datos relativos a la salud obtenidos a través de los reconocimientos médicos, aparecen contemplados en los apartados 2 y 4 del artículo 22 LPRL, que regulan la circulación de la información relativa a la salud del trabajador en los reconocimientos médicos. Concretamente en el artículo 22.2 LPRL se indica que las medidas de vigilancia se llevarán a cabo respetando la intimidad y dignidad de la persona del trabajador, así como *“la confidencialidad de toda información relacionada con su estado de salud”* (artículo 22.2 LPRL).

Por tal motivo, deontológicamente, la información sobre las pruebas médicas practicadas y su resultado (información médica personal) sólo deben ser conocidos por parte del trabajador afectado, a quien se le deben comunicar los resultados, los servicios médicos encargados de dicha vigilancia y la autoridad sanitaria. La información a terceras personas, solamente podrá facilitarse únicamente si el trabajador da su consentimiento expreso. En este sentido se regula la confidencialidad de la información relativa a la salud, estableciendo que el acceso a la información *“se limitará al personal médico y a las autoridades sanitarias que lleven a cabo la vigilancia de la salud”*, prohibiéndose expresamente que *“puedan facilitarse al empresario o a otras personas sin consentimiento expreso del trabajador”* (artículo 22.4 LPRL).

Las conclusiones derivadas de las pruebas médicas practicadas, pueden ser conocidas por sujetos distintos a los enumerados en el párrafo anterior, sin necesidad del consentimiento del trabajador. La regla general encuentra excepción en el párrafo segundo del artículo 22.4 LPRL, en que se indica que *“el empresario y las personas u órganos con responsabilidades en materia de prevención serán informados de las conclusiones que se deriven de los reconocimientos efectuados en relación con la aptitud del trabajador para el desempeño del puesto de trabajo o con la necesidad de introducir o mejorar las medidas de protección de la prevención, a fin de que puedan desarrollar correctamente sus funciones en materia preventiva”* (artículo 22.4 párrafo 2 LPRL).

En referencia al empresario, este debe quedar excluido del conocimiento del estado de salud del trabajador, habilitándolo únicamente como destinatario de un mero juicio de idoneidad, ya sea relacionado directamente con la salud del trabajador, ya sea en relación con las medidas de protección o prevención aplicadas en la empresa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Altisent R. Consentimiento informado en Atención Primaria. FMC. 2000;7(3): 135-137.
2. Júdez J, Nicolás P, Delgado MT, Hernando P, Zarco J, Granolleres S. Confidencialidad en la práctica clínica, la historia clínica y la gestión de la información. En Gracia D, Júdez J. *Ética en la práctica clínica*. Madrid: Triacastela. 2004; 75-126.
3. Romeo Casabona M., Castellano Arroyo M. La intimidad del paciente desde la perspectiva del secreto médico y del acceso a la historia clínica. DS Vol. 1, Núm. 1, Julio-Diciembre 1993.
4. Declaración de la Comisión Central de Deontología, “*sobre las cualidades del certificado médico y sobre sus diferencias con los partes y los informes médicos. Peculiaridades del certificado médico de defunción*”, aprobada por el Pleno del Consejo General el 26 de enero de 2007.

CAPÍTULO VI

LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

*“En la supremacía de la conciencia
reside toda autoridad”.*

R. O’Shanahan

*“El que quisiere tener salud en el cuerpo,
procure tenerla en el alma”.*

Quevedo

CAPÍTULO VI

LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

Introducción

El Código de Deontología Médica de 2011 (CDM), es el primero que consagra un capítulo específico, a la objeción de conciencia. Ello no significa que la Organización Médica Colegial (OMC) no le haya concedido, hasta ahora, la importancia que merece este tema como pilar fundamental en la práctica médica, en tanto en cuanto de ello depende la libertad de pensamiento y por ende la libertad de ejercicio profesional.

El Código de Deontología de 1999 dedicaba a esta materia varios artículos 9.3; 26.1, 26.2 dispersos en distintos capítulos: y lo mismo ocurría con el Código del 92. La Comisión Central de Deontología (CCD) y el Consejo General de Colegios de Médicos conscientes de que la regulación de esta materia era insuficiente en el Código de Deontología suplieron esta laguna con dos declaraciones: Una realizada el 31 de Mayo de 1997 y otra en Septiembre de 2009.

No hay una proporción entre el número de publicaciones, seminarios, mesas redondas y conferencias, celebradas en los últimos cinco años sobre esta materia y el número de denuncias sobre estos aspectos, aunque cada vez se producen con más frecuencia. Hasta hace poco los casos de objeción de conciencia quedaban restringidos al aborto y al servicio militar. Hoy de estos dos troncos han surgido variantes, que afectan, al médico, a sus colaboradores y otras profesiones sanitarias (farmacéuticos, enfermeros, etc.).

Los intentos reguladores, cada vez más agobiantes, de nuestra profesión y de nuestras conciencias, exigen que el médico invoque la objeción de conciencia para preservar su libertad, como presupuesto necesario para garantizar una independencia profesional. Por estas y otras razones, que se expondrán, la Comisión Central de Deontología (CCD) entendió que en el CDM la objeción de conciencia tendría que tener un espacio propio, de este modo se pretende resaltar la importancia que tiene tanto ideológica, como profesional y a la vez, enunciarlo como un derecho y pilar fundamental del médico para un ejercicio profesional libre e independiente.

La definición de objeción de conciencia está en el Capítulo VI:

Artículo 32.1 del CDM *“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”*.

En el siguiente artículo se hace una inequívoca necesidad de que se considere la objeción de conciencia como imprescindible.

Artículo 32.2 del CDM. *“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 colectiva o Institucional”*.

Comentarios

A. Comentarios formales

Se ha puesto énfasis en resaltar que en el CDM hay por primera vez un capítulo dedicado a la objeción de conciencia y sin embargo, en el tema más controvertido, la objeción en el aborto, el CDM lo segrega y lo sitúa donde debe estar (Capítulo de la Reproducción). En el capítulo VI sobre la objeción de conciencia, se ha pretendido plasmar con claridad los conceptos básicos sobre esta materia. El rigor semántico siempre es exigible, pero mucho más cuando de ello depende el que los conceptos signifiquen una cosa y no otra, evitando interpretaciones ambiguas o estableciendo analogías extensivas que podrían pervertir el sentido del texto.

Los artículos 33.1, 32.2, 34.1 y 35 del capítulo VI del CDM son recomendaciones o tomas de posición de doctrina:

Artículo 33.1 del CDM. *“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”*.

Artículo 33.2 del CDM. *“La objeción de ciencia tiene una protección deontológica al amparo del derecho a la libertad de método y prescripción, siendo diferente de la objeción de conciencia”*.

Artículo 34.1 del CDM. *“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”*.

Artículo 35 del CDM. *“De la objeción de conciencia no se puede derivar ningún tipo de perjuicios o ventajas para el médico que la invoca”*.

Los artículos 33.3; 34.2; 34.3 del CDM son recomendaciones de actuación del médico objetor:

Artículo 33.3 del CDM. *“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 34.2 del CDM. *“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.”*

Artículo 34.3 del CDM. *“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”.*

Ciertamente así es. El CDM es también una guía ética, que refleja el punto de partida y fija los presupuestos en los que se basan para luego exigir o recomendar conductas. No se entendería bien el artículo 55.2 del Capítulo XII (*“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”*), si previamente no se conoce el artículo 33.1, que dice que la objeción de conciencia ha de operar siempre con sentido moral. Lo que significa que los actos objetables deben analizarse desde la conciencia moral, lo bueno o lo malo, lo digno o lo indigno, afectando al núcleo y esencia del propio yo del médico, de su propia conciencia e identidad moral.

Se ha podido constatar que cuando se discuten y se critican algunos artículos del CD en especial aquellos que inevitablemente inciden en cuestiones ideológicas o religiosas, como el artículo 55, se hace unas veces desde la

falta de conocimientos específicos, otras desde la imprecisión o sencillamente se opina sobre cuestiones distintas. A veces se confunde la objeción de conciencia con la insumisión o la desobediencia civil.

El CDM no es un manual que pretenda imponer una fe determinada a los demás y hacerles ver que, como están equivocados los que no profesan unas determinadas creencias, deben abstenerse de hacer aquello que, habiéndolo yo considerado como malo, ha de serlo también para todos, por tanto habría que prohibir e incluso castigar esa práctica. En el CDM se ha querido respetar la libertad de conciencia de todos los médicos sin intentar entrar en las motivaciones para actuar u objetar y sólo ha marcado una línea roja, que no debe ser traspasada, en muy escasas y escogidas situaciones.

B. Comentarios al Fondo.

1º) Definición de objeción de conciencia.

La definición elegida por el CDM en su artículo 32.1 es la clásica, la que dice que: *“es el rechazo al cumplimiento de determinadas normas jurídicas por ser éstas contrarias a las creencias éticas o religiosas de una persona”*. En la misma línea está la definición elegida por la Comisión Nacional de Bioética en su documento de octubre de 2011.

La Comisión Central de Deontología (CCD) acuñó una definición más completa, aunque más compleja: *“conflicto interior subjetivamente insoluble que sufre una persona cuando determinadas circunstancias le imponen una obligación cuyo cumplimiento riñe con los dictados de su propia conciencia o de la religión que profesa, lo que le generaría un estado de indignidad y deshonor”*. Contiene dos términos esenciales para definir aquellas conductas que serían objetables: las que de realizarlas generarían un sentimiento de indignidad y deshonor, es decir, una situación en la que ya no sería posible vivir en paz consigo mismo.

Grandes filósofos, como Fichte, Schelling y Nicolay Hartmann, argumentan que la conciencia se identifica con el yo, del que se deriva la libertad y la responsabilidad moral. El ser humano ha tenido siempre conciencia de libertad por eso Schelling resume el argumento: “*hay una conciencia de la libertad por eso tiene que haber también una libertad de la conciencia*”. Por ello, la objeción de conciencia sólo puede ser individual, personalísima e inviolable. La objeción de conciencia se hace realidad cuando se enfrenta a un deber jurídico, sin el cual no se puede hablar, en puridad, de objeción de conciencia. Por tanto en la práctica se trata también de un problema jurídico.

Un paradigmático ejemplo es el de Tomas Moro, decapitado en la Torre de Londres el 6 de Julio de 1535. Moro tiene sus convicciones sobre el conflicto entre el Papa y el rey Enrique VIII, con motivo de su casamiento con Ana Bolena, pero se los reserva, no participa en el debate, ni pretende convencer al rey que deponga su actitud, pero se niega a exponer las razones por las que no firma el Acta de Supremacía ante quienes le exigen que lo haga, so pena de ser condenado por traición; en su defensa, argumenta que son cuestiones que pertenecen al ámbito de su conciencia y nadie puede ser juzgado por seguir los dictados de la misma. Pero no basta, el rey y los jueces quieren que tome partido, que exprese públicamente que el Rey tiene razón y que firme el acta de Supremacía, el negarse, le cuesta la vida.

Aún hoy hay quien desea imponer un pensamiento único y por tanto desecharía que todos pensasen como él, pero el problema que se plantea a los médicos no es el de Enrique VIII y Moro, es más prosaico, aunque no menos trascendente, es un conflicto entre derechos: Individuo vs Estado, pero también entre valores de los particulares. La objeción de conciencia debe ser el último recurso en la resolución de un conflicto entre el *Estado* e *individuos*.

2º) *Tipos de objeción de conciencia:*

- *La objeción de conciencia: legalizada y no legalizada.*- Cuando el Estado en una Ley reconoce el derecho a acogerse a la objeción, (por ejemplo el médico en el aborto en la ley de interrupción voluntaria del embarazo) se acaba el conflicto: es la objeción legalizada o impropia. Si el Estado no reconoce este derecho y el individuo se niega a cumplir la ley, que le obliga, siendo sancionado por ello, estamos ante la auténtica objeción, la no legalizada o propia.
- *Formas de desobediencia al Derecho por razones ideológicas con finalidad política: resistencia, desobediencia civil, insumisión.*- La objeción de conciencia es la voluntad de la persona de no adherirse a una norma por motivos de conciencia, reclamando que se le exima de ese deber y no se le sancione. La desobediencia civil y la insumisión, son actos explícitos y públicos de incumplimiento de una norma, por considerarla injusta y que por tanto debe cambiarse. Aquí radica la diferencia, el objetor no pretende cambiar la ley, el insumiso pretende generalmente por motivaciones políticas explicitar que se niega a cumplir una determinada norma o Ley.
- *Pseudo-objeción de conciencia.*- Situaciones de oportunidad: no se puede objetar para salir de una situación difícil o comprometida, que no plantea un problema de conciencia, pero se utiliza la posible ventaja que proporciona el argumentarla para no realizar una determinada acción que incomoda o perturba.
- *Cripto-objeción.*- Se adopta una actitud que encubre una verdadera objeción, pero no se quiere admitir que se objeta. El médico que está en contra de la píldora post-coital, pero no se atreve a decirlo abiertamente y utiliza otro recurso o subterfugio, para llegar al resultado de no prescribir, tales como argumentar: “esto no es una urgencia”, “la píldora es peligrosa”, “se tiene que practicar unos análisis previos”, “deben venir tus padres”, etc. intentando disimular inadecuadamente su objeción de conciencia.

- *Objeción sobrevenida.* - Inicialmente la persona no objeta, pero en el curso de la acción surge algo que genera un conflicto de conciencia, que no puede resolver por otro camino que no sea la objeción. Este aspecto es tratado particularmente en el código artículo 34.2 “*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*” por ejemplo el médico que estuviese de acuerdo en practicar un aborto por razones éticas (violación), pero en el momento de realizarlo la mujer le confiesa que ha mentado.
- *Objeción de ciencia.* - El código le da el valor que realmente tiene así el artículo 33.2 afirma que “*La objeción de ciencia tiene una protección deontológica al amparo del derecho a la libertad de método y prescripción, siendo diferente de la objeción de conciencia*”. En otros casos si un médico tuviese, no ya la certeza, sino una sospecha fundada, de que se utilizan productos, fármacos o medios poco eficaces tiene el deber primordial de proteger a sus pacientes. En estos casos como lo que se encuentra en conflicto es la salud de los pacientes frente a la administración o a los responsables de la prestación, el invocar la objeción de conciencia supondría una inhibición frente a un acto en el que se tiene el deber de actuar.

Los que niegan el derecho a la objeción de conciencia argumentan, que llevada a sus últimas consecuencias supondría la negación del mismo Estado, provocando una situación de anarquía en la que cualquiera, so pretexto de invocar una objeción de conciencia, haría lo más conveniente a sus intereses. Supondría la negación del estado solidario, en la que cada persona afrontase las obligaciones derivadas de su profesión y cargo y en la que cabrían alegaciones fraudulentas.

De esta opinión son:

- Rawls: “*Existe la tentación de decir que el derecho debe respetar siempre los dictados de la conciencia, pero esto no puede ser correcto*”

- Savulescu: *“La asistencia que se debe proporcionar al paciente viene definida por la ley, por la justa distribución de los siempre limitados recursos médicos y por los deseos informados de los pacientes, pero no por los valores de los médicos”*.

Esta argumentación de Sabulescu suscitó una cascada de cartas al editor del British Medical Journal, lugar en el que se publicó el trabajo en el que negaba el derecho a la objeción de conciencia del médico y contrarias a estas argumentaciones.

Los juristas distinguen entre: deber de acción o mandato y deber de omisión o prohibición. En realidad en la práctica médica se pueden dar ambas formas, pero la que se da con más frecuencia es la de omisión, es decir, negarse a realizar algo: alimentar a un huelguista de hambre, prescribir la píldora post-coital, realizar una prueba genética pre-implantatoria, o algún tipo de exploración que vulnera la dignidad de las personas.

La OMC ha tenido siempre claro que la objeción de conciencia forma parte esencial del ejercicio médico, en tanto que el médico no puede ser desposeído, ni privado de su libertad religiosa, ideológica, de creencias y valores. Elementos todos necesarios para una existencia digna y honorable, que alcanza en el médico especial relevancia por el poder que la ciencia le otorga sobre la vida y la dignidad de las personas puestas a su cuidado. La objeción de conciencia, de otra parte, es hoy un instrumento, excepcional por supuesto, pero necesario, para que el médico pueda defender su independencia.

Tanto el CDM como las sucesivas declaraciones previas sobre la objeción, elaboradas por la CCD han mantenido la doctrina del derecho inalienable del médico a ejercer la objeción de conciencia ante casos en los que no exista otra solución a un conflicto, que acogerse a esta decisión realmente solemne y grave.

Del mismo modo, ha expresado que la objeción ha de practicarse siempre como un ejercicio de responsabilidad individual, provocando el menor

daño posible en los pacientes, previendo las consecuencias de la negativa, no dejando nunca abandonados a los pacientes a su suerte, ni privándolos de sus derechos. La objeción es un acto íntimo y personal, no es de grupo, ni de colectivo. Es la expresión de valores y sentimiento que el colectivo médico quiere que se reconozcan y respeten, pero así mismo se ha de respetar y valorar los sentimientos de otros, que no creen u opinan igual.

El fundamento ético y legal que subyace en la objeción es la libertad de conciencia: *la propia y la del otro*. Es contrario a la dignidad humana traicionar o reprimir las propias convicciones y las de los demás. Por ello nos obliga tanto el *objeto* de nuestra objeción como el que le lleve a *otro* a objetar.

Sin embargo hay que hacer algunas consideraciones: No es admisible una objeción de conciencia colectiva o institucional. La libertad de conciencia es un derecho individual y por tanto la objeción de conciencia, es un hecho que se produce como consecuencia del ejercicio de este derecho individual. Ante el ordenamiento jurídico del estado, lo que vale es la posición individual, no la del colectivo o institución a la que pertenece.

La resolución del Consejo de Europa acerca del Informe McCafferty ha contribuido a crear confusión sobre un supuesto derecho a una objeción de conciencia colectiva, ya que en la Resolución de 7 de Octubre de 2010 se aprobó la 1763 que dice: *“Ningún hospital, establecimiento o persona puede ser objeto de presiones, ser considerado responsable o sufrir discriminación de ningún tipo, a causa de su denegación a realizar; aceptar o asistir un aborto, un aborto espontáneo provocado o una eutanasia; a doblegarse; o a llevar a cabo cualquier intervención que pretenda provocar la muerte de un feto o de un embrión humano, sea por las razones que sea.* (Enmienda 83), lo que daría pie a la interpretación de la legitimidad de la objeción de conciencia institucional.

Ya se ha reiterado que la objeción de conciencia es individual y personalísima por lo que el pronunciamiento de una institución respecto a la negativa de una determinada prestación no se puede hacer en base a un supuesto derecho de objeción de conciencia institucional de acuerdo a unos principios o idearios de la propia institución.

La ley exige que el derecho que la mujer tiene a abortar no se vea cercenado por el derecho del médico a la objeción. Por ello la Administración ha de proveer los medios para garantizar a la mujer el ejercicio de ese derecho. Algunas Comunidades Autónomas han entendido que los médicos que se declaren objetores para practicar una interrupción voluntaria del embarazo, deberán comunicarlo a las autoridades. Sobre esta base el CDM en su artículo 33.3 indica inequívocamente que *“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”*.

La CCD no es partidaria de listas de médicos objetores, por entender que ello supone una discriminación y porque, ni legal, ni éticamente es obligatorio que los médicos hagan públicas su ideología o convicciones. Otra cosa es que el prestador del servicio o el organizador, en este caso el centro o institución, sepa con los efectivos que tiene las posibilidades reales de cumplir con esta obligación asumida por la administración. Potestativamente el objetor puede comunicar al colegio su condición. Han sido algunos Colegios que se han decantado por esta solución, que no es obligatoria para los colegiados la inscripción en lista alguna.

BIBLIOGRAFÍA

1. Flores Mendoza F. La objeción de conciencia en el derecho penal. Editorial Comares. Granada 2001.
2. Gracia D y Rodríguez Sendín JJ (ads.): Guía de ética en la práctica Clínica. Ética de la Objeción de conciencia. (colectivo) Madrid .Fundación Ciencias de la Salud ,2008.
3. Hartman, N: Ética, ed. Encuentro, 2011.
4. Navarro-Valls, R y Martínez - Torrón J: Conflictos entre conciencia y Ley. Las objeciones de conciencia. 2ª Edición Iustel 2012.

CAPÍTULO VII

ATENCIÓN MÉDICA AL FINAL DE LA VIDA

*“Es sólo a morir que el
hombre no se habitúa”.*

Malraux

*“Al principio, queremos que la vida sea romántica;
más tarde, que sea soportable;
finalmente, que sea comprensible”.*

L. Bogan

CAPÍTULO VII

ATENCIÓN MÉDICA AL FINAL DE LA VIDA

Introducción

Según el viejo aforismo, las misiones del médico, siempre fueron las siguientes:

- Si puedes curar, cura.
- Si no puedes curar, alivia.
- Si no puedes aliviar, consuela.

Esta reflexión procede de la primera mitad del siglo XX, época en la que los médicos no curaban casi nada. En esas circunstancias nuestros colegas de aquel entonces sabían muy bien lo que tenían que hacer: aliviar y consolar.

Durante las últimas décadas la Medicina ha experimentado un desarrollo espectacular y, ahora sí, muchas enfermedades se pueden curar y las expectativas de vida han aumentado mucho. Estos avances de la Medicina moderna han sido tan importantes que a veces ha generado en los ciudadanos una especie de delirio de inmortalidad, lógicamente, fuera de la realidad.

Por lo que respecta a los médicos, los logros conseguidos por la Medicina actual han generado, un cierto delirio de omnipotencia igualmente ajeno a la realidad. De esta manera no es raro que los médicos interpreten la

muerte de su paciente, aunque sea subconscientemente, como una especie de fracaso profesional. Si a esto añadimos la escasa formación que reciben los médicos sobre esta materia en la Universidad y que es inevitable que en mayor o menor medida el médico se identifique con su paciente terminal o incluso puede sugerir al médico su propia muerte, no es raro que no actuemos como se esperaría de nosotros frente a los enfermos próximos a morir.

En la Medicina actual, no tiene cabida la impericia terapéutica ante el sufrimiento de paciente en fase terminal. No es ético, ni el tratamiento insuficiente, ni el excesivo ni el abandono. Con alguna frecuencia se cometen actualmente alguno de estos tres graves errores.

El artículo 36.1 del Código de Deontología (CDM) lo explicita rotundamente *“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, aun cuando de ello pudiera derivarse un acortamiento de la vida, contando con el consentimiento del paciente”*.

La Real Academia Española, define al **paciente terminal** *“dicho de un enfermo que está en situación grave e irreversible y cuya muerte se prevé próxima”* y define la **agonía** como *“Angustia o congoja del moribundo; estado que precede a la muerte”*.

Por su parte, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), estableció en 1993 una serie de criterios para definir la situación de enfermedad terminal:

1. Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable
2. Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico

3. Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes
4. Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
5. Pronóstico de vida inferior a 6 meses

Los signos clínicos premonitorios que indican la aparición próxima del final de la vida son habitualmente: la debilidad progresivamente creciente, disminución de la capacidad de atención, la permanencia continua en la cama, desorientación en tiempo y espacio e incluso desinterés para tomar alimentos y bebida. Conforme el deterioro físico se incrementa, también disminuyen las funciones intelectuales y el estado de consciencia. Hay unas normas básicas de atención al paciente terminal:

a) Apoyo emocional al paciente.

El paciente terminal no debe ser un paciente “*científicamente menos interesante*” y que solo precisa de cuidados paliativos. Es fundamental la presencia acogedora, frecuente y tranquilizadora del médico. Este, debe escuchar al paciente mientras este consciente y sea capaz de hacerlo y contestar a sus preguntas de forma verídica, mesurada, prudente y esperanzadora.

El paciente solo pierde la esperanza si se siente poco menos que abandonado. Por el contrario, cuando el paciente terminal, sobre todo cuando está en situación de agonía, encuentra el soporte familiar y sanitario adecuado, es el mejor bálsamo para conseguir un mayor confort en este periodo tan delicado de su vida que se acaba.

Dentro de este apartado el médico debe favorecer la presencia del soporte religioso, caso de que el paciente lo pida e incluso proponerlo aunque no lo haya pedido, siempre y cuando se conozca que es creyente. En estos casos el apoyo espiritual y en su caso religioso, tiene un efecto favorecedor,

disminuyendo la ansiedad y la intranquilidad. Este efecto positivo, está no tan solo avalado por la experiencia de equipos sanitarios, sino también por estudios objetivos. La atención espiritual adecuada y las creencias religiosas se asocian con un menor deseo de ideas de suicidio y con menor desesperanza.

b) Cuidados generales

Procurar la máxima intimidad para el paciente y su familia, es un aspecto que el médico frecuentemente no da la importancia que merece, más preocupado por la atención puramente clínica. También debe dar prioridad a la comodidad y el descanso del paciente, por encima de pautas rígidas menos trascendentes en estas fases finales de la vida, como la toma de constantes, controles clínicos, etc.

Se harán con suavidad los procedimientos para la higiene y las movilizaciones necesarias. Valorar estrictamente la conveniencia de realizar pruebas diagnósticas y/o tratamientos de más que dudosa eficacia sobre todo cuando exigen desplazamientos y movilizaciones molestas para el paciente.

La Asociación Europea de cuidados paliativos publicó hace unos años unos sencillos consejos aún vigentes. Básicamente recomiendan que en el paciente terminal consciente se deba garantizar la hidratación incluso por vía parenteral. En el paciente terminal agónico o sedado, la hidratación es opcional y se recomienda solo si se piensa que puede ser conveniente para un mejor control sintomático.

c) Tratamiento sintomático paliativo

El paciente terminal con frecuencia tiene dificultades para ingerir alimentación oral y para tomar la medicación por esta vía, por lo que el médico debe plantearse la supresión de toda medicación que no contribuya de forma eficaz a conseguir el objetivo del mayor confort posible, entre otras razones por la necesidad de darla por vía subcutánea.

Toda esta realidad se ha concretado en la necesaria presencia en nuestra sociedad de colegas expertos en estos cuidados, en otras palabras en la práctica asistencial de la llamada Medicina paliativa.

Medicina paliativa

El objetivo de la medicina paliativa es conseguir la “adistanasia” u “ortotanasia” caracterizada intencionalmente porque:

- Ni adelanta ni retrasa la muerte
- Ni acorta ni alarga la vida
- No favorece la muerte, pero tampoco la dificulta
- No se enfrenta con la vida, aunque tampoco se empeña por ella
- No mata, pero sí deja morir

Esta posición en que se enmarca la Medicina Paliativa, fue definida de forma muy coherente por el Subcomité de Cuidados Paliativos del Programa Europa contra el Cáncer:

“La atención total, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo interdisciplinar cuando la expectativa no es la curación. La meta fundamental es la calidad de vida del paciente y su familia sin intentar alargar la supervivencia. Debe cubrir las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales de los pacientes y de sus familiares. Si es necesario el apoyo debe incluir el proceso del duelo”.

Quizá sea pertinente hacer alguna pequeña reflexión sobre el tratamiento del dolor. En este sentido es preciso dejar claro que el alivio del dolor no

debe considerarse como una cuestión opcional, sino como un imperativo ético por lo que el uso de una analgesia eficaz es una responsabilidad deontológica del cualquier médico.

El médico no debe permitir que ningún enfermo sufra dolor por ignorancia, por temor a afectos secundarios graves al aliviarlo con la posología suficiente o por creencias erróneas. Y, obviamente, no se considera buena práctica médica tratar al enfermo que sufre dolor prescribiéndole fármacos que a los dosis pautadas son poco menos que placebos.

El tratamiento correcto de los pacientes terminales sobre todo en situación de agonía, requiere con frecuencia analgesia potente. Pero no todo consiste en combatir el dolor físico, sino que también hay que considerar un aspecto de aparente menor trascendencia y pero a menudo de gran importancia para el paciente que con más o menos claridad intuye su final. Se trata de la presencia de un considerable grado de ansiedad o angustia, a veces tan perjudicial para el confort, como el propio dolor o la profunda astenia y que hace aún más difícil un final lo menos traumático posible.

Para el tratamiento del dolor no se debe tener ningún miedo a los opioides incluso cuando se tengan que indicar por vía parenteral subcutánea o endovenosa. Para evitar los efectos indeseables derivados de un síndrome de privación, ha de mantenerse el tratamiento con opioides, incluso en situaciones de coma y sin dolor aparente. Estos fármacos están así mismo indicados en la mejora sintomática de la disnea.

La medicina paliativa, no debe alargar la vida por medio de la obstinación o encarnizamiento terapéutico, ni la debe acostar por medio de ningún tipo de eutanasia. Sencillamente respeta la vida y ayuda y cuida al enfermo hasta el final.

Es conveniente redescubrir la prudencia, la medida y la sabiduría para el empleo correcto de la tecnología. Esto exige un esfuerzo de reflexión sobre los beneficios y los límites de dicha tecnología (y además una reflexión

equilibrada: no se trata de remplazar una medicina obstinada y encarnizada, por una medicina eutanásica o de abandono). Esto requiere un tranquilo diálogo entre todas las personas que cuidan a los enfermos cuya diferencia de puntos de vista representa una riqueza que no siempre es bien utilizada, en bien del paciente.

Obstinación terapéutica

La primera definición histórica, corresponde al médico francés Robert Debray, quien definió, a principios de los años cincuenta del siglo pasado y que, pese a los años transcurridos, continúa vigente: *“La Obstinación Terapéutica es el comportamiento médico que consiste en utilizar procesos terapéuticos cuyo efecto es más nocivo que los efectos del mal a curar, o inútil, porque la cura es imposible y el beneficio esperado es menor que los inconvenientes previsibles”*.

En el ambiente médico hoy se nos enseña cómo prolongar la vida y cómo “vencer” a la muerte (ejemplificando claramente la idea de oposición vida/muerte tan característica de nuestros días), y vemos así a la muerte no como un proceso natural de la vida, sino casi como un “*enemigo*”, como un “*fracaso*” de la medicina y tecnología. Los pacientes moribundos han dejado de ser una prioridad médica, y como consecuencia de ello se les dedica menor tiempo, menos esfuerzos y menos recursos.

Por otra parte, se sabe que uno de los motivos por los que algunas veces el médico no es lo suficientemente solícito con enfermos terminales, es la angustia del médico ante la propia muerte, que ve reflejada en la muerte de su paciente. Esta angustia genera mecanismos de defensa, uno de los cuales es el activismo terapéutico, que con frecuencia resulta chocante o irritante para quien lo contempla por la desproporción que se manifiesta entre la relevancia de los medios empleados y el carácter irrisorio del resultado previsto.

El médico necesita convencerse de que todo lo que podía hacerse, se ha hecho; cuantos más medios tiene a su disposición en la lucha contra la muerte y más cree en la obligación de utilizarlos, menos acepta los límites de su poder.

La obstinación terapéutica, ocasiona a veces prolongadísimas agonías que suponen un grave atentado a la dignidad de los enfermos y a la salud psíquica de sus seres queridos.

La obstinación terapéutica también llamada “distanasia”, se caracteriza porque:

- Se enfrenta con la muerte
- Retrasa y dificulta la muerte
- Aleja, alarga, prolonga, amplía la vida
- No deja morir

Esta actitud, va en contra de la dignidad humana y debemos pensar que el respeto a la vida implica el derecho a la muerte y que todo ser humano tiene derecho a una muerte decente y en paz. Así está escrito en el Eclesiastés: *“Hay un tiempo para vivir y un tiempo para morir”*.

Durante mucho tiempo a la obstinación terapéutica se la denominaba con términos tales como *“Encarnizamiento terapéutico”* o *“Ensañamiento terapéutico”* que hoy se intentan evitar ya que estos términos pueden hacer creer que los médicos se *“ensañan”*, que *“hacen daño”* deliberadamente al enfermo. Esto, lógicamente, no es así.

El médico, cuando acomete una cierta obstinación lo hace porque probablemente es lo que le han enseñado, es una forma de huir hacia delante ante una situación que le sobrepasa y que con frecuencia le angustia. El médico contra lo que a veces se oye decir, no se *“acostumbra”* ante el dolor y la muerte.

La reprobación de la obstinación terapéutica queda clara en el CDM en el artículo 36.2 *“El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanzas, 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”*.

La obstinación terapéutica es uno de los riesgos potenciales de la aplicación indiscriminada de los recursos tecnológicos de los que hoy dispone el médico. La célebre frase *“Mientras hay vida hay esperanza”* no siempre es cierta y el médico debe aprender y aplicar una lección magistral: *“No siempre todo lo que se puede hacer, se debe hacer”*.

Cada vez más, las personas tienen terror a la obstinación terapéutica. A nadie nos importa someternos a tratamientos en Unidades de Medicina Intensiva cuando sufrimos un accidente o padecemos una enfermedad reversible, pero cada vez menos personas la aceptan cuando su situación es irreversible y el final está próximo.

Por este motivo ha adquirido tanta importancia el documento de voluntades anticipadas, también presente en el CDM en el artículo 36.4 *“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”*.

Eutanasia y suicidio medicamente asistido

El concepto de *eutanasia* debe incluir exclusivamente la acción directa e intencionada, encaminada a provocar la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada o terminal, a petición expresa y reiterada de ésta. Aunque etimológicamente signifique *“buena muerte”*, actualmente es un término circunscrito a la anterior definición.

Por su parte, el *suicidio médicamente asistido* consiste en la ayuda intencionada de un médico a la realización de un suicidio, ante la demanda de un paciente capaz que no pueda realizarlo por sí mismo debido a limitaciones de carácter físico, proporcionándole la medicación necesaria para que el propio enfermo se la administre.

La “*Eutanasia*” queda caracterizada intencionalmente porque:

- Se enfrenta con la vida
- Adelanta, ayuda y favorece a la muerte
- Acorta y abrevia la vida
- Mata

El CDM es tajante a este respecto en el artículo 36.3 “*El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste*”.

La eutanasia o el *suicidio asistido* no son una prolongación de los cuidados paliativos, sino que pertenecen a otra lógica, que mina la relación esencial de confianza entre el médico y el paciente. La práctica de la eutanasia produciría un grave daño a la profesión médica en sus aspectos científicos y éticos.

La legalización de la eutanasia ocasionaría tres amenazas sobre el médico:

1. La simplicidad de la solución de la eutanasia relevaría al médico de su responsabilidad de hacer todo lo posible para procurar al paciente el mejor tratamiento.
2. Propiciaría una debilidad en las exigencias morales del médico: si la profesión médica puede considerar la muerte como una opción posible,

el sentido de la singularidad absoluta que tiene la vida humana correría el peligro de desaparecer.

3. La confianza que ha de predominar en la relación médico-paciente correría serio peligro de quebrantarse. Es la vida lo que el paciente pone en manos del médico, no su muerte. Si el médico tiene a su cargo la muerte, las sospechas de una desviación interesada en su conducta no dejarán de aparecer cuando la muerte sea susceptible de suponer algún beneficio al personal sanitario y supondría el cambio más violento y radical, sin precedentes en la historia de la medicina por lo que respecta a la razón de ser de la profesión médica.

Sedación paliativa

En general se define la sedación como *“la acción producida por los sedantes”* o de una forma más completa como *“la administración de fármacos con el fin de disminuir el nivel de consciencia, con el objetivo de controlar síntomas intensos que no lo han conseguido de forma adecuada los analgésicos o también se dice de la preparación a un paciente para una intervención diagnóstica o terapéutica que puede llegar a ser estresante o dolorosa”*.

Por el contrario se entiende por *sedación paliativa* la *“administración de fármacos apropiados para disminuir el nivel de conciencia del enfermo ante la presencia de uno o más síntomas refractarios a los tratamientos disponibles”*. Puede ser continua o intermitente y su profundidad se gradúa buscando el nivel de sedación mínimo que logre el alivio sintomático.

La necesidad de disminuir la conciencia de un paciente en las horas o días anteriores de su muerte ha sido y es objeto de controversia, en sus aspectos clínicos, éticos, legales y religiosos. La sedación, en sí misma, es un recurso terapéutico neutro más y por tanto éticamente neutro. Lo que puede hacerla éticamente aceptable o reprobable es el fin que busca y

las circunstancias en que se aplica. Existe clara y es relevante la *diferencia entre sedación paliativa y eutanasia* si se observa desde la Ética y la Deontología Médica.

La frontera que delimita ambas actuaciones se encuentra en:

A) la intención,

B) en el procedimiento empleado, y

C) en el resultado.

Diferencias entre sedación paliativa y eutanasia

A) La intención

En la *sedación* se busca disminuir el nivel de conciencia, con la dosis mínima necesaria de fármacos, para evitar que el paciente perciba el síntoma refractario. En la eutanasia se busca deliberadamente la muerte anticipada tras la administración de fármacos a dosis letales, para terminar con el sufrimiento del paciente.

En la actualidad, la necesidad de sedar a un enfermo en fase terminal obliga al médico a evaluar los tratamientos que hasta entonces ha recibido el paciente. No es legítima la sedación ante síntomas difíciles de controlar, pero que no han demostrado su condición de refractarios.

Las indicaciones más frecuentes de *sedación en la fase de agonía* son las situaciones extremas de delirio, disnea, dolor, hemorragia masiva y ansiedad o pánico, que no han respondido a los tratamientos indicados y aplicados correctamente. Aunque las cifras oscilan notablemente, el número de pacientes que precisa sedación paliativa en sus últimos días u horas de vida, están en torno al 20%.

No se debe olvidar que la *sedación* implica, para el enfermo, una decisión de profundo significado antropológico: la de renunciar a experimentar conscientemente la propia muerte. Tiene también para sus familiares importantes efectos psicológicos y afectivos y es necesario transmitirles que el paciente, adecuadamente sedado, no sufre.

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

1. La aplicación de *sedación en la agonía* exige, del médico, la comprobación cierta y consolidada de las siguientes circunstancias:
 - Que existe una sintomatología intensa y refractaria al tratamiento.
 - Que los datos clínicos indican situación de muerte inminente o muy próxima.
 - Que el paciente o, en su defecto la familia, ha otorgado el adecuado consentimiento informado de la sedación en la agonía.
 - Que el paciente ha tenido oportunidad de satisfacer sus necesidades familiares, sociales y espirituales.

Si el médico responsable tuviera dudas de la indicación, deberá solicitar el parecer de un colega experimentado en el control de síntomas o al CEA (Comité de Ética Asistencial).

Además el médico dejará constancia razonada de esa conclusión en la historia clínica, especificando la naturaleza e intensidad de los síntomas y las medidas que empleó para aliviarlos (fármacos, dosis y recursos materiales y humanos utilizados) e informará de sus decisiones a los otros miembros del equipo asistencial.

2. Es deber ético/deontológico abordar con decisión la *sedación en la agonía*, aun cuando se pudiera derivar, como efecto secundario, anticipación de la muerte.
3. El inicio de la *sedación en la agonía* no descarga al médico de su deber de continuidad de los cuidados. Aunque esta sedación pueda durar más de lo previsto, no pueden suspenderse los cuidados básicos e higiénicos exigidos por la dignidad del moribundo, como el cuidado y el aseo de su cuerpo.

Estas argumentaciones y pensamientos están recogidos de forma clara y concisa en el CDM, artículo 36.5, “*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*”.

La sedación no debe instaurarse para aliviar la pena de los familiares o la carga laboral y la angustia de las personas que lo atienden. La indicación la dicta exclusivamente la situación clínica del paciente.

En la historia clínica y en la hojas de evolución deberán registrarse con detalle los datos relativos al ajuste de las dosis de los fármacos utilizados, a la evolución clínica de la sedación en la agonía y a los cuidados administrados teniendo en cuenta que sus anotaciones pueden servir, tras el fallecimiento del paciente, para deducir, desde el punto de vista médico legal, su capacidad civil, en el caso de que éste hubiera firmado documentos, o contratos o tomara decisiones testamentarias.

El médico responsable del paciente que vive la etapa final de su vida, cuidará que su paz y tranquilidad no se vean perturbadas por intereses de familiares o allegados que lo abrumen con requerimientos de decisiones económicas, a menudo lejos de los intereses y la capacidad de comprensión del paciente. Ello puede conducir, en ocasiones, a solicitar un alta precipitada para llevar al enfermo a morir en su casa por intereses espurios.

B) Procedimiento empleado

En la *eutanasia* los fármacos hay que administrarlos a las dosis necesarias que garanticen una muerte rápida y sin sufrimientos psicológicos. En la *sedación* las dosis de los sedantes se ajustan según respuesta del paciente, lo que necesariamente implica una evaluación frecuente del proceso y registrarlo en la historia clínica del enfermo.

C) Resultados

En la *eutanasia* el parámetro de respuesta es precipitar la muerte sin sufrimiento. En la *sedación* el parámetro de respuesta es aliviar el dolor y el sufrimiento en general, aunque en ocasiones el necesario incremento de las dosis de los analgésicos y de los sedantes pudiera llegar a producir un adelanto de la muerte. Es imprescindible resaltar el hecho de que no existe la más mínima prueba científica de que esto sea así, sino más bien lo contrario.

La sedación paliativa es hoy un tratamiento médico universalmente aceptado y, por lo tanto, no cabe la objeción de conciencia.

Certificar la defunción

El certificar la defunción, puede ser una de las últimas dificultades con las que se encuentran los familiares, en un momento en el que su situación de estrés y afectación emocional, les impide actuar de un modo razonable. Por otra parte, no es raro que existan auténticas dificultades para encontrar un médico que firme dicho Certificado por ejemplo, en los fines de semana.

Antaño, esta era una tarea fácil. Siempre se encontraba al médico de cabecera que cumplimentaba el certificado médico sin ninguna dificultad. Actualmente este hecho puede significar un problema de cierta importancia y

además, frecuente. El médico de referencia del enfermo o no existe o tiene un sustituto y, desde luego, si se trata de un fin de semana, habrá algún médico de guardia que puede aducir no conocer al paciente y negarse a firmar el certificado de defunción. En el medio hospitalario, también es un problema de relativa frecuencia y que tiene que ver con los criterios de la Medicina actual según la cual la muerte se interpreta como un fracaso de la ciencia médica. Los médicos se sienten incómodos certificando oficialmente “*su fracaso*” o el de un colega.

El CDM pretende evitar problemas de este tipo y lo recoge en el artículo 36.6, “*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*”.

Certificar la defunción tiene unas consecuencias legales y sociales de relevancia, de ahí que el certificar la muerte de una persona entrañe una responsabilidad para el médico que lo cumplimenta. Pero ello no puede usarse como pretexto para negarse a certificar la muerte de una persona cuya causa conoce por ciencia propia o por examen de la documentación clínica. No es deontológicamente aceptable rehuir las responsabilidades que cada uno asume frente a sus pacientes a la hora de certificar su defunción.

Certificar un fallecimiento deberá hacerlo aquel médico que mejor pueda cumplir las exigencias legales de este documento. No será lícito ampararse en una pseudoobjeción de conciencia para no firmar un certificado de defunción de un paciente con el que se tiene una obligación ética contraída.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ojeda Martín M, Navarro Marrero MA, Gómez Sancho M. Sedación y enfermo oncológico terminal. *Medicina Paliativa* 1997; 4 (3): 101-107.
2. Gómez Sancho M. *Morir con Dignidad*. Madrid: Arán, 2005
3. Gómez Sancho M. *el Hombre y el Médico ante la Muerte*. Madrid: Arán, 2006.
4. Gómez Tomillo M, López-Ibor JJ, Gutiérrez Fuentes JA. Aspectos médicos y jurídicos del dolor, la enfermedad terminal y la eutanasia. Madrid: Unión Editorial, 2008.
5. Puchalski C. Spirituality in health: the role of spirituality in critical care. *Crit Care Clin* 2004;20(3):487-504.
6. Kaldjian LC, Jekel JF, Bernene JL, Rosenthal GE, Vaughan-Sarrazin M, Duffy TP. Internist attitudes towards terminal sedation in end of life care. *J Med Ethics* 2004;30(5):499-503.
7. Muller-Busch HC, Oduncu FS, Woskanjan S, Klaschik E. Attitudes on euthanasia, physician-assisted suicide and terminal sedation – a survey of the members of a German Association for Palliative Medicine. *Med Health Care Philos* 2004;7(3):333-9.

CAPÍTULO VIII

LAS RELACIONES DE LOS MÉDICOS
ENTRE SÍ Y CON OTROS
PROFESIONALES DE LA SALUD

*“¿Quién decide cuando los médicos
no están de acuerdo?”.*

Alexander Pope

CAPÍTULO VIII

LAS RELACIONES DE LOS MÉDICOS ENTRE SÍ Y CON OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD

Introducción

La labor fundamental de las Comisiones de Deontología de los Colegios de Médicos es asesorar a las Juntas Directivas y velar por la aplicación del Código de Deontología Médica (CDM) y por ello se dedican especialmente al análisis y valoración de denuncias y reclamaciones de los pacientes hacia sus médicos, siempre desde el prisma ético deontológico, por una presunta actuación inadecuada en la asistencia recibida. Esta función es importante ya que de su análisis exhaustivo, ecuanimidad, seriedad y calidad depende en parte la credibilidad de la profesión y contribuye con ello a alejar fantasmas de corporativismo.

El colectivo médico será tanto más creíble, cuanto mejor y con más transparencia cumpla esta tarea y sancione al médico que haya trasgredido de forma fehaciente el CDM o le exonere de culpa, aunque los resultados de su actuación no hayan sido los deseados, si el médico ha actuado de forma correcta técnica y éticamente.

Históricamente la relación sanitaria ha sido fundamentalmente persona a persona entre médico y paciente, pero los cambios tecnológicos y organizativos han conducido en las últimas décadas a una relación del paciente con equipos multidisciplinarios, creándose unas nuevas realidades y necesidades de comunicación en el ámbito de la relación entre compañeros.

Además, la facilidad con que los pacientes pueden acudir a diferentes consultas, la popularización por derecho a la segunda opinión y la divulgación de las actividades e investigaciones médicas, ha llevado inexorablemente a nuevas dificultades en la relación de los médicos entre sí.

Hoy en día, para cualquier Comisión de Deontología provincial o autonómica y en última instancia para la Comisión Central de Deontología (CCD) es cada vez más frecuente recibir una denuncia entre colegas, por supuesta infracción del CDM y concretamente de su capítulo VIII, donde se regulan las relaciones de los médicos entre sí.

La gestión disciplinaria de los colegios, hecha conforme a la normativa deontológica y al procedimiento correcto, es el ejercicio legítimo de una ineludible responsabilidad. Los conflictos que surjan entre colegiados y en base a la normativa deontológica, deben resolverse en el ámbito colegial por los órganos corporativos de decisión y justicia colegial, comisiones de Deontología y juntas de gobierno, y solo en última instancia, fracasadas las instancias colegiales internas, los conflictos entre médicos se tendrían que dirimir, si es voluntad por lo menos de una de las partes, en los tribunales de justicia.

Ejercicio de la Medicina

Se ha definido a la Medicina como la ciencia de la incertidumbre y el arte de la probabilidad. En la actualidad el trabajo del médico es frecuentemente cuestionado y no siempre de manera cualificada. El médico está inmerso en una realidad social donde el escenario público de su acción, los medios de comunicación, la influencia e importancia de la imagen y la enorme trascendencia de la labor sanitaria, cargan de extraordinaria importancia las relaciones que tienen los médicos entre sí y especialmente, en este marco social, a las relaciones públicas entre colegiados, que en mayor o menor grado llegan a tener repercusión pública notable.

Realidades denominadas como el “*burn-out*” o el “*mobbing*”, están de actualidad. En una notable proporción tienen como base etiológica una inadecuada o incluso mala relación interprofesional que a veces está impregnada de las más sutiles técnicas. Se originan patologías y conflictos personales y profesionales severos, a veces de consecuencias irremediables. Son cuadros clínicos difíciles de aceptar, de diagnosticar y en consecuencia de tratar. Como siempre, la mejor labor curativa debe iniciarse en la prevención y para ello es fundamental el conocimiento y puesta en práctica de unas reglas básicas de relación entre colegiados, lo que implica su obligado conocimiento por parte de los médicos. La base de este conocimiento el colectivo médico debe reconocerlo en el CDM, que es el marco adecuado para establecer la mejor conducta profesional.

La aparición de tensiones entre médicos, originadas por muy diversas razones, es un hecho que ha llevado a denuncias presentadas en los Colegios de Médicos con relativa frecuencia, constatándose un incremento significativo de éstas en los últimos años. Estas tensiones se dan en diversos ámbitos como el asistencial, científico y de investigación, académico, público y mediático por lo que es necesario concienciar al colectivo para poder cambiar esta tendencia creciente.

Algunos conflictos entre médicos se evitarían con comportamientos más reflexivos y con un conocimiento real y más profundo del CDM. Cuando los conflictos ya se han producido, los Colegios de Médicos tienen que hacer los esfuerzos necesarios para disponer de criterios y mecanismos para su valoración correcta y sentar las bases para su prevención y tratamiento de estos conflictos. En estos casos la mediación del Colegio puede representar un primer paso, que de ser eficaz evita muchas situaciones incómodas y en ocasiones de una marcada virulencia.

En consecuencia, sabiendo que el conjunto de principios y reglas que inspiran el vigente CDM son de obligado cumplimiento para todos los médicos en el ejercicio de su profesión, se intenta en el Capítulo VIII orientar la conducta del médico hacia sus colegas en diversas situaciones y también hacia los integrantes de otras profesiones sanitarias.

A) Problemas de relación entre médicos en el ámbito asistencial.

1º) Organización sanitaria. Jerarquía y liderazgo.

La organización sanitaria no puede ser asamblearia pero tampoco dictatorial y basada en decisiones y acciones prepotentes por parte de los gestores y superiores jerárquicos. Por tanto, una estructura jerárquica no debe estar reñida con un trabajo armónico y el ejercicio del debido respeto hacia los compañeros. Sin embargo, también hay que señalar, que la buena relación y el respeto del superior al inferior jerárquico ha de tener la misma correspondencia del inferior al superior.

En servicios o equipos jerarquizados, tanto en medicina hospitalaria como ambulatoria, se pueden producir conflictos entre sus componentes, aunque suelen surgir cuando un médico de categoría superior con responsabilidades ejecutivas tiene con uno o más colegas de nivel jerárquico inferior un trato personal desconsiderado, un trato impositivo a nivel profesional, o un trato de menosprecio sobre todo manifestado en público. Así mismo, a veces el conflicto deriva de la apropiación indebida de una contribución científica o de la obstrucción deliberada de un desarrollo profesional y/o académico.

El liderazgo consecuente con la valía y características virtuosas del superior jerárquico es la principal razón y base de una buena armonía y de evitación de conflictos. Incluso es una más y no la menos importante de las causas de satisfacción laboral para todos los miembros del grupo.

El artículo 37.2 del CDM vigente de forma rotunda formula que “*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*”.

El artículo 40.3 del CDM define bien estos conceptos *“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.*

2º) Obligaciones y responsabilidades en la gestión.

Se deben evitar desequilibrios en las obligaciones asistenciales, la sobrecarga de algunos, causadas por otros por satisfacer sus aspiraciones curriculares y/o de promoción personal o lo que es peor, por desidia. El artículo 42.1 del CDM dice que *“Los médicos que ostenten cargos directivos, están obligados a promover el interés común de la profesión médica. Su conducta nunca supondrá favoritismo o abuso de poder.”.*

3º) Conflictos entre profesionales.

El artículo 38 del CDM en sus apartados 2, 3 y 4 es muy explícito en cuanto a como debe ser el comportamiento de los médicos, en diferentes situaciones.

El artículo 38.2 del CDM expresa en cuanto a la asistencia compartida los siguientes términos *“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”.*

El artículo 38.3 del CDM en cuanto a la trascendencia de aspectos médicos en la opinión pública indica que *“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”.*

El artículo 38.4 del CDM dice que el médico debe anteponer la buena práctica técnica y ética a cualquier otro parámetro *“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”*.

4ª) Conflictos entre profesionales de otros servicios y/o equipos a los que se ha solicitado consulta.

Este tipo de conflictos aparecen por la falta de colaboración en la atención de pacientes. Este supuesto puede considerarse más bien como incumplimiento de los deberes del médico que de conflicto entre médicos. La situación más frecuente se produce por interferencias en la asistencia de pacientes o apreciación diagnóstica con connotaciones terapéuticas del consultor, cuando el médico responsable del paciente está en desacuerdo y lo hace saber al paciente antes de establecer una relación de consenso entre ambos.

El artículo 39.1 del CDM indica que *“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”*.

5ª) Conflicto tras petición de una segunda opinión.

Cuando un paciente solicita una segunda opinión, el médico que ha intervenido en su atención en primer lugar debe facilitar todos los datos de que disponga y el médico que recibe al paciente ha de abstenerse de cualquier comentario crítico o despectivo en referencia a actuaciones médicas anteriores.

El artículo 39.2 del CDM establece de forma sucinta pero clarificadora la relación entre colegas cuando hay una segunda opinión, *“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”*.

B) Problemas entre médicos por mala práctica profesional.

Si un médico conoce que la práctica de un colega es inadecuada, por falta grave de preparación o técnica insuficiente, deterioro de su estado físico o psíquico, adicción a alcohol y/o drogas o sufre infección que puede contagiar y poner en riesgo a sus pacientes, tiene la obligación de comunicarlo, y así se recuerda en:

El artículo 5.3, del CDM es taxativo en cuanto que: *“La principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de este 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”*.

Por tanto, el silencio en estos casos no es un acto de compañerismo, sino negación de ayuda a los pacientes y al colega, contemplada fundamentalmente en los artículos 22.2, 22.3, del Capítulo IV del CDM, sobre la calidad de la atención médica.

Artículo 22.2 del CDM *“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”*.

Artículo 22.3 del CDM *“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 37.1 capítulo VIII del CDM recuerda que: *“La confraternidad entre los médicos es un deber primordial y sobre ella sólo tienen preferencia los derechos del paciente”*.

C) Problemas en las relaciones académicas de los médicos.

El artículo 38.1 del CDM alienta el que *“Los médicos compartirán sus conocimientos científicos en beneficio de los pacientes”*.

Compartir va en beneficio de los pacientes y de la investigación básica y clínica, cuyo objetivo final es el avance científico expresado con la publicación de artículos en revistas profesionales de prestigio. La decisión de quien ha de firmar un artículo científico es del investigador principal en colaboración con el jefe de servicio de donde procedan los datos.

Es un engaño y falta ética al respecto:

- a) Incluir personas que no han participado de forma significativa en el diseño, realización o redacción del trabajo.
- b) No incluir a personas que han intervenido.
- c) Si son varios los investigadores colocarlos inadecuadamente a sus méritos y al trabajo realizado en la publicación y de forma deliberada.

D) Relaciones del médico con otras profesiones sanitarias.

La actividad asistencial implica a profesionales de diferentes ámbitos que deben buscar entre todos la mejor respuesta para la buena atención a los pacientes. Es importante una buena relación y el respeto mutuo entre colegas de las diferentes profesiones sanitarias.

El artículo 41.1 del CDM indica que: *“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”*.

El artículo 41.2 del CDM hace referencia a la relación con los colaboradores más directos del médico y en los siguientes términos: *“El médico respetará el ámbito de las competencias de sus colaboradores. Procurará que cada miembro del grupo cumpla correctamente sus obligaciones específicas”*.

La relación entre los profesionales de la medicina y otros profesionales de la salud debe ser siempre cordial, con especial relevancia en la práctica asistencial diaria entre médicos y enfermeros, que en general es considerada una relación asimétrica. En Atención Primaria, los profesionales de la Medicina y de la enfermería trabajan codo con codo. Cada cupo de pacientes es atendido por ambos profesionales, con funciones y perfiles de acción distintos y complementarios.

No se suelen producir conflictos por la diferencia en conocimientos o capacidades, pues cada colectivo tiene bien diferenciadas las responsabilidades. La causa fundamental de problemas es la deficiente comunicación entre ambos colectivos, hecho especialmente necesario, ya que es bien conocido que una fluida comunicación es un elemento clave en la correcta asistencia a los pacientes.

Cuando los profesionales de enfermería y medicina colaboran estrechamente en áreas específicas en las que lo más habitual es atender situaciones

críticas, como ocurre en las unidades de cuidados intensivos, urgencias y emergencias comunitarias, es más fácil la interrelación y colaboración profesional. Bien es verdad que estos profesionales trabajan en un medio que exige alta cualificación, lo que también facilita la relación. Esta puede estar más dificultada en áreas más generales.

Las estrategias para una mejora de la relación, pueden basarse en:

- Reconocimiento y valoración del otro.
- Capacitación profesional.
- Conocimiento de técnicas de comunicación.

Así mismo, hay que reconocer que la relación con el profesional farmacéutico en Atención Primaria es prácticamente nula, y en el hospital es distante pese a que estudios y encuestas ponen de manifiesto que el médico piensa realmente que el farmacéutico es un profesional preparado pero infrautilizado en la sanidad. Su colaboración es esencial y especialmente importante en el caso del paciente mayor, crónico y polimedcado.

No hay que olvidar la necesaria relación con otros muchos profesionales, como fisioterapeutas, psicólogos clínicos, veterinarios, trabajadores sociales, etc.

Normativa del ejercicio de la Medicina

Los *Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial* contienen diferentes artículos que tratan sobre materia deontológica y las relaciones entre colegiados:

- *“Competencias en materia deontológica, con vigilancia del ejercicio profesional, de la publicidad, de las informaciones aparecidas en los medios de comunicación sobre cuestiones profesionales y sus legítimos intereses, prestigio y dignidad. De la existencia de la Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado como órgano asesor”.*

- *“Aplicación de normas deontológicas que regulen el ejercicio de la medicina, de requerimiento a colegiados para cumplimiento de deberes éticos y legales, y de aplicación de medidas disciplinarias si fuera preciso en casos de infracción deontológica”.*

- *“Sobre los deberes de los colegiados, incluidos los deberes de relación. Deberes también incluso en las divergencias”.*

BIBLIOGRAFÍA

1. López Sánchez A. El arduo camino de la libertad. Reflexiones sobre bioética médica. Línea 6 Comunicación Editorial. Cádiz 2004.
2. Herranz G. Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica. Eunsa 1993.
3. Mediano L, Fernández G. El “burnout” y los médicos. Un peligro desconocido. Editorial Ricardo Prats y Asociados. 2001.

CAPÍTULO IX

RELACIONES CON LA CORPORACIÓN MÉDICA COLEGIAL

“La función de los colegios no es la de representar al facultativo como individuo, sino la de gobernar la profesión médica democráticamente. La OMC tampoco existe para representar los derechos laborales del médico, que para eso ya están los sindicatos”.

J. J. Rodríguez Sendín

CAPÍTULO IX

RELACIONES CON LA CORPORACIÓN MÉDICA COLEGIAL

Introducción

El Código de Deontología Médica (CDM) vigente dedica un capítulo específicamente a tratar de las relaciones de los colegiados con la corporación médica colegial a pesar de que la regulación de esta relación es más característica de los estatutos Generales de la Organización Médica Colegial (OMC). Pero no se debe olvidar que un notable número de deberes estatutarios tienen un marcado componente ético por lo que se considera debe ser objeto de regulación deontológica.

Este capítulo trata de los deberes de los colegiados en general y de las responsabilidades específicas de los colegiados que, elegidos por votación, ocupan cargos directivos de los colegios provinciales y del Consejo General de Colegios de Médicos.

Lealtad y respeto mutuos entre Colegio de Médicos y colegiados

Las relaciones entre Colegio y colegiados deben basarse en la lealtad y respeto mutuos así como en la voluntad común de cumplir los deberes

estatutarios y deontológicos. No se podrían hacer realidad propuestas de ayuda y colaboración de los directivos de las corporaciones colegiales, si los colegiados desoyeran dichas propuestas. Especialmente importante cuando se pide información como expertos en cuestiones profesionales, declaración como peritos, colaboración para formar parte de comisiones, o necesitan de su competencia deontológica como instructores en asuntos disciplinarios.

Algunos médicos colegiados que ostentan cargos jerárquicos a veces se resisten a acudir y colaborar a requerimientos del Colegio. Parece que ser consejero, gerente, director médico de un hospital etc., justifica no responder a estos requerimientos.

No es ni debe ser así y el CDM deja bien clara esta obligación cuando en su Artículo 43.1 dice: *“El médico, cualquiera que sea su situación profesional o jerárquica, tiene el deber de comparecer al requerimiento que se le haga desde el Colegio”*.

Esta situación no es teórica, sino que hay experiencias concretas. De hecho en un determinado colegio provincial y en el periodo de abarca desde 2002-2007 se abrieron tres expedientes por la Comisión de Deontología que finalmente acabaron tan solo con una amonestación oral por parte de la junta directiva

Colaboración

La actitud de una notable parte de los médicos hacia su Colegio o a la propia OMC suele ser de indiferencia y poca implicación. El colectivo médico ha de convencerse de la trascendencia que tienen las instituciones colegiales en temas tan importantes para el quehacer diario como la relación médico-paciente, con las instituciones y de médicos entre si. Una manera de integración y respuesta, es que los colegiados mayoritariamente partici-

pen en la elección de directivas y asistan a las Asambleas. La poca participación en estos actos de responsabilidad democrática interna, conlleva una debilidad de las instituciones (colegios provinciales y OMC), entre otras razones porque los directivos elegidos se sienten carentes de suficiente representatividad y de la necesaria autoridad moral, por lo que su gestión y su control deontológico del ejercicio profesional tienden a quedar marcados por la debilidad o, incluso en ocasiones por la inoperancia.

Cuando los dirigentes colegiales están carentes de autoridad moral, generalmente hay poca eficiencia y se afianza la conciencia de que los colegios son inoperantes generando indiferencia y descenso en la participación en las siguientes elecciones, creándose un peligroso círculo vicioso. Además, el vacío que crea la pasividad de los directivos, suele ser ocupado por el activismo de la política general y/o de las distintas tendencias sindicales y el colegio no es el marco adecuado para su legítimo activismo.

Por otro lado, la inoperancia colegial en Deontología suele ser sustituida por el recurso a los tribunales de Justicia. De esta manera, se crean las circunstancias ideales para que esos poderes no específicamente médicos (el político, el sindical y el judicial) invadan de modo creciente el espacio colegial lo que significaría la muerte lenta, pero inexorable de las corporaciones médicas.

El artículo 43.2 del CDM formula de forma sucinta estos aspectos cuando dice que: *“Es obligación del médico colegiado participar en las actividades colegiales y contribuir a las cargas económicas correspondientes”*.

Coherencia deontológica y estatutaria

Los directivos colegiales provinciales, autonómicos y estatales, deberán tener como referencia las normas del CDM, así como los estatutos propios de cada Colegio y de la OMC para ser coherentes con aquello que se exige

al resto de los colegiados. A esta coherencia se refiere el artículo. 44.1 del CDM cuando indica que: *“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”*.

Protección

Para que un colegiado se sienta motivado a que su actividad profesional esté guiada por las normas que se establecen en el CDM ha de sentirse protegido por la OMC. Por ello los propios Colegios y la OMC deberán comprometerse a prestar a apoyo, a través de sus asesorías jurídicas y, sobre todo, por medio de la negociación a quienes sufran ataques a su libertad profesional.

El artículo 44.3 del CDM señala que: *“La Organización Médica Colegial defenderá a los colegiados que se vean perjudicados por causa del cumplimiento de este Código”* y se compromete seriamente a proteger la libertad de los colegiados que disientan razonablemente o aleguen la objeción de conciencia frente a disposiciones u órdenes que choquen con los principios éticos de la profesión. El CDM obliga a quienes dirigen la OMC a proteger de perjuicio a los colegiados por causa de ser fieles a sus convicciones ético-profesionales.

Vigilancia deontológica

Los Colegios de Médicos no deben esperar a que llegue una denuncia sobre la presunta conducta inadecuada de un médico; deben ser observadores vigilantes de las conductas profesionales alejadas de las normas de Deon-

tología. Si se supiera de vulneraciones a la ética de un colegiado o de una determinada institución sanitaria, el Colegio actuará de oficio. Con ello se dará confianza a los ciudadanos evitando que piensen en el corporativismo médico tan aludido por la sociedad.

El artículo 44.4 del CDM lo formula de forma inequívoca: “*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*”, por tanto obliga a los Colegios a vigilar activamente que sus colegiados realicen su actividad profesional dentro de las normas de Deontología que el colectivo se ha autoimpuesto, fundamentalmente para beneficio de los pacientes.

Enseñar la Ética y la Deontología

La OMC y los Colegios provinciales no pueden permanecer indiferentes a la calidad científica y docente de la enseñanza de la Medicina y en especial colaborar para que la docencia de la Ética y la Deontología que se imparte en el pregrado sea de calidad. El artículo 44.6 del CDM expone: “*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*”.

Para cumplir con esta obligación deontológica, los Colegios de Médicos y la OMC deberían establecer acuerdos con las Facultades de Medicina para conseguir una cooperación que complementaría y enriquecería la docencia ya que la orientación de la OMC y de los Colegios en la docencia es eminentemente profesional y la de las facultades fundamentalmente académica. La OMC y los Colegios están interesados en bien de los futuros médicos, que lleguen a los estudiantes de Medicina las normas del CDM y la de los estatutos Generales de la OMC. Esta función de las instituciones colegiales no debe en absoluto disminuir su obligación de favorecer y coo-

perar en la formación continuada de los médicos en ejercicio, tanto en sus vertientes científicas y técnicas como éticas y deontológicas.

En la CCD se hicieron unas reflexiones y conclusiones en referencia al informe sobre el escrito de la Dirección General de Recursos Humanos y el Servicio Económico-Presupuestario del Ministerio de Sanidad referente a la campaña publicitaria iniciada por los MIR con el lema “*Llevo 32 horas sin dormir ¿te opero?*”.

La conclusión cuarta del citado informe indicaba: “*En las actuales circunstancias es urgente elaborar unas recomendaciones ético-deontológicas en referencia a la formación especializada de los médicos, para lo cual proponemos el establecimiento de una comisión mixta OMC-MIR en la que se debatan los problemas que se les presentan en este sentido. Es esta una ocasión histórica para que los órganos directivos de la OMC muestren a los médicos en formación el apoyo que les presta la OMC en su desarrollo profesional y la importancia de su integración plena en cada Colegio Provincial para que garanticen, en el futuro, el progreso competitivo de sus ulteriores colegas sin que tengan que pasar por situaciones indignas*”.

Intervención en la organización sanitaria

Los colegiados trabajan habitualmente en el marco de la organización sanitaria de nuestro país y en ocasiones dicha organización condiciona o al menos puede condicionar de forma sustancial la actividad profesional de los médicos. También en la práctica profesional en instituciones privadas o mutuales. El CDM contempla además de los deberes personales de los médicos, otros deberes corporativos que todos los médicos han de asumir y de forma especial los directivos de instituciones colegiales para intervenir en la política sanitaria y en la promoción de la salud pública.

El artículo. 44.7 del CDM lo resume de forma concisa y contundente *“Los directivos de la Organización Médica Colegial tienen en el deber de intervenir en la organización sanitaria y sobre todo en aquellos aspectos que puedan afectar a la salud de la población”*. Es decir la Corporación Médica deberá intervenir en las cuestiones de salud que afecten a la población y que los médicos pueden desarrollar con la debida competencia como planes de educación sanitaria, de vacunaciones y de lucha contra los riesgos voluntarios de salud, protección civil, etc.

A título de ejemplo la CCD informó sobre asuntos relacionados con este artículo:

1. *Informe sobre la “Masificación y el aumento de la prestación asistencial que sufren los médicos de Atención Primaria”*. En la conclusión 5ª se indicaba:

“El Consejo General de Colegios Médicos debería actuar con energía y firmeza estableciendo un diálogo fluido con la Administración Sanitaria al máximo nivel, para promover pactos que permitan alcanzar una pronta solución a este grave problema que afecta a la calidad de la atención primaria de la salud que se presta a los ciudadanos. Si en un plazo de tiempo razonable no se alcanzaran resultados satisfactorios, la OMC debería tomar medidas drásticas en defensa de la dignidad de la asistencia sanitaria, del Código de Deontología Médica y de las condiciones de trabajo de los médicos”.

2. *Informe sobre la “Imagen que los seriales médicos de televisión ofrecen sobre los médicos y la profesión médica en general”*.

En el informe de la CCD, aprobado por la Asamblea General en diciembre de 2007, concretaba la vigilancia que debe ejercer en bien de la salud de la población cuando:

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

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

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

Responsabilidad y compromiso

El CDM recuerda al médico elegido para los diversos órganos colegiales que una vez elegido no ha acabado su misión de convencer a sus electores de que realizará una buena gestión; a partir de su elección deberá continuar convenciendo, a los colegiados de que cumple lo que se comprometió y preocuparse de velar por los intereses comunes, sobre otros particulares o de grupo. El CDM exige varias cualidades al médico elegido por los órganos institucionales: diligencia, imparcialidad, prudencia y reserva.

El artículo 44.8 del CDM lo resume recordando que: *“El médico elegido por 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”*.

Cargos colegiales por el interés institucional

Los directivos de las instituciones colegiales están moralmente obligados a guiar sus decisiones no por criterios que busquen el propio beneficio o el de una parte de los colegiados, sino por consideraciones amplias, que tengan en cuenta las consecuencias que puedan acarrear sus acciones de gobierno. Un directivo elegido no debe renunciar a tener sus ideas propias en lo profesional y corporativo; debe pensar que ha sido elegido por tener determinadas ideas, pero no puede imponerlas: es preciso atemperarlas y enriquecerlas con la ayuda de otros colegiados que aporten experiencias lo que contribuye a la gestión inteligente del gobierno. Si alguien tuviera la intención de emplear su cargo de representante colegial para su propio beneficio el CDM recuerda que hay un control de la Asamblea General o de compromisarios de su Colegio.

El artículo 44.9 del CDM indica que *“No deben utilizarse los cargos colegiales con fines ajenos al interés institucional; es obligatorio dar cuenta de la gestión ante las correspondientes Asambleas Generales”*.

BIBLIOGRAFÍA

1. Collazo Chao, Eliseo. Propuesta de actualización del Código de Ética y Deontología Médica (1999) de la Organización Médica Colegial. Tesis doctoral. Facultad de Medicina. Universidad de Córdoba. Año 2009
2. Herranz, G. Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica. EUNSA. Uriach. Pamplona (1993, 2ª edición). Pág. 209-226.
3. Moya, Vicente y Lizarraga, Emilio. Deontología Médica en el Siglo XXI. ICOMEM. Editorial San Carlos. Madrid. 2009. Pág. 465-469.

CAPÍTULO X

TRABAJO EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

*“A veces creemos que lo que hemos
logrado es sólo una gota en el océano.
Pero sin ella, el océano estaría incompleto”.*

Teresa de Calcuta

*“El trabajo sin prisa es el mayor
descanso para el organismo”.*

G. Marañón

CAPÍTULO X

TRABAJO EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

Introducción. Bases legislativas

El Sistema Nacional de Salud (SNS) se crea y regula por la Ley 14/1986 de 25 de abril Ley General de Sanidad (LGS) que da respuesta a las previsiones de los artículos 41 y 43 de la Constitución Española de 1978 que establecen que:

- a) Los poderes públicos mantendrán un régimen jurídico de Seguridad Social para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad.
- b) Reconocen el derecho a la protección de la salud, encomendando a dichos poderes organizar y tutelar la salud de la población a través de medidas positivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

Los principios y criterios sustantivos que configuran el SNS los establece la LGS:

1. Carácter público, universalidad y gratuidad del sistema.
2. La definición de derechos y deberes de los poderes públicos, profesionales y ciudadanos en el SNS.

3. La descentralización de las competencias sanitarias y su gestión en un nuevo marco político y territorial.
4. La integración de los servicios sanitarios (incluidos los Servicios de Salud Autonómicos) en el SNS.
5. La organización de los servicios sanitarios en áreas de salud.
6. La implantación y desarrollo de una atención primaria que incluya la articulación con la atención especializada y la integración de funciones preventivas y de promoción de la salud, asistenciales y rehabilitadoras.

Para asegurar la cohesión y calidad del SNS evitando la tendencia a la fragmentación excesiva, inadecuadas diferencias territoriales y niveles de calidad y participación desiguales en los distintos territorios que configuran el estado español, se genera la Ley 16/2003, de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del SNS que define estos objetivos de la siguiente manera:

- a. Equidad:** Como desarrollo del precepto constitucional de igualdad, para garantizar el acceso a las prestaciones en cualquier lugar del territorio en condiciones de igualdad efectiva y posibilita la libre circulación de todos los ciudadanos.
- b. Calidad:** Que ha de conjugar:
 - Las innovaciones con seguridad y efectividad.
 - Orientar los esfuerzos del sistema hacia la anticipación de los problemas de salud o hacia soluciones eficaces cuando se presenten y en el tiempo adecuado
 - Evaluar el valor añadido y beneficio de las actuaciones clínicas incorporándolas cuando resulte pertinente.

Todo ello ha de realizarse considerando los actores implicados. La calidad ha de presidir la actuación de las instituciones sanitarias públicas y privadas y debe estructurarse en torno a los siguientes elementos:

1. Normas de calidad y seguridad. Existen distintos modelos, entre ellos:
 - ISO (Organización Internacional de Normalización del griego, ἴσος (isos), ‘igual’ 1947), es el organismo encargado de promover el desarrollo de normas internacionales para buscar la estandarización de normas de productos y seguridad para las empresas u organizaciones.
 - EFQM se trata de un modelo no normativo, cuyo concepto fundamental es la autoevaluación basada en un análisis detallado del funcionamiento del sistema de gestión de la organización usando como guía los criterios del modelo.
2. Indicadores que recogen de modo estandarizado y comparable niveles de calidad entre centros y servicios de forma homologada, ajustada y con fiabilidad. Se denomina “benchmarking” (proceso de medida y mejora continuada de centros, servicios, procedimientos y prácticas clínicas, docentes e investigadoras que implica la comparación con las mejores disponibles en el entorno sanitario, que se toman como referencia con intención de incluso mejorarlas)
3. Guías de práctica clínica y procesos integrados que permitan procedimientos con las mejores evidencias y consensos establecidos.
4. Bancos de buenas prácticas que permitan aplicar y extender los mejores procedimientos, las medidas que aporten mejores resultados y las innovaciones más efectivas, eficientes y seguras.

5. Registro de acontecimientos adversos, que recoge información sobre prácticas que hayan provocado problemas de seguridad para los pacientes. La buena intención de crear estos registros, no se ha llevado suficientemente a la práctica en instituciones sanitarias, por las dificultades intrínsecas que conlleva, aunque es probable que se consiguiera una disminución de los errores sanitarios. Se debería renovar el interés para la creación de estos registros, tanto por parte de las instituciones, como de los propios profesionales.
- c. **Participación ciudadana:** Tanto en el respecto a la autonomía de sus decisiones individuales como señala la Ley 41/2002 de 14 de noviembre de autonomía y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (LAP), como en la toma en consideración de propuestas y expectativas, así como permitir el intercambio de experiencias y perspectivas tanto individuales como asociativas .

Bases deontológicas del trabajo en instituciones sanitarias

En este contexto normativo de la Calidad en el SNS se encuentran los cinco artículos del 21 al 26 inclusive) del capítulo IV sobre “Calidad de la atención médica” que recoge el Código de Deontología Médica (CDM) y que son ampliamente comentados en el apartado correspondiente de este manual. Además enfatizan criterios éticos prudenciales relevantes para evitar problemas éticos y deontológicos en este ámbito como puede ser:

1. La toma de posición frente a la “medicina defensiva” contraria a la ética médica.
2. El señalar límites a la actuación profesional que imponen los criterios de prudencia y capacidad cuando dicha actuación sobrepase

las competencias de un determinado profesional, en cuyo caso debe derivarse al paciente a un colega experto en la materia.

3. Cuando por dificultades psíquicas, enfermedad, drogadicción u otras causas un médico debe consultar a otro colega si por estas circunstancias debe suspender temporal o incluso indefinidamente su actuación profesional. Cuando el médico no percibe que no se encuentra capacitado para el correcto ejercicio profesional, obliga al colega del equipo de trabajo a comunicárselo e indicar la necesidad de una consulta médica y si fuese necesario, trasladar dicha situación al Colegio de Médicos para valorar su inclusión en el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME), en evitación de perjuicios no tan solo a pacientes sino también al propio médico afectado, que de nuevo podrá incorporarse a su tarea o a una adaptada a su situación, en cuanto se hayan solucionado las dificultades que presentaba.
4. Insistir en el deber de no aceptar contraprestaciones por la prescripción de pruebas y tratamientos, ni cualquier tipo de incentivo que menoscabe la calidad asistencial.
5. No se deben utilizar prácticas sin base científica o que de alguna forma hayan demostrado alguna utilidad a pacientes, prometer resultados inseguros, utilizar procedimientos ilusorios o simular tratamientos.

Aplicación de la Deontología en la práctica asistencial médica en las instituciones sanitarias

Hay que tener presente que en las instituciones sanitarias el procedimiento de toma de decisiones en ética clínica es más complejo porque suele tener implicaciones sobre personas enfermas y afectar a otros colectivos profesionales, por lo que hay que valorar en profundidad, y en cada momento,

las consecuencias de la aplicación de los distintos principios bioéticos y así mismo los conflictos entre estos principios y las consecuencias que se deriven de su aplicación..

Algunos de estos principios están recogidos en el Capítulo X del CDM y concretamente en el 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”* y en el artículo 45.2 *“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”*.

La necesaria cooperación con la dirección de los centros sanitarios, no puede estar exenta, cuando exista fundamento suficiente, de crítica constructiva, con afán de mejora y resolución de las deficiencias observadas y mostrar a los responsables una actitud de colaboración positiva en pro de su corrección, pero siguiendo los principios y directrices que emanan de los artículos citados.

Por tanto, los profesionales médicos que no vean atendidas por los directivos y responsables del centro sanitario sus denuncias fundadas , de deficiencias graves para su correcta actuación profesional ,están legitimados y obligados por el CDM a poner en conocimiento del Colegio de Médicos y/o a las autoridades sanitarias las deficiencias detectadas, antes de poder hacerlo a otros medios.

Actualmente la vía colegial está adquiriendo especial relevancia en la denuncia de situaciones estructurales, organizativas y funcionales que vulneren los derechos de los pacientes a una asistencia segura y de calidad. Si finalmente ninguna de las vías resultara efectiva, el CDM autoriza a poner las deficiencias detectadas en conocimiento de la sociedad por otros medios, ya que como se indica en el Capítulo II sobre *“Principios generales”* y concretamente en los artículos 5.1 y 5.3:

El artículo 5.1 del CDM indica que *“La profesión médica está al servicio del ser humano y la sociedad. Respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud de la comunidad son los deberes primordiales del médico”*.

El artículo 5.3 del CDM expresa que *“la principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de éste debe anteponerse a cualquier otra conveniencia”*.

Papel del médico en el gobierno de las instituciones

Las capacidades, competencias y habilidades de los profesionales de la medicina han de ponerse al servicio de los pacientes también a través de su participación en las distintas modalidades de actuación que contribuyan a mejorar la organización y funcionamiento de los centros sanitarios. Los médicos deben tener un protagonismo activo, siempre con planteamientos integradores y de máximo respeto con otros profesionales sanitarios, en las comisiones de calidad y coordinación, los comités de ética asistencial, los programas de formación, docencia, investigación e innovación, comisiones y grupos de mejora de la seguridad y de colaboración con los servicios de atención al paciente.

Para que esta participación sea eficaz los equipos directivos de los centros sanitarios han de asegurar posibilidades reales de participación efectiva en la toma de decisiones que se traduzca en la aplicación de medidas y resultados en los distintos ámbitos de intervención. Deben permeabilizarse las barreras jerárquicas y burocráticas que muchas veces bloquean y esterilizan las medidas de cambio y provocan inhibición y pérdida de sentido de pertenencia a la organización.

El artículo 45.3 del CDM, lo refleja muy acertadamente: *“Es muy recomendable que el médico se implique en los órganos de gobierno y funcio-*

namiento 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”.

Es imprescindible horizontalizar la organización, haciéndola más transversal, para facilitar coordinación y enlaces entre programas, áreas, profesionales y servicios incorporando la dimensión ética al modelo de organización que refuerce y favorezca dicha dimensión en las actitudes y conductas de los profesionales sanitarios.

La ética de una empresa de servicios y gestión de conocimientos aplicados como son las organizaciones sanitarias es de gran complejidad ya que aspiran a un nivel de excelencia. Tanto en lo estrictamente técnico como en la creación de un *”clima ético“*, los profesionales sanitarios en general y los médicos en particular han de percibir que las decisiones deben tomarse incorporando valores éticos a la organización sanitaria.

Los profesionales sanitarios han de cohesionarse en torno a los valores del centro sanitario, y , en la medida que sus miembros refuerzan su identidad haciéndolos suyos y compartiéndolos se promueve un sólido núcleo de valores institucionales y una imagen externa congruente con sus finalidades y objetivos, merecedora de confianza y generadora de credibilidad para las personas enfermas y la población , que constituyen su razón de ser. Es en resumen un trabajo con sentido de pertenencia, participativo y en equipo buscando objetivos comunes.

En los servicios asistenciales, docentes e investigadores coinciden de forma obligada por la diversidad de conocimientos y tareas, distintos perfiles profesionales que convierten en imprescindible la formación de equipos, para el logro de objetivos comunes al servicio de los pacientes.

El trabajo en equipo conlleva necesariamente un enfoque cooperativo e integrado de la atención sanitaria y asegura la continuidad asistencial que debe trasladarse a la coordinación entre niveles (atención primaria y especializada, a departamentos afines como los servicios sociales y otros).

Dentro de los equipos asistenciales es posible y deseable la delegación de actuaciones previo acuerdo. Ha de estar condicionada a que se asegure que dicha función o tarea puede ser asumida por otro profesional con el conocimiento, competencias y habilidades que permitan su realización con los criterios de calidad exigibles.

El trabajo en equipo requiere compartir conocimientos y responsabilidades y en esta línea van dos artículos del Capítulo X del CDM, el artículo 38.1 *“Los médicos compartirán sus conocimientos científicos en beneficio de los pacientes”* y el artículo 38.2, *“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”*.

El trabajo en equipo no debe suponer dilución de jerarquías, pero tampoco inmovilismo jerárquico con desconsideración personal y profesional, ausencia de fórmulas de participación efectiva de los médicos y otros profesionales sanitarios. Ha de fomentarse un *“clima ético”* y respetuoso en la organización, que no debe estar al servicio de quien ostente la posición jerárquica, sino al de los respectivos equipos asistenciales en función de las necesidades de los enfermos y las poblaciones de referencia.

La formación continuada en las instituciones

La formación continuada y la actualización de conocimientos, competencias habilidades y actitudes han formado desde el inicio de la profesión médica parte de nuestras mejores tradiciones de progreso permanente, y han de seguir formando parte de ellas con los nuevos y mayores niveles de exigencia que al ejercicio de la medicina exige este nuevo siglo. En este sentido el CDM establece en su artículo 46.1 que *“Para conseguir y mantener la calidad profesional la asistencia debe completarse 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 e investigación”.

Refrendando la importancia de la formación continuada, la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS) incorpora como una innovación normativa para asegurar y mantener la mejora continua del nuestro SNS, un proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios, que se inicia al finalizar los estudios de pregrado o de especialización y que está destinada a actualizar y mejorar sus conocimientos, competencia, habilidades y actitudes de acuerdo con la evolución científica y tecnológica y las demandas asistenciales de la sociedad.

Sus objetivos fundamentales son:

- a) Garantizar la actualización de conocimientos, competencias, habilidades y actitudes, al tiempo que se motiva a los profesionales con esta modalidad no económica de incentivos.
- b) Potenciar las capacidades profesionales para un uso efectivo, eficiente y seguro de los recursos técnico-asistenciales que van apareciendo en beneficio de los pacientes y de la mejora y sostenibilidad del sistema sanitario.
- c) Ampliar y extender la cultura profesional en aspectos técnico-científicos, éticos, legales, sociales, de gestión y económicos.
- d) Mejorar la percepción de los médicos como protagonistas activos en un sistema sanitario que aspira a la excelencia, y , por tanto con alta exigencia ética.
- e) Promover experiencia e intercambios profesionales mutuamente enriquecedores.

Calidad en la práctica médica en las instituciones sanitarias

Este apartado es particularmente exigente y apropiado en los momentos de crisis económica como la actual. Esta exigencia es máxima en el caso de que sean médicos los responsables políticos y los gestores sanitarios. La necesaria responsabilidad de los gestores sanitarios debería considerar primordial las indicaciones de los artículos 46.2 y 46.3 del CDM en referencia a la libertad del médico en el ejercicio de su profesión:

Artículo 46.2 indica que *“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”*.

Artículo 46.3 del CDM dice que *“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”*.

Además, el artículo 36 de la Constitución Española recoge y ampara los Colegios Profesionales, que después fueron regulados por ley que establecen estatutariamente el ámbito de sus competencias entre las que figura las que indica el artículo 46.4 del CDM *“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”*.

Los gestores sanitarios, aún con más énfasis si son médicos, han de esforzarse para conseguir la cooperación activa de los médicos y de los colegios profesionales, en la preservación de la calidad asistencial, evitando retrocesos en las prestaciones sanitarias esenciales.

A este respecto el CDM en su artículo 47.1 establece que: *“Los médicos que ocupen 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” y el artículo 47.2 señala que “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”.

Dado que la relación médico enfermo es piedra angular en el edificio de la atención médica y fundamental para una asistencia de calidad científico-técnica y ética apropiada, los equipos directivos y específicamente la dirección médica ha de tener como una de sus prioridades asegurar espacios medios materiales y humanos así como tiempos adecuados para el buen desarrollo de dicha relación, esencial en la práctica médica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Historical United Nations High-Level Meeting on Non-Communicable Diseases, September 2011, New York (NCD-2011)
2. La Constitución Española de 1978 (C.E -1978)
3. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. (LGS-1986)
4. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de. Salud (LC y CSNS. 2003)
5. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. (LOPS-2003)
6. La ética de las organizaciones sanitarias. P. Simón (editor). TRIACASTELA. Madrid 2005
7. Bioética para clínicos. Azucena Couceiro (editor). TRIACASTELA .Madrid 1999.
8. Principios de Ética Biomédica. T.L. Beauchamp Y James F. Childress. Masson S.A. Barcelona 1999.
9. Como arqueros al blanco. Estudios de Bioética .Diego Gracia. TRIACASTELA. Madrid 2004.
10. Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos. Juan del Llano Señarís, Vicente Ortún Rubio, José M^a Martín Moreno, Jesús Millán Núñez-Cortés y Joan Gené Badía. MASSON, S.A. Barcelona 1998.

CAPÍTULO XI

TRASPLANTE DE ÓRGANOS

*“Yo dormía y soñé que la vida era alegría.
Me desperté y vi que la vida era servicio.
Serví y comprendí que el servicio era alegría”.*

Rabindranath Tagore

CAPÍTULO XI

TRASPLANTE DE ÓRGANOS

Introducción

Al abordar cualquier tema médico es muy conveniente e incluso inevitable hacer referencia a sus aspectos éticos, considerando que son muy amplios y actualmente tiempos de continuos y hasta trepidantes cambios, hay un mayor interés, conciencia y en cierta manera curiosidad en su conocimiento y valoración. Es como si la ética estuviese de moda, aunque de hecho siempre ha existido y ha estado o al menos debería haber estado presente en la medicina. La propia historia de la medicina muestra evidencias acerca de la afirmación y el reconocimiento de la dignidad que corresponde a todo ser humano y sobre todo cuando sufre.

Los trasplantes de tejidos de órganos y células, en sus dos grandes variedades ya sea de donantes fallecidos o de donantes vivos, representan una gran consecución de la ciencia médica y son ciertamente un signo de esperanza para que un número significativo de pacientes que padecen procesos patológicos crónicos e irreversibles, puedan conseguir una extensión de las expectativas de vida y de mayor calidad.

Considerando los buenos resultados obtenidos con los trasplantes, actualmente hay pocas dudas acerca de su utilidad real, sobre todo después de superados tanto los problemas técnicos quirúrgicos, como el control del rechazo, de forma que muchos trasplantes de órganos se plantean como una opción válida en el arsenal terapéutico e incluso a veces se presentan como la “única alternativa terapéutica”, tal como refleja el artículo 48 del Código de Deontología Médica (CDM) vigente, “*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”.

Aspectos éticos y legales

La armonía ética y legal alcanzada en España sobre la práctica de las donaciones y los trasplantes se basa en diversos principios éticos, recogidos en la legislación (altruismo, voluntariedad, gratuidad, anonimato y equidad), en conformidad con los cuatro Principios Básicos de la Bioética: Autonomía, Beneficencia, No-Maleficencia y Justicia. El alto nivel de donaciones conseguido en nuestro país podría, está relacionado con el estricto respeto de estos principios básicos por parte de los profesionales sanitarios así como con la articulada y excelente organización del mundo del trasplante, representada en la Organización Nacional de Trasplantes (O.N.T.).

Quizás los trasplantes sean uno de los aspectos que han generado mayor impulso en los científicos, diversidad de sugerencias en la propia opinión pública y por supuesto anhelos en todos los ciudadanos, de modo que actualmente el avance en los trasplantes de órganos y tejidos han pasado a ser considerados como una cuestión frecuente y usual.

El desarrollo y la aplicación de la ciencia y la tecnología son los que han conseguido estos avances, que suponen un beneficio para los pacientes, pero a la vez estas modernas tecnologías han dado lugar a reflexiones y análisis específicamente éticos, pero no dirigidos a la intervención en sí misma, sino a las circunstancias en que se hacen y cómo implica a los médicos que trabajan en este campo. Han quedado obsoletos los temas éticos que basaban sus planteamientos en el carácter experimental de las técnicas así como en los iniciales resultados poco afortunados, de igual modo todo lo relacionado con la invulnerabilidad del cuerpo una vez fallecido y así mismo la idea tan extendida, de identificar un órgano con un aspecto de la personalidad del hombre.

Consideraciones generales del trasplante de órganos

Hay que partir del hecho de que la persona humana es siempre un fin y no puede ser utilizada ni concebida como medio. No es posible adoptar una posición utilitarista de un beneficio, si ello supone afectar esa radical condición de fin en sí y no de medio que posee esencialmente toda persona humana. De ahí que el principio ético de autonomía, sea esencial y que deba rechazarse cualquier cuestión relacionada con los trasplantes que puedan conllevar o expresar una concepción instrumental del ser humano.

1. La libertad de las personas implicadas en un trasplante viene demandada de su autonomía, basada en la voluntariedad del donante y en la necesidad de que se le aporte información y otorgue su consentimiento, sobre todo del donante vivo y del receptor (o de los tutores o representantes legales). De ahí la importancia de que se proporcione a las personas implicadas una información completa acerca de las consecuencias que pudieran seguirse de la práctica del trasplante.
2. Los Principios de Beneficencia y No-Maleficencia constituyen una exigencia ética, utilizando la injustificable necesidad de que la aplicación de las correspondientes técnicas lo sea tanto en circunstancias óptimas como en condiciones que garanticen al máximo el buen resultado de la intervención, tanto en el donante vivo, como en el receptor.
3. Para finalizar, el Principio de Justicia, que se fundamenta, específicamente, en la afirmación de la igualdad de todas las personas, de forma que todas son susceptibles de beneficiarse de un trasplante. Esto supone la no discriminación de ninguno de los posibles receptores por razón de raza, sexo, condición económica, género e, incluso edad, en cuanto a la imparcial e igualitaria distribución de los órganos disponibles para trasplante.

Dilemas éticos actuales del trasplante de órganos

Como se ha indicado, hoy en día no se plantean dilemas éticos en cuanto a que puedan considerarse técnicas experimentales, ni en la ya superada posible invulnerabilidad del cadáver o considerar a un órgano relacionado con la personalidad del individuo.

Actualmente son otros los dilemas éticos en relación a los trasplantes de órganos y que quedan recogidos en el Capítulo XI del CDM, tales como:

- a) El diagnóstico de la muerte.
- b) Consentimiento para la donación.
- c) Donantes vivos.
- e) Trasplante de cara.

a) Diagnóstico de la muerte:

La muerte es una realidad que afecta al ser humano y los temas relacionados con la misma son motivo de un debate heterogéneo, en ámbitos no solo filosóficos o médicos, sino en todos los sectores de la sociedad. Una obviedad que a pesar de ello es preciso constatar, una persona está muerta cuando ningún procedimiento médico que se aplique puede revertir el cese de la vida. Como consecuencia resulta de capital importancia establecer los criterios clínicos, legales y éticos del fallecimiento del donante con métodos y medios exigibles por la ciencia.

El artículo 49.1 del CDM dice que *“Es un deber deontológico verificar el fallecimiento del donante con los métodos y medios exigibles por la ciencia actual”*. El fallecimiento implica comprobar primero y certificar después la muerte, para lo cual será necesaria la intervención de al menos dos

médicos concedores del proceso de trasplantes, que serán independientes del equipo responsable del mismo.

Con el desarrollo tecnológico y científico de la medicina, la previa comprobación de la muerte se basa en confirmar el cese irreversible de las funciones cardiorrespiratorias o encefálicas, como establece el articulado del Real Decreto 2070/1999, con el que se actualizó la legislación hasta entonces vigente, Real Decreto 426/1980, de 22 de febrero, que desarrollaba la Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos.

A) “Diagnóstico de muerte por parada cardiorrespiratoria”.

Textualmente la Ley informa que:

1. *“El diagnóstico de muerte por criterios cardiorrespiratorios se basará en la constatación de forma inequívoca de ausencia de latido cardiaco, demostrado por la ausencia de pulso central o por trazado electrocardiográfico, y de ausencia de respiración espontánea, ambas cosas durante un periodo no inferior a cinco minutos”.*
2. *“La irreversibilidad del cese de las funciones cardiorrespiratorias se deberá constatar tras el adecuado periodo de aplicación de maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada. Este periodo, así como las maniobras a aplicar, se ajustará dependiendo de la edad y circunstancias que provocaron la parada cardiorrespiratoria. En todo momento deberán seguirse los pasos especificados en los protocolos de reanimación cardiopulmonar avanzada que periódicamente publican las sociedades científicas competentes”.*
3. *“En los casos de temperatura corporal inferior a 32 grados se deberá recalentar el cuerpo antes de poder establecer la irreversibilidad de la parada y por lo tanto el diagnóstico de muerte”.*

Resumen:

El diagnóstico de muerte por cese de las funciones cardiorrespiratorias de forma irreversible, se establece en la comprobación de forma inequívoca de ausencia de latido cardíaco y de respiración espontánea durante un período no inferior a 5 minutos, tras el adecuado período de maniobras de reanimación. En caso de hipotermia ($< 32^{\circ}\text{C}$), se deberá recalentar el cuerpo antes de poder establecer la irreversibilidad de la parada.

B) “Criterios diagnósticos de muerte encefálica:

Los tres hallazgos fundamentales en la exploración neurológica son los siguientes:

- a. Coma arreactivo, sin ningún tipo de respuestas motoras o vegetativas al estímulo algésico producido en el territorio de los nervios craneales; no deben existir posturas de descerebración ni de decorticación.*
- b. Ausencia de reflejos troncoencefálicos (reflejos, fotomotor, corneal, oculocefálicos, oculovestibulares, nauseoso y tusígeno) y de la respuesta cardíaca a la infusión intravenosa de 0,04 mg/Kg de sulfato de atropina (test de atropina).*
- c. Apnea, demostrada mediante test de apnea, comprobando que no hay movimientos respiratorios torácicos ni abdominales durante el tiempo de desconexión del respirador suficiente para que la PCO_2 en sangre arterial sea superior a 60 mm de Hg”.*

Resumen:

Nuestra legislación establece que el diagnóstico de muerte encefálica se hará mediante exploración clínica neurológica y la comprobación de tres hallazgos:

- a) Coma arreactivo sin respuesta al dolor,
- b) Ausencia de reflejos troncoencefálicos y de respuesta cardiaca a la infusión de atropina y
- c) Apnea demostrada mediante el test de apnea, para posteriormente repetir las pruebas en tiempo variable según el origen del cuadro clínico.

En casos de diagnóstico de muerte encefálica de recién nacidos, lactantes y niños los criterios diagnósticos son más rigurosos, alargándose los periodos de observación e incluyendo tras cada exploración clínica un EEG, recomendando según los casos realizar además alguna prueba de flujo sanguíneo cerebral.

Una vez comprobada la muerte se registrará como hora de la muerte del paciente la que se completó el diagnóstico de la misma, para seguidamente emitir el correspondiente certificado de defunción que deberá ser cumplimentado por un médico distinto al que va a hacer la extracción del órgano o tejido.

b) Consentimiento para la donación.

El consentimiento representa un punto fundamental en los trasplantes de órganos y por ello el artículo 49.2 del CDM indica que *“los médicos encargados de la extracción de órganos o tejidos comprobarán que el donante no expresó su rechazo a la donación”*

Se pueden considerar dos formas de otorgar el consentimiento:

1ª) El llamado *“consentimiento expreso”*, en el que se exige que la persona fallecida haya manifestado expresamente antes de morir que accede o consiente la extracción de sus órganos. Para constatar la voluntad del donante, el médico deberá recabar información, bien de forma directa a través de los

familiares, o bien revisando la historia clínica del donante y/o consultando el registro central de instrucciones previas o voluntades anticipadas, para constatar si el fallecido expresó en vida instrucción al respecto. En el caso de que el donante sea menor o incapaz, el consentimiento a la extracción de órganos y tejidos deberá estar otorgado por sus representantes legales.

2ª) El llamado “*consentimiento presunto*”, según el cual podrán extraerse órganos para trasplante del cuerpo de una persona fallecida a menos que haya constancia de una manifestación en vida sobre su negativa u oposición, o bien que los familiares o allegados declaren oportunamente que el fallecido se oponía a tal práctica.

Desde la ética hay diferentes puntos de vista:

- a) Los defensores del “*consentimiento expreso*” se basan en que la Autonomía es el principio fundamental que orienta todo consentimiento, y que por tanto debe imperar por encima de cualquier consideración de bienestar colectivo.
- b) Los defensores del “*consentimiento presunto*” piensa que sino hay constancia del rechazo del difunto, los “*Principios Éticos de Justicia y No-Maleficencia*” exigen una solidaridad social prioritaria y obligatoria.

Es obvio que no podrá extraerse ningún órgano de una persona después de su fallecimiento si esta había manifestado en vida su oposición o hay constancia de posibles indicios para pensar que se oponía. En España, se sigue el concepto del “*consentimiento presunto*”, aunque en la práctica no se hace ninguna extracción de órganos o tejidos de un fallecido sin pedir el consentimiento de la familia para la extracción, y no proceder a la misma si existe oposición por su parte. Aunque es una clara incorrección ética hay que respetar la voluntad de la familia.

En cuanto a las donaciones de órganos hay una excepción a lo expuesto y es la referida los casos en los que la muerte está supeditada a una investi-

gación judicial, en que deberá recabarse la autorización del juez antes de poder efectuar la extracción de órganos o tejidos. Para ello se requerirá un previo informe del médico forense ante lo cual, el juez deberá autorizar la extracción siempre que la misma no suponga un obstáculo obstaculice en la instrucción de las diligencias judiciales.

c) Donantes Vivos.

Partiendo del respeto por la autonomía de las personas, el hecho de que alguien quiera o decida ser sometido a este tipo de actuaciones, que pueden poner en riesgo su salud o incluso su vida, puede llegar a ser entendido como algo sobre lo que sólo la persona puede decidir, de ahí que sea exigible que el donante vivo sea mayor de edad y esté en plenas facultades mentales y con un buen estado de salud, hechos que deberán ser acreditados mediante certificado médico, cumplimentado y firmado por profesionales distintos a los que intervengan en el proceso de extracción y trasplante. De esta forma no se pueden considerar donantes vivos tanto los menores de edad como los incapaces aunque medie el consentimiento de sus representantes legales.

Es evidente que, como cualquier otro tipo de donación, esta va a conseguir claros y evidentes beneficios en el receptor, pero lo más preocupante de la donación de donante vivo es la posibilidad de provocar daño al donante, como persona sana que es. Por tanto, se debe garantizar al máximo la voluntad inequívoca del donante de realizar la donación de un órgano (un riñón) o parte de él (lóbulo hepático). Para garantizar esta voluntad se establecen una serie de condiciones bien resumidas en el artículo 49 del CDM:

“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”.*

Toda esta normativa viene condicionada por el hecho de que no parece éticamente correcto un trasplante para mejorar aunque sea sustancialmente la calidad de vida de una persona o incluso su propia vida poniendo en un pequeño pero evidente riesgo la de otra persona donante sin que esta los conozca y acepte sin coacciones de ningún tipo. Además el equipo médico debe velar para que exista una proporción razonable entre el riesgo del donante y el beneficio del receptor.

Siempre es preceptivo en cualquier actuación médica, que el paciente debe recibir previamente información suficiente para que pueda tomar decisiones y en caso del donante vivo esta información ha de ser exhaustiva.

El artículo 12.1 del CDM sobre la información al paciente obliga al médico: *“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”.*

Por tanto en la información previa al donante vivo se deberán incluir datos acerca del tipo de donación, sabiendo que puede ser de un órgano completo o de parte de él. Igualmente deberá conocer el destino del órgano donado e incluso saber si la donación tendrá una finalidad encaminada a mejorar un pronóstico vital o unas mejores condiciones de vida. Una vez aportada dicha información y teniendo en cuenta que las medidas propues-

tas suponen un riesgo para el donante se obtendrá del mismo su expreso consentimiento por escrito de una forma libre, consciente y desinteresada.

Especial mención tiene el principio de anonimato que debe regir en todo tipo de donación de órganos, pero que en el donante vivo queda excluido, ya que generalmente hay una relación entre donante y receptor, ya sea familiar o emocional, lo que por otra parte puede generar dilemas de tipo ético.

Otra cuestión interesante a tener en cuenta es que toda donación conlleva un carácter desinteresado por lo que se prohíbe cualquier condicionamiento económico o de otro tipo ni para el donante ni para otra persona física o jurídica relacionada con el donante. De ahí que se exija una consulta e informe del Comité de Ética Asistencial del centro donde se vaya a efectuar la donación y el trasplante o incluso a la propia Comisión de Deontología del Colegio de Médicos.

Desde la perspectiva legal este tipo de donación de órganos en donante vivo se encuentra regulada en el Real Decreto 2070/1999, de 30 de diciembre y solo se permitirá en centros que cumplan una serie de requisitos.

“Artículo 11. Centros de extracción de órganos de donante vivo: requisitos generales y procedimientos para la concesión, renovación y extinción de la autorización de actividades.

- 1. La extracción de órganos procedentes de donantes vivos para su ulterior trasplante en otra persona sólo podrá realizarse en los centros sanitarios expresamente autorizados por la autoridad sanitaria competente de la Comunidad Autónoma correspondiente.*
- 2. Para poder ser autorizados, los centros donde se realizan estas actividades deberán reunir los siguientes requisitos:*
 - a) Estar autorizado como centro de extracción de órganos procedentes de donantes fallecidos y como centro de trasplante del órgano para el que se solicita la autorización de extracción de donante vivo.*

- b) Disponer de personal médico y de enfermería suficiente y con acreditada experiencia para la correcta valoración del donante y la realización de la extracción.*
- c) Disponer de las instalaciones y material necesarios para garantizar la correcta realización de las extracciones.*
- d) Disponer de los servicios sanitarios necesarios para garantizar el adecuado estudio preoperatorio del donante y el correcto tratamiento de las eventuales complicaciones que puedan surgir en el mismo.*
- e) Disponer de protocolos que aseguren la adecuada selección del donante, el proceso de la extracción y el seguimiento postoperatorio inmediato y a largo plazo que garanticen la calidad de todo el proceso”.*

d) Trasplante de cara

La desfiguración facial, incluidas la distorsión física y las alteraciones funcionales, es una circunstancia infrecuente pero a todas luces devastadora para los que lo padecen y que implican exclusión social y profundas alteraciones psicológicas. Estos hechos generan infinidad de problemática de todo tipo, que hacen que el paciente viva en una situación de aislamiento o incluso de reclusión, evitando toda relación social y conllevando consecuencias negativas.

Para esas personas con grandes deformidades faciales que generan problemas estéticos y de funcionalidad grave, el trasplante de cara es una buena alternativa terapéutica ya que permite reconstruirla con resultados cosméticos y funcionales superiores a los obtenidos con técnicas de cirugía reconstructiva o estética. Es evidente el trasplante debe conllevar beneficios funcionales, psicológicos y sociales en el receptor.

Son actos médicos muy especializados, donde los aspectos técnicos relacionados con la microcirugía, que han de aplicar los cirujanos plásticos, ha sido la base para esta opción de tratamiento. Pero, esta terapéutica requiere

además del concurso de diversos grupos de trabajo, coordinados por cirujanos plásticos con destreza en esta técnica y conocimientos en terapias inmunosupresoras.

El artículo 50 del CDM indica los condicionantes éticos de estos trasplantes, *“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”*.

Los diversos detalles técnicos deben ser evaluados y llevados a cabo teniendo en cuenta las necesidades de cada paciente.

El artículo 21.3 del CD expresa que *“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”*)

El Artículo 41.2 del CDM en relación con otros especialistas: cirujanos maxilofaciales, anestesistas, internistas expertos en trasplante, intensivistas, psiquiatras, respetando el ámbito de competencias de los miembros del equipo dice que *“El médico respetará el ámbito de las competencias de sus colaboradores. Procurará que cada miembro del grupo cumpla correctamente sus obligaciones específicas”*.

Además de las cuestiones técnicas, resulta esencial la valoración psicológica del receptor. Como en cualquier acto médico y salvo que el paciente haga uso de su derecho a no ser informado, es necesario informarles en temas relacionados con la viabilidad del proceso, efectos secundarios de la terapia post-quirúrgicas, resultados de la imagen corporal e identidad. Es necesario el apoyo psicológico en la evaluación de los potenciales candidatos, para descartar patología psiquiátrica subyacente, evaluar la capacidad de los pacientes para comprender los detalles del procedimiento, sus beneficios y complicaciones y dar consentimiento informado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Polaino Lorente A. Manual de Ética general. Madrid, 1994. De. Rialp.
2. Matesanz R. El trasplante de órganos sólidos en España: éxito de una política. Rev. Clin. Esp. Vol. 200. P. 157-162. 2000
3. Gafo J. Reflexiones éticas sobre los trasplantes de órganos. Trasplante de órganos, problemas técnicos, éticos y legales, Universidad Pontificia Comillas, Madrid, 1996: 137-165

CAPÍTULO XII

REPRODUCCIÓN HUMANA

*“El médico es simplemente una
persona que recibe una nueva vida”.*

Anónimo

CAPÍTULO XII

REPRODUCCIÓN HUMANA

Introducción

Se puede intuir que el capítulo dedicado a la reproducción humana es uno de los más densos y conflictivos del Código de Deontología Médica (CDM), ya que aborda muchas e importantes cuestiones que afectan a lo más profundo del ser y el actuar del médico e incide sobre situaciones y conductas íntimas de personas con sensibilidades diferentes.

Las acciones médicas en la reproducción humana de siempre han estado cargadas de un alto interés ético por la repercusión ideológica, personal y moral de los temas y en la actualidad con más razón por las nuevas y enormes posibilidades técnicas que permite el avance de la medicina. El dominio de la técnica sobre la vida humana ofrece al médico grandes opciones que deben ir acompañadas de una no menor responsabilidad y sometimiento a la ética del respeto a la vida y a la libertad de las personas.

Es patrimonio de la tradición médica y de la deontología profesional el respeto a la vida y el rechazo conceptual al aborto. Esto no es contradictorio con que se sea respetuoso con las legislaciones permisivas que despenalizan el aborto y que existen tanto en nuestro país como en muchos de los países de nuestro entorno. Desde el colectivo médico se insiste en que siempre se debe salvaguardar la posibilidad de la objeción de conciencia para los profesionales que quieran acogerse a ella.

El CDM aborda este concepto en el artículo 51.1 en que recuerda que *“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”.

Adquiere esta norma un compromiso explícito en la defensa de la vida desde la concepción hasta la muerte natural y certifica el compromiso del médico con la dignidad e integridad de las personas a su cuidado.

Reflexiones sobre el comienzo de la vida

La concepción marca el comienzo de la vida del hombre. La ciencia experimental demuestra que la fecundación es un proceso biológico en el que a partir de dos gametos distintos se genera una entidad diferente que mediante un proceso continuo y autónomo condiciona el desarrollo de un “*ser humano*”, ya que su carga genética lleva necesariamente a considerarse como tal. El paso del tiempo solo produce cambios morfológicos muy importantes pero no de naturaleza.

De este proceso necesario y único surge un “*ser humano*” que irá en el futuro desarrollando unas capacidades (voluntad, razón, memoria, emociones, sentimientos, etc.) que la mera consideración biológica es incapaz de explicar con exactitud. Desde el punto de vista biológico parece fuera de toda duda que la fecundación constituye el comienzo de una realidad viviente, organizada y morfofuncional nueva: el *cigoto*.

El pensamiento filosófico ha especulado con el momento en que el “*ser humano*” adquiere categoría de “*persona*”. Unos opinan que se es “*persona humana*” desde el momento de la fecundación y otros que lo es en otros momentos evolutivos: por ejemplo cuando se ha producido la diferenciación organogénica o se ha alcanzado la suficiencia constitucional. Esta cuestión, al estar fuera de consideraciones biológicas, ocupa una dimensión distinta, la metafísica y, aunque constituya una misma realidad

unitaria con la biología, a la inteligencia del hombre le resulta difícil captarlas en unidad, es decir, no se es capaz de aprehender unitariamente los dos planos. La ciencia ayuda, pero no puede resolver un problema que se encuentra más allá de la observación experimental.

No obstante, los datos biológicos existentes y las consideraciones filosóficas que se puedan hacer parecen suficientes y valiosos para reconocer la presencia personal desde la fecundación. La realidad del “*ser humano*” a lo largo de la vida, antes y después del nacimiento, no permite que se le atribuya ningún cambio en su naturaleza ni en su valor moral. Por ello, parece poco razonable establecer una frontera artificialmente temporal a partir de la cual se otorga al embrión la consideración de “*persona humana*” y se le conceden derechos, en virtud de un estatus diferente, que antes se le pudieran negar.

El Código de Deontología Médica frente a la vida

Al hilo de las consideraciones precedentes, que proporcionan elementos para el estudio y serena reflexión, se deben analizar los artículos del CDM en los que no se acepta la existencia de seres humanos carentes de valor y se posiciona a favor de la vida humana en cualquiera estadio, incluidos los primeros y últimos, ya que son deontológicamente equivalentes en dignidad y por tanto reclaman un idéntico respeto médico.

Pero, a la vez el CDM acata la legislación que contempla la despenalización del aborto, respetando a la vez la voluntad de las mujeres que decidan interrumpir su embarazo o a los médicos que practiquen abortos, tal como se refleja en el artículo 55.1 del CDM manifestando que “*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*”.

Consideraciones jurídicas sobre el embrión

Se ha indicado que el CDM considera deber ético del médico respetar la vida humana por encima de la permisividad legítima que puedan introducir las leyes, la ética no depende de la calificación jurídico-penal de las acciones. Toda destrucción deliberada de un “*ser humano*” en cualquiera de sus estadios evolutivos es una conducta carente de respeto médico y por tanto no estrictamente ética, con independencia de que los legisladores establezcan la no punibilidad de estas acciones en determinados supuestos.

Puede ser oportuno recordar algunas consideraciones jurídicas relevantes que se han hecho acerca del embrión. En España, desde el punto de vista jurídico, los conceptos biológicos de embrión se integran en el concepto jurídico de “*nasciturus*” (concebido y no nacido).

La sentencia 53/1985 de 11 de Abril del Tribunal Constitucional (TC), aunque de manera ambigua, estableció que la vida prenatal es un bien jurídico que ha de ser protegido y que solo puede ceder ante situaciones de proporcionada gravedad “... *si la Constitución protege la vida ... no puede desprotegerla en aquella etapa de su proceso que no es solo condición para la vida independiente del claustro materno, sino que es también un momento del desarrollo de la vida misma; por lo que ha de concluirse que la vida del “nasciturus”, en cuanto éste encarna un valor fundamental – la vida humana - garantizado en el artículo 15 de la Constitución, constituye un bien jurídico cuya protección encuentra en dicho precepto fundamento constitucional*”.

Hay otras sentencias del TC acerca de esta cuestión, pero en síntesis el TC considera a la vida del “*nasciturus*” un bien jurídico protegido en el artículo 15 de la Constitución, pero rechaza que sea el propio ente “*nasciturus*” el que ostente la titularidad exclusiva de este derecho, lo que deja claramente la oportunidad a que en situación de conflicto entre el interés de la madre y el del concebido pueda decidir la madre.

Por su actualidad e importancia vale la pena mencionar la Sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea de 18 de octubre de 2011. El asunto que dilucida esta sentencia es la “*patentabilidad*” de células progenitoras neuronales aisladas y depuradas a partir de células madre embrionarias, pero hace reflexiones acerca del embrión que se pueden considerar de mucho interés:

En la consideración 35 de la primera cuestión prejudicial dice que “*todo ovulo humano, a partir de la fecundación, deberá considerarse un “embrión humano” en el sentido y a los efectos de la aplicación del artículo 6, apartado 2, letra c), de la Directiva, habida cuenta de que la fecundación puede iniciar el desarrollo de un ser humano*”

En virtud de unos determinados razonamientos previos, el Tribunal de Justicia (Gran Sala) declara:

1) El artículo 6, apartado 2, letra c), de la Directiva 98/44/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 6 de julio de 1998, relativa a la protección jurídica de las invenciones biotecnológicas, debe interpretarse en el sentido de que:

- *Constituye un «embrión humano» todo óvulo humano a partir del estadio de la fecundación, todo óvulo humano no fecundado en el que se haya implantado el núcleo de una célula humana madura y todo óvulo humano no fecundado estimulado para dividirse y desarrollarse mediante partenogénesis.*
- *Corresponde al juez nacional determinar, a la luz de los avances de la ciencia, si una célula madre obtenida a partir de un embrión humano en el estadio de blastocito constituye un «embrión humano» en el sentido del artículo 6, apartado 2, letra c), de la Directiva 98/44.*

- 2) *La exclusión de la "patentabilidad" en relación con la utilización de embriones humanos con fines industriales o comerciales contemplada en el artículo 6, apartado 2, letra c), de la Directiva 98/44 también se refiere a la utilización con fines de investigación científica, pudiendo únicamente ser objeto de patente la utilización con fines terapéuticos o de diagnóstico que se aplica al embrión y que le es útil.*
- 3) *El artículo 6, apartado 2, letra c), de la Directiva 98/44 excluye la "patentabilidad" de una invención cuando la información técnica objeto de la solicitud de patente requiera la destrucción previa de embriones humanos o su utilización como materia prima, sea cual fuere el estadio en el que éstos se utilicen y aunque la descripción de la información técnica reivindicada no mencione la utilización de embriones humanos.*

Por tanto, la sentencia protege al embrión humano (tras indicar lo que entiende o se debería entender por embrión humano) a través de prohibir o autorizar las patentes sobre investigación biológica. Así:

- *Excluye la utilización con fines de investigación científica, pudiendo únicamente ser objeto de patente la utilización con fines terapéuticos o de diagnóstico que se aplica al embrión y que le es útil.*
- *Excluye la "patentabilidad" de una invención cuando la información técnica objeto de la solicitud de patente requiera la destrucción previa de embriones humanos o su utilización como materia prima, sea cual fuere el estadio en el que éstos se utilicen y aunque la descripción de la información técnica reivindicada no mencione la utilización de embriones humanos.*

El Código de Deontología y la actitud del médico ante una petición de aborto

El CDM en el resto de apartados del artículo 55, reconoce el derecho del médico a la objeción de conciencia y a la vez le enfrenta a sus ineludibles obligaciones con respecto a la mujer que se debate en esta difícil situación, propiciando su no abandono y la ayuda sin que esto suponga en ningún momento una transgresión de la objeción con respecto a lo que la mujer pretende.

Artículo 55.2 del CDM enseña que *“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”*

Es conveniente recordar que la información y la asistencia son elementos inseparables de la relación clínica, por lo que el médico no puede dejar de asistir, dialogar y reflexionar con la gestante que contempla la posibilidad de realizar una interrupción voluntaria del embarazo, teniendo en cuenta que la sanidad pública tiene esa prestación para unas determinadas circunstancias y con unas condiciones legales.

De este modo, el médico cumple algunas de sus obligaciones como son “diagnosticar, informar y aconsejar”, teniendo presente lo que indica el artículo 9.1 del CDM *“el médico respetará las convicciones de sus pacientes y se abstendrá de imponer las propias”*. El respeto a la decisión de la gestante es obligación del médico objetor, pero éste tiene derecho a que no le impongan hacer algo en contra de su conciencia. Ahora bien, en un clima de respeto mutuo, el médico preservará la continuidad de la relación médico-paciente. La objeción de conciencia solo se puede admitir en aquellas acciones directas necesarias para la realización del aborto, no debe trasladarse a actuaciones previas indirectas.

Esta es la interpretación correcta del artículo 55.2 del Código que se complementa con el 55.3. En definitiva el médico, sea o no objetor para un determinado acto médico, nunca puede ni debe abandonar a la persona necesitada de su ayuda y consejo.

El artículo 55.3 del CDM expresa que *“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”*

El Código de Deontología y la procreación responsable

Las responsabilidades del médico en materia de salud pública y de consejero de salud individual se recogen en distintos artículos del capítulo XII del CDM, así en su artículo 51.2 indica que *“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”*.

En una redacción corta, equilibrada y suficiente obliga al médico a la educación sanitaria sobre dos aspectos muy trascendentes: los derivados de la procreación responsable y la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

En el capítulo XII hay varios artículos en los que se ponen de manifiesto muchos aspectos de uno de los principios básicos de la ética médica: *“el Principio de Beneficencia”*, en que el médico está obligado a buscar el bien del enfermo y que con sus acciones busque el mayor beneficio po-

sible. El paciente confía en el médico y está convencido que su interés prioritario es la preservación de su salud y que va actuar lealmente sin aprovechar sus confidencias en beneficio propio o para causarle daño, ya que está obligado por el secreto médico. Los artículos que contemplan estos aspectos son los siguientes:

Artículo 51.3 del CDM muestra que *“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”*

Artículo 51.5 del CDM dice que *“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 del CDM expresa de forma clara que *“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 57 del CDM reflexiona sobre la esterilización y hace recomendaciones sobre el comportamiento del médico *“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”*.

El secreto médico y la reproducción humana

Todos los aspectos citados deben conducir a que la relación médico-paciente este impregnada de confianza y lealtad mutua y que entre otras razones, consiste tanto en respetar al enfermo en sus propias peculiaridades, ideología y forma de pensar, como en que los pacientes respeten los criterios del médico y su forma de pensar y actuar no sometiénndole a peticiones abusivas o que violenten su conciencia.

El respeto a las convicciones del paciente está recogido en el artículo 3º de los Principios de ética Médica Europea: *“El médico, en el ejercicio de su profesión, se abstendrá de imponer a su paciente sus opiniones personales, filosóficas, morales o políticas”*.

Por otro lado, y de modo especial en estas materias sobre la sexualidad y la procreación responsable, el médico debe respetar la intimidad de su paciente y no invadir en vano su esfera íntima. Debe limitarse a intentar ayudar a resolver las cuestiones que le plantea sin sonsacar al paciente informaciones morbosas o en relación con posibles conflictos familiares, económicos o sexuales que no tengan que ver con el motivo de la consulta ni sean imprescindibles.

La inviolabilidad de este mundo íntimo, privado, personal y familiar no tan solo es un derecho fundamental, sino que también forma parte del patrimonio ético del médico. La intimidad de la persona solo hay que conocerla para ayudarla y la confidencialidad debe conducir a un trato, si es posible, aun con más competencia profesional, delicadeza, comprensión y cariño.

Ética y Ley de las tecnologías relacionadas con la procreación

En el CDM hay un grupo de artículos que hacen referencia a aquellas cuestiones que tienen que ver con el progreso de las técnicas médicas de diagnóstico y tratamiento relacionadas con la capacidad o ayuda a la procreación del ser humano:

El artículo 51.4 del CDM indica que *“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”* ya pone al médico en el contexto deontológico adecuado.

La manipulación genética, la clonación y la eugenesia como conductas éticamente censurables vienen recogidas en los artículos 53.1 y 53.2 y 54.2:

Artículo 53.1 del CDM manifiesta que *“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”*

Artículo 53.2 del CDM declara que *“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 54.2 del CDM indica que *“No es éticamente aceptable realizar pruebas genéticas con finalidad eugenésica, de suscripción de pólizas de seguros o susceptibles de generar una discriminación laboral”*

El Código Penal Español también tipifica como antijurídicas estas prácticas bajo el título *“Delitos relativos a la manipulación genética”* cuando declara que *“..los que con finalidad distinta a la eliminación o disminución de taras o enfermedades graves, manipulen genes humanos de mane-*

ra que se altere el genotipo... ”, “... la utilización de la ingeniería genética para producir armas biológicas o exterminadoras de la especie humana ”; “... quienes fecunden óvulos humanos con cualquier fin distinto a la procreación humana... la creación de seres humanos idénticos por clonación, u otros procedimientos dirigidos a la selección de la raza.. ”; “quien practicar reproducción asistida en una mujer, sin su consentimiento.. ”. Los autores de estas conductas serán castigados con privación de libertad e inhabilitación profesional, la duración de la pena dependerá de que exista dolo, imprudencia grave o imprudencia profesional.

Las características que confieren seguridad ética a las pruebas prenatales así como la implicación del médico en su interpretación, vienen recogidas en los siguientes artículos:

Artículo 54.1 del CDM expone “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 ”

Artículo 54.3 del CDM explica “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 ”

En España, las leyes sobre reproducción humana asistida de 1988, 2006 y 2007, autorizan estas técnicas para la detección de enfermedades hereditarias graves no susceptibles de tratamiento postnatal, así como las alteraciones que comprometan la viabilidad del embrión y otras, cuando lo autorice con informe favorable la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida, órgano consultivo dependiente del Ministerio de Sanidad, que evalúa los casos.

Sería totalmente rechazable la imposición de estas pruebas como medio eugenésico o de “*screening*” genético poblacional general, o incluso sobre grupos de riesgo. Como extremo contrario, es justo poner al alcance de las personas afectadas por estos problemas los medios y recursos existentes para servirse de ellos de forma libre y responsable.

Del mismo modo parece rechazable, aunque muy discutible, imponer desde el Estado u otros ámbitos la limitación de la procreación a quienes responsablemente decidan su propia libertad de procreación, aún a sabiendas de que tienen antecedentes familiares que avisan del riesgo de tener descendencia con algún tipo de enfermedad. Este tema es y con razón muy controvertido porque:

1. Contrapone el derecho de los progenitores a ejercer su libertad frente al derecho de los hijos a nacer lo más sanos posibles, cuando ello está al alcance de los medios preventivos disponibles en cada momento científico.
2. Cuando se considera como un deber moral de la paternidad responsable, el procurar evitar y prevenir cuando se pueda taras hereditarias para la prole.
3. También aunque en un segundo término sería preciso considerar los gastos sanitarios que para la sociedad representaría el tratar o aliviar la enfermedad hereditaria que se podría haber evitado.

El CDM permite las técnicas de reproducción asistida aunque pone algunos límites en los siguientes artículos:

Artículo 56.1 del CDM “*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*”.

Artículo 56.2 del CDM “*El médico no debe fecundar más óvulos que aquellos que esté previsto implantar, evitando embriones sobrantes*”.

En relación a estos artículos hacemos las siguientes reflexiones que pueden ayudar a la buena práctica profesional:

- a) No debe perderse el respeto a la dignidad de la persona. Esto es aplicable a todos los casos y personas que participan en el proceso; no se debe perder de vista que el ser humano es un fin en sí mismo, nunca un medio y en estos procesos intervienen personas que son donantes de óvulos, donantes de esperma, donantes de embriones, mujeres receptoras del embrión, solas o con su pareja o marido. En cada caso hay necesidades, expectativas, ilusiones, preocupaciones, decepciones; en definitiva, gran cantidad de sentimientos encontrados y emociones que van a necesitar de respeto a las normas legales que regulan estas técnicas, respeto a los derechos de los pacientes y aplicación de la reflexión ética y una depurada deontología profesional.
- b) Al ser técnicas que requieren importantes recursos, deben considerarse como medios terapéuticos que se apliquen para la solución de problemas de esterilidad. Conforme al “*Principio de Justicia*” no es adecuado emplear estos recursos en personas que son aptas para la procreación natural.
- c) La ley española dice que “*el hijo tiene por madre a la mujer que lo da a luz...*”, lo cual impide la maternidad de alquiler, procedimiento al que recurren, en ciertos países, algunas parejas homosexuales masculinas en que se aporta el esperma y se procede a la gestación por mujer extraña a la pareja.

Tanto en las diversas cuestiones sobre el diagnóstico prenatal como en las técnicas de ayuda a la procreación hay que tener presente que no todos los médicos están capacitados para informar de manera adecuada ni están obligados a hacerlo. Solo se exigirá competencia en estas materias a aque-

llos que deban serlo por necesidades de la población o por requerimiento de su especialidad.

En cualquier caso el médico ha de ofrecer una información pertinente, comprensible, honesta, objetiva y veraz. La información debe atender no solo a los aspectos científico-médicos con sus ventajas e inconvenientes sino también a aspectos psicológicos, del significado de la transmisión de la vida humana y de la sexualidad, con las implicaciones morales del caso.

En estas materias surgirán con frecuencia conflictos debidos a divergencias de opinión entre médicos y pacientes, fundamentalmente como consecuencia de la licitud moral de algunas técnicas de ayuda a la procreación o a la finalidad de algunas pruebas diagnosticas prenatales. El conflicto debe resolverse respetando la autonomía y la conciencia de las personas; hay que proporcionar la información médica pertinente, presentar los datos moralmente relevantes, aclarar las dudas que puedan presentarse y, finalmente, siempre respetar la libertad de decisión de la persona.

Reflexión final

Para terminar vale la pena recordar que en cualquier circunstancia, pero particularmente en los asuntos relacionados con el comienzo de la vida, el médico debe tener la certeza de que no va a ser obligado a actuar en contra de su conciencia. La objeción de conciencia recoge este derecho. Es un acto personal y es la propia persona la que de forma coherente y razonada se impone a sí misma lo que puede o no hacer sin contrariar su dignidad moral. Esta conducta merece respeto y protección tanto de las Instituciones como del Colegio Profesional. La objeción de conciencia está justificada cuando se participa con actos directos y necesarios en un procedimiento que en sí mismo o por su resultado repugna a la conciencia, pero nunca podrá suponer un rechazo o el más mínimo menosprecio a las personas que demandan esa acción.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pastor LM, Ferrer M. La Bioética: un compromiso existencial y científico III. La Bioética en ámbitos específicos. Editora: Tomas, G. Editorial Universidad San Antonio, Murcia, 2006.
2. Bedate, C.A. en Gen-Ética, Editor: Mayor Zaragoza, F. y Bedate, CA. Editorial Ariel. Barcelona 2003.
3. Sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea (Gran Sala) de 18 de octubre de 2011 en el asunto C-34/10.
4. Conferencia Internacional de Ordenes Médicas. Principios de Ética Médica Europea, 6 de enero de 1987.
5. Código Penal, Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre. 12 ed., editorial Tecnos. Madrid, 2006.

CAPÍTULO XIII

PRUEBAS GENÉTICAS

*“Las verdades más sencillas
son aquéllas a las que
el hombre llega más tarde”.*

L. Feuerbach

CAPÍTULO XIII

PRUEBAS GENÉTICAS

Introducción

El Código de Deontología Médica CDM actual, trata de las pruebas genéticas en el capítulo XIII y en su artículo 58 con 7 puntos. En ellos se intenta reflejar de forma sucinta y sencilla pero inequívoca, los deberes éticos de los médicos en la utilización de estas pruebas. Algunos de los problemas éticos de las pruebas genéticas son:

- La capacidad de decisión y el consentimiento del paciente para las pruebas.
- El derecho de la intimidad del paciente y el deber de informar a sus familiares sobre el riesgo genético.
- El derecho a la intimidad del paciente frente a terceras partes.
- La información al paciente
- El acceso a estas pruebas.
- Los problemas del diagnóstico prenatal
- Los estudios poblacionales
- Las pruebas genéticas en los menores

- El consejo genético
- Las pruebas genéticas predictivas

El avance incuestionable de la Medicina Genómica, provoca un incremento exponencial de los usos y campos clínicos donde el estudio genético se convierte en una herramienta útil no solo para la investigación sino con fines asistenciales. Se conocen cerca de 7000 enfermedades fenotípicas debidas a la mutación de algún gen, de estas enfermedades cerca de 6000 son causadas por mutación de un único gen, las restantes, por más de uno.

En el momento actual existen pruebas genéticas que permiten identificar alrededor de 2.200 enfermedades, aproximadamente 2.000 de ellas se pueden utilizar con fines diagnósticos. Sin embargo no siempre la información obtenida tiene una clara utilidad asistencial, debido a que en muchos casos las pruebas genéticas de enfermedades se desarrollan sobre la base de información científica limitada y no pueden proporcionar resultados válidos o útiles a las personas que se hacen esas pruebas. Por otro lado resulta necesario con frecuencia completar el estudio genético con el metabolómico y el epigenético Adamski (2012)

La introducción de las pruebas genéticas ha supuesto un avance importante en la medicina, sus posibilidades abren una serie de interrogantes que requieren un análisis desde la perspectiva de la deontología médica. El CDM no pretende cubrir en su articulado todos los problemas posibles que los análisis genéticos plantean, sino que se centra en aquellos que por su frecuencia y por su relevancia se encuentran íntimamente ligados al ejercicio profesional de la medicina.

Deontología y pruebas genéticas

El primer aspecto es el del consentimiento para una prueba genética, el acceso al genoma de una persona requiere su consentimiento expreso, no solo para la realización de la prueba, sino también para la finalidad de la misma, que en el caso de modificarse requerirá de nuevo el consentimiento del paciente como indica el CDM en el artículo 58.1 indica que *“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”*.

El segundo aspecto es el de la preservación de los datos genéticos. Se puede considerar sin ninguna duda que los datos genéticos forman parte de la intimidad del paciente, es mas son datos que adquieren la condición por sus especiales características de *“datos sensibles”*, que requieren el mayor rango de protección. El CDM recoge la obligación de mantener la intimidad en los apartados 2º y 3º:

Artículo 58.2 del CDM recuerda que *“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”*.

Artículo 58.3 del CDM obliga a que *“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”*

Se considera especialmente importante aclarar el último párrafo del artículo 58.3, que hace referencia a la propiedad de los datos genéticos. Hablar del derecho de propiedad de una información indica la capacidad de disposición sobre la misma. El Genoma humano tiene dos dimensiones una de carácter general que es la característica común de todos aquellos que pertenecen a la especie humana y otra una dimensión individual en la que cada individuo tiene un genoma diferente que le confiere el carácter de único.

El concepto clásico de “*patrimonio*” quedaría restringido al carácter individual radicado concreta e individualmente a cada ser humano y que sería tributario de una protección jurídica fundamental. Mientras que el concepto genérico no debiera incluir el término patrimonio (propiedad o derecho de disposición de la humanidad), sino la obligación y la responsabilidad de toda la humanidad de proteger el genoma humano.

El médico en virtud del consentimiento expreso del paciente accede a una información genética en virtud de una asistencia requerida por este último (diagnóstica, terapéutica, preventiva, etc.), y el paciente nos proporciona su autorización para el uso de la información genética con la finalidad pactada, cualquier otro uso distinto al autorizado por el paciente supone una conculcación de los derechos del paciente.

Uno de los usos posibles de los datos genéticos son los estudios poblacionales. La diferente distribución de los marcadores genéticos y sobre todo los estudios de los STRs del cromosoma Y proporcionan datos del patrón evolutivo y de la historia de las migraciones de los pueblos y nos permiten hacer estudios genealógicos. A partir del estudio genético hay la posibilidad de establecer el origen étnico de una persona.

Estos datos poblacionales y étnicos forman parte de la intimidad de la persona y exigen el mayor rigor en su protección y solo con la petición expresa de paciente y proporcionándole directamente la información al interesado. Esto último está recogido en el CDM en su artículo 58.4 señala que “*El médico nunca podrá colaborar para que los datos genéticos se utilicen como elemento discriminatorio*”.

La garantía del cumplimiento de este apartado del artículo 58 obliga a la protección y garantía del derecho a la intimidad del paciente, y al deber de oponerse a colaborar directa o indirectamente, en la obtención de la información genética con fines de segregación o discriminación de persona o grupo.

Los usos con fines de identificación personal, requieren no solo de un respeto riguroso de los derechos del paciente recogidos en nuestro ordenamiento jurídico, sino de la aplicación de la metodología más eficaz y rigurosa desde la perspectiva científica. No se pueden ni deben utilizar técnicas que no estén suficientemente contrastadas y es necesario ajustarse a los protocolos basados en la experiencia y el conocimiento adecuados.

La importancia jurídica de una prueba de identificación mal realizada trasciende a las personas afectadas y un error puede generar un sentimiento de desconfianza generalizado con efectos muy perjudiciales. El CDM establece en el apartado 5 del artículo 58 que *“Las muestras biológicas de ADN que se utilicen en identificación de personas deben obtenerse de las regiones genómicas que más fiabilidad demuestren”*

Uno de los campos donde se utiliza el estudio Genético con mayor eficacia y utilidad es en el estudio de la filiación y paternidad. Se trata de una prueba donde el tipaje de ADN permite resolver la atribución o la exclusión de una posible paternidad biológica, la determinación de la maternidad biológica (ADN mitocondrial), y otras relaciones de parentesco biológico (hermandad, etc.). Las especiales implicaciones ético-jurídicas de este tipo de pruebas exigen contar con el consentimiento, expreso y escrito de todas las partes implicadas, ya que no se trata de una prueba diagnóstica de utilidad clínica.

En los procedimientos judiciales se establece un protocolo estricto, fuera del ámbito judicial el uso de esta técnica a partir de muestras biológicas obtenidas sin el consentimiento del titular de las mismas supone una vulneración seria de los derechos de la persona propietaria del vestigio biológico.

Conviene ser muy cuidadoso en recomendar el uso de estas técnicas sin contar con la autorización de las personas afectadas, y recordar que si se trata de un menor de edad, es preciso el consentimiento de quien ejerza su tutela.. La facilidad que ofrecen algunos laboratorios de realizar las

pruebas sobre matrices biológicas que se envían por correo, puede generar serios conflictos ético-legales sobre el procedimiento de obtención de las muestras cuando no se cuenta con autorización previa. El CDM recoge este tema en el Artículo 58.6 que dice *“Sólo se deben realizar pruebas de investigación de paternidad y maternidad cuando conste el consentimiento de todas las partes implicadas”*

Medicina preventiva y genética

El estudio de enfermedades hereditarias permite identificar a partir de los datos genéticos de un individuo, las posibilidades de que sus familiares directos puedan presentar un riesgo objetivo de padecer una determinada enfermedad. Se está ante un conflicto de valores, uno el derecho a la intimidad del paciente y otro el derecho a la protección de la salud de sus familiares. La salud y la integridad corporal tienen mayor rango que la intimidad. Esta afirmación para ser plenamente válida, exige que la información obtenida tenga una utilidad práctica que redunde en beneficio expreso de los familiares. El concepto de utilidad práctica requiere una serie de matizaciones:

- a) El médico debe reflexionar sobre si la información que proporciona permite resolver o atenuar un problema. No siempre el conocimiento de una posible asociación entre un perfil genético y una patología permite adoptar medidas preventivas o correctoras. ¿Qué utilidad tendría entonces la información para el familiar del paciente?. No parece sensato informar de una predisposición a una patología si la persona no puede tomar ninguna medida preventiva eficaz.
- b) El concepto de utilidad implica la posibilidad de aplicar alguna medida preventiva eficaz en la patología detectada. Incluso en estos casos la respuesta no es fácil ya que hay un derecho a no saber. Por tanto, se requiere que la persona lo explicita. Y para valorar su vo-

luntad, requiere un contacto previo. ¿En base a qué motivos se cita a los familiares para explorar su actitud?. ¿Como se maneja el ámbito de incertidumbre si los resultados no son concluyentes?. Las respuestas tienen con frecuencia cierto grado de dificultad y el médico no siempre encuentra la respuesta adecuada. Si tiene dudas o dificultades de información a los familiares afectados de forma directa debe consultar a especialistas que le den información adicional.

En caso de menores la información se les debería dar en función de su capacidad de comprensión y a los padres o tutores en relación directa al interés práctico de la misma para tomar decisiones en beneficio del menor. El CDM entra en este aspecto en el artículo 58.7 “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”.

El concepto de propiedad compartida únicamente afecta al derecho de acceso, con fines de protección de la salud y prevención de riesgos derivados de una patología, pero no podría ser utilizada con otros fines.

Un problema cada vez más frecuente es la necesidad de dar información exacta a los pacientes sobre las posibilidades y alcance clínico práctico real de las pruebas genéticas. Muchas pruebas genéticas se han comercializado al público publicitadas a través de Internet y otros medios de comunicación antes de demostrar científicamente su eficacia real. El mal uso de estas pruebas plantea la posibilidad de producir daños físicos o psicológicos a las personas que las soliciten sin un asesoramiento correcto.

Es obvio que hay pruebas genéticas muy útiles, como las de cáncer de mama hereditario y el cáncer de ovario (*BRCA1* y *BRCA2*, cuyas mutaciones son responsables de algunas formas hereditarias de estos tumores) o las del síndrome de Lynch, (cáncer colo-rectal hereditario). Cuando se habla de un mal uso de las pruebas genéticas, se hace referencia a un número creciente de pruebas en las que se estudian múltiples genes que

supuestamente pueden aumentar o disminuir el riesgo de una persona a enfermedades relativamente frecuentes tales como el cáncer o la diabetes o el Alzheimer entre otras que requieren de una mayor experiencia para implantarse en la práctica clínica.

Un campo de aplicación creciente de las pruebas genéticas es la farmacogenómica. Un ejemplo clásico es el estudio genético relacionado con el metabolismo de la Warfarina. El papel de dos genes, uno que codifica la enzima CYP2C9, responsable del aclaramiento metabólico sulfo-enantiomero de la Warfarina (farmacológicamente el más potente). Las isoenzimas CYP2C9*2 y *3 presentan disminución en la reducción del aclaramiento de la S-warfarina. La variante menos activa es la CYP2C9*3 (del 3% al 11%) en relación con la variante mas activa, la CYP2C9*1. Numerosos trabajos demuestran la asociación de estos genotipos con la sensibilidad a la dosis inicial y la estabilización de la dosis de mantenimiento, problemas relacionados con los días de hospitalización y el aumento de complicaciones hemorrágicas. Sin embargo se calcula que solo de un 6 a un 10% de las variaciones en la respuesta a las dosis de warfarina corresponderían a las variantes de la CYP2C9. El segundo gen implicado es el que codifica el complejo vitamina K epoxido reductasa 1 (VKORC1), responsable de las variaciones de un 21% a un 25% en las respuestas a las dosis. El estudio del genotipo del VKORC1 junto al del CYP2C9 y factores como la edad y el peso pueden explicar el 55% de la variabilidad en los requerimientos de la dosis de warfarina.

Farmacogenómica y genética

El futuro inmediato de la farmacogenómica abre un amplio horizonte de posibilidades, que vienen acompañadas de una serie de implicaciones éticas y deontológicas, entre las que se incluyen las limitaciones al acceso de estas pruebas por factores socioeconómicos y la posibilidad de establecer una separación cada vez más profunda entre la medicina del mundo desarrollado y la que recibe el llamado tercer mundo.

Muchas de las implicaciones deontológicas de las pruebas genéticas están recogidas a lo largo de todo el CDM en los capítulos de la investigación, de la información, etc. y es desde la perspectiva integral del CDM como deben interpretarse los problemas éticos derivados de las pruebas genéticas. El CDM no puede parcelarse en su interpretación y aplicación, requiere de una integración de su contenido porque solo desde esta integración se deriva una ayuda real para resolver dudas no solo en los entornos donde la certeza es posible, sino en las decisiones que se deben tomar en entornos de incertidumbre, donde se requiere de madurez científica y personal que son los elementos necesarios para una aplicación responsable y eficaz de las normas de Deontología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adamski J. Genome-wide association studies with metabolomics Genome Medicine 2012, 4:34.
2. Cho M. K. and Sankar P. Forensic genetics and ethical, legal and social implications beyond the clinic. Nat Genet. 2004 November; 36 (11 Suppl.): S8–12.
3. Ducournau P., Gourraud P.A., Rial-Sebbag E., Bulle A., Cambon-Thomsen A. Tests génétiques en accès libre sur Internet stratégies commerciales et enjeux éthiques et sociétaux. médecine/sciences 2011: 27: 95-102.
4. Kwiatkowski F., Dessenne P., Laquet C., Petit M. F. and Bignon Y-J. Permanence of the information given during oncogenetic counseling to persons at familial risk of breast/ovarian and/or colon cancer. European Journal of Human Genetics 2012: 20, 141–147.
5. Casado M. González-Duarte R. Los retos de la genética en el siglo XXI: genética y bioética. Ediciones Universidad de Barcelona. Barcelona 1999.

CAPÍTULO XIV

INVESTIGACIÓN MÉDICA
SOBRE EL SER HUMANO

*“En principio la investigación
necesita más cabezas que medios”.*

Severo Ochoa

CAPÍTULO XIV

INVESTIGACIÓN MÉDICA SOBRE EL SER HUMANO

Introducción

La investigación y experimentación médicas han permitido llegar a unos niveles de conocimiento sobre los condicionantes de la salud humana difícilmente imaginables hasta hace unas pocas décadas. La finalidad fundamental de la investigación debe ser generar nuevos conocimientos que sirvan como base a modo de hacer seguros, eficaces y cada vez mejores, en lo que respecta a la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades y en el alivio de pacientes. Su necesidad es indiscutible, tan es así que incluso está contemplada dentro de la jornada laboral ideal de los médicos del sector público español y es el primer principio recogido en el preámbulo de la ley 14/2007, de 3 de julio, de investigaciones biomédicas.

Ahora bien, la investigación, al pretender generar conocimientos nuevos, es de por sí incierta, tanto en sus resultados como en las consecuencias que puede tener para los sujetos de investigación. Por esta razón, solo deberá realizarse en humanos cuando sea estrictamente necesario y cuando sea imposible asegurar un nivel mínimo de eficacia en el esfuerzo investigador, si no se recurre a ellos como sujetos de investigación.

Ética en la Investigación

El Código de Deontología Médica (CDM) en su capítulo XIV “investigación médica sobre el ser humano”, en el artículo 59.1, hace un excelente resumen de las consideraciones generales del apartado anterior indicando que *“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”*.

La investigación y experimentación médica son actividades que han generado y pueden seguir generando atentados a los derechos fundamentales de las personas, como el de la vida y la protección de la salud y el de la intimidad, y en cuyo nombre el ser humano ha conculcado grandes principios éticos. Claude Bernard dijo *“la investigación es moralmente necesaria, pero necesariamente inmoral”*. Es moralmente necesaria porque se precisa de ella para avanzar en el conocimiento sobre las enfermedades.

Este avance es éticamente incuestionable y socialmente necesario. Pero es necesariamente inmoral porque en su desarrollo se va a producir, en mayor o menor grado, instrumentalización o *“cosificación”* de sujetos de investigación, quebrantando el clásico principio kantiano de que *“el ser humano no puede ser utilizado como medio para alcanzar ningún fin”*.

En la investigación y experimentación médicas se ven confrontados con alguna frecuencia los principios y las reglas que deben regir una actuación y las consecuencias que esa actuación puede tener. En algunas ocasiones el respeto a las personas se puede mostrar difícilmente conciliable con la necesidad de obtener conocimientos para combatir las enfermedades. Por ello, es necesario asegurar políticas y prácticas centradas en el respeto y la protección de los sujetos de investigación, cuyo bienestar y derechos siempre deben ser la máxima prioridad para los investigadores.

Es bien conocido que los aspectos éticos de la investigación deben contemplar, con independencia de quién es promotor y quién el investigador, tres aspectos que vienen consagrados por la legislación y las normas de buena práctica clínica:

- a) Objetivo de la investigación contemplando el beneficio perseguido,
- b) Objeto de la investigación generalmente el paciente y
- c) Los riesgos asociados a la propia investigación.

Se debe tener un especial cuidado con las poblaciones vulnerables como sujetos de investigación. Una persona pertenece a un colectivo vulnerable cuando, tiene más dificultades para defender sus principios e intereses y por tanto, puede resultar dañada con mayor facilidad. La limitación en la capacidad para tomar decisiones es más evidente al inicio de la vida (niñez y adolescencia) en la que aún no han desarrollado todas sus potencialidades y al final, en la vejez, cuando se han perdido algunas o muchas de aquellas potencialidades que el hombre tuvo.

Así mismo, los nacidos con discapacidades pueden estar tan incapacitados intelectualmente que no lleguen a tener nunca la suficiente competencia como para tomar decisiones. Los pacientes con capacidad mental reducida, dependiendo de su enfermedad, pueden tener esta competencia disminuida durante toda la vida o ser incompetentes durante un episodio agudo de su enfermedad, pero cuando esta remite los pacientes pueden recuperar la capacidad decisoria.

Por último están los presos que, aunque a priori, tienen el mismo nivel de comprensión que cualquier otra persona, sin embargo son un grupo vulnerable con problemas para tomar decisiones autónomas en dos órdenes:

- a) Pueden tener dificultades de comprensión de la información médica, debido a los efectos de un largo período de institucionalización y la pobreza de estímulos intelectuales que pueden darse en la prisión.

- b) Así mismo su capacidad de decisión puede verse limitada por su condición dependiente y subordinada, debido a la relación de estricta jerarquía que se da en las prisiones.

Se han delimitado las clásicas poblaciones vulnerables en investigación médica: niños y adolescentes, ancianos, discapacitados, enfermos mentales y presos, grupo en el que, por extensión, podemos incluir cualquier otro grupo humano sometido a relaciones de jerarquía como otros institucionalizados o militares.

En los cuatro primeros se deberá valorar la competencia y capacidad de esas personas para otorgar su consentimiento a prácticas médicas de investigación y en muchas ocasiones deberá ser hecho por ellos y por sus tutores o representantes legales. En el caso de los presos y grupos humanos sometidos a relaciones de jerarquía se debe asegurar la voluntariedad en el proceso de toma de decisiones y descartar fenómenos como: coerción, coacción, influencias indebidas u otros que pueden hacer que éste sea falso y engañoso.

Con carácter general y con el fin de asegurar el respeto por estas personas, no se deberá iniciar ninguna investigación médica en estos grupos a menos que:

- a) La investigación no pueda ser realizada en grupos menos vulnerables,
- b) La investigación solo se pueda realizar en ese grupo de población,
- c) Se garantice a los sujetos que participan en la investigación, y al resto de su grupo, el acceso a los cuidados o productos disponibles como resultado de la investigación.
- d) En caso de no poder obtener beneficio directo por participar en la investigación, los riesgos que asumen los sujetos no excederán a los asociados con exámenes médicos de rutina, y

- e) Los sujetos incapaces o limitados para dar su consentimiento a participar en la investigación, lo hagan por sus tutores legales u otros representantes apropiados.

El respeto a las personas en la investigación médica está recogido en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y en el Informe Belmont de 1979, de la *Nacional Comisión for the Protection of Human Subjects*, organismo encargado por el Gobierno norteamericano para redactar unas normas generales destinadas a la elaboración de los procedimientos a seguir en investigación biomédica.

En la legislación española el respeto por los sujetos de investigación se asegura mediante el consentimiento informado (CI), que está definido en la Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de documentación clínica, en su artículo 3 como: *“la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecte a su salud”*.

En la definición se recogen los tres componentes esenciales del consentimiento:

- a) Que se otorgue asegurando la competencia,
- b) Su voluntariedad y
- c) Ausencia de presiones externas que condicionen una decisión en la persona que lo presta.

Además, para asegurar aún más a las personas sujetos de investigación, cualquier protocolo de investigación ha de ser avalado por un Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC). El CEIC es un órgano independiente y ajeno al proyecto de investigación y a sus promotores y cuya misión es certificar la idoneidad científica, ética y legal de cualquier proyecto de investigación.

El CDM en sus artículos 59.2, 59.3 refleja los aspectos éticos básicos que debe tener cualquier investigación sobre la persona.

El artículo 59.2 del CDM señala que *“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”*.

El artículo 59.3 del CDM indica la consideración que el médico debe tener hacia el sujeto de investigación expresando *“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”*.

La comunicación de los resultados obtenidos es el corolario de la actividad investigadora. Es un derecho y un deber del investigador hacerlo e implica una importante responsabilidad, ya que una comunicación científica pone al alcance de todos, nuevos conocimientos que podrán ser utilizados en beneficio del paciente o, en sentido contrario, descartar técnicas o fármacos que no se hayan mostrado suficientemente eficaces.

Por otra parte, las publicaciones científicas tienen hoy un papel decisivo en la carrera profesional del médico y el fraude puede causar perjuicios a colegas. Por último, las publicaciones científicas son elementos decisivos en la formación continuada del médico y el publicar datos fraudulentos lesiona la buena fe de otros médicos e incluso puede tener repercusiones negativas en pacientes.

Una publicación científica puede faltar a la ética porque:

- a) Figuren como autores personas que no han tenido un papel relevante en el diseño y la realización del proyecto de investigación y del texto final resultante.
- b) Porque no se menciona a un autor que si ha tenido ese papel relevante;
- c) Publicación redundante, al haber sido ya publicada en otro medio anteriormente y con modificaciones intrascendentes.
- d) Verdadero fraude por invención de datos, manipulación de estos con el objeto de que se adecuen a los objetivos del proyecto o plagio.

El artículo 59.4 del CDM manifiesta de forma resumida pero suficiente los deberes del médico investigador indicando que *“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”*.

Investigación en unidades de cuidados intensivos (UCIs)

La situación crítica de los enfermos en las UCIs ha justificado durante algún tiempo el plantear nuevas opciones terapéuticas sin mas condicionantes que la actitud ética del equipo médico como el mejor garante del paciente, considerando que la situación de los pacientes e incluso de familiares, interfiere de forma significativa en su competencia y capacidad de comprender y aceptar las alternativas que se pudieran presentar.

Sin embargo, esta actitud con tintes paternalistas bien intencionados, no puede ser aceptada por la necesidad de proteger los derechos del individuo frente a posibles abusos de investigadores y promotores. Por tanto, es imprescindible el consentimiento informado y la conformidad de los CEIC que tienen un papel fundamental estableciendo mecanismos de control de los procedimientos de investigación planteados en sus centros y especialmente en casos en los que se intuye fragilidad en el paciente y su entorno.

Sin embargo, en pacientes críticos hay serios problemas para obtener el consentimiento informado en general y cuando pueden ser sujetos de investigación, por la imposibilidad de obtenerlo en la sedación completa o por las limitaciones para tomar decisiones que comporta la disminución en la capacidad del paciente en situación crítica, en la sedación incompleta o por la interferencia que la enfermedad grave y su tratamiento tienen sobre su capacidad cognitiva. Se ha comprobado en una serie de pacientes ingresados en una UCI polivalente, que un 75 % tienen limitada la capacidad de tomar de decisiones coherentes. Por ello, en bastantes pacientes ingresados en UCIs el consentimiento informado para actuaciones asistenciales se obtiene de los vinculados responsables.

Pero esta actitud tan clara a la hora de plantear la asistencia efectiva al paciente, no es aplicable a la hora de plantear la investigación de la que pueda ser sujeto el paciente ingresado en UCI. La normativa de la Unión Europea no permite ninguna forma de investigación, si no es otorgada por el paciente, no permitiendo la posibilidad de consentimiento presunto, implícito y de decisiones de sustitución.

Esta normativa dificulta, aunque no impide, los estudios de investigación clínica y farmacológica en estos pacientes, aunque se admite sin reparos las posibilidades de investigación en UCIs a aspectos epidemiológicos y/o de gestión.

Finalmente una reflexión sobre el llamado conflicto de intereses en la investigación y en el Código de Ética de la Sociedad Española de Medicina

Intensiva y Unidades Coronarias (SEMICYU) que trata este aspecto en el capítulo 6 la norma a), sobre asistencia – docencia - investigación, en la que se hace una exposición específica para su especialidad e indica que:

“Las labores de docencia e investigación, consustanciales a la actividad clínica y a la mejora de la asistencia, deben regularse de tal forma que nunca supongan un perjuicio para el enfermo. La SEMICYUC tiene el deber de promocionar la docencia, formación e investigación dirigida al enfermo crítico de acuerdo con los estándares éticos y legales aceptados. La SEMICYUC exigirá en todos los foros docentes que promueva una declaración previa de los ponentes de sus conflictos de interés con las firmas comerciales. Estas declaraciones serán públicas. No es éticamente reprochable que un médico perciba honorarios por colaboración científica con empresas biosanitarias, pero es obligación moral, si actúa como ponente o autor, a que sea públicamente conocido”.

Investigación en embriones

Un embrión humano, independientemente de cualquier otra consideración, es una nueva dotación genética del género humano. Sólo por eso merece un respeto especial y una *“seria consideración moral como forma en desarrollo de una vida humana”*. Tal consideración choca frontalmente con la posibilidad de crear embriones con exclusivos fines de investigación ya que ello equivaldría a considerarlos como un medio para conseguir un fin, a instrumentalizarlos, quebrantando el principio básico sobre el que se ha edificado todo el armazón ético de nuestra civilización.

Además, la posibilidad cada vez más posible y cercana de obtener células madre multipotenciales de seres humanos adultos, hará innecesario el uso de este recurso ya que este método no tiene inconvenientes éticos. La creación de embriones para investigación es una práctica ilegal, lo prohíbe específicamente el artículo 18.2 del Convenio de derechos humanos y

biomedicina del Consejo de Europa, ratificado por nuestro país y en vigor desde el 1 de enero de 2000.

Lo mismo puede decirse de los embriones obtenidos mediante técnicas de transferencia nuclear o clonación, en que incluso el reproche moral debe ser mayor ya que estas técnicas permitan la creación de un organismo humano con solo un padre y con una dotación genética conocida y seleccionada con antelación. Es el primer paso de la selección genética humana y del dominio genético de una generación sobre la siguiente. Además, ya sólo quedaría dar el paso de implantar ese embrión humano clónico en el útero de una mujer para llegar a la clonación reproductiva, eufemismo que quiere hacer moralmente más admisible lo que no es más que una *clonación para producir niños*.

El artículo 59.5 del CDM advierte que, *“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”*.

Las células madre contenidas en la sangre del cordón umbilical de los recién nacidos pueden llegar a ser una importante arma terapéutica, tanto para el propio recién nacido como para otras personas. Por ello, se han creado bancos destinados a su conservación para su uso futuro. No obstante, esta conservación puede plantear problemas éticos: la confidencialidad del donante y la trazabilidad de las muestras deben estar garantizadas, puede haber un conflicto de justicia al haber bancos de conservación públicos y privados que dificulten el acceso equitativo a los servicios de salud, se debe proteger especialmente a las poblaciones vulnerables y sobre todo, se debe hacer hincapié en el hecho de que, a día de hoy, las posibilidades terapéuticas son hipotéticas.

En todo caso el consentimiento para su conservación deberá ser dado por los padres del recién nacido tras un adecuado proceso de información que les haga entender las posibilidades de estas técnicas a la luz de los conocimientos actuales.

El artículo 59 del CDM refuerza esta actitud ética diciendo que, *“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”*.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martín-Zurro A, Cano-Pérez JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 2ª ed. Barcelona: Harcourt, 1989. (pags. 32-33).
2. Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2002. <http://www.recerca.uab.es/ceeah/docs/Resum%20CIOMS.pdf> (Acceso el 27-12-2011).
3. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, relativa a los Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, Junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, Octubre 1975; 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, Octubre 1983; 41ª Asamblea Médica Mundial Hong Kong, Septiembre 1989; 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996, la 52ª Asamblea General Edimburgo, Escocia, Octubre 2000 y la 59ª Asamblea General de Seúl, Corea del Sur, octubre de 2008. Nota de Clarificación del Párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002. Nota de Clarificación del Párrafo 30, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html> (Acceso el 27-12-2011).
4. Reporte de la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento (Informe Belmont). 1979. Disponible en: <http://www.unav.es/cdb/usotbelmont.html> (Acceso el 27-12-2011).
5. Gracia D. Profesión médica, investigación y justicia sanitaria. Bogotá (Colombia): El Búho, 2002.

6. Jonas H. Técnica, medicina y ética. La práctica del principio de responsabilidad. Barcelona: Paidós básica, 1997.
7. Howard HC, Joly Y, Avar D, Laplante N, Phillips M, Tardif JC. Informed consent in the context of pharmacogenomic research: ethical considerations. *Pharmacogenomics J.* 2011; 11(3):155-61.
8. Sipp D. The unregulated commercialization of stem cell treatments: a global perspective. *Front Med.* 2011; 5(4):348-55.

CAPÍTULO XV

TORTURA Y VEJACIÓN DE LA PERSONA

“El imperativo de no torturar debe ser categórico, no hipotético”.

Ernesto Sabato

CAPÍTULO XV

TORTURA Y VEJACIÓN DE LA PERSONA

Introducción

El problema de malos tratos en la sociedad actual ha sido considerado hasta hace poco tiempo un tema privado de las personas que lo padecen e incluso oculto. Sin embargo, afecta a individuos de todas las razas/sociedades, así como a todos los niveles socioeconómicos y culturales. Por lo que ha de ser un aspecto al que los profesionales sanitarios y la población en general, deben otorgar la trascendencia que se merece por su gravedad.

El impacto de los malos tratos en la salud (traumatismos físicos, trastornos psicológicos, etc.) a cualquier persona hace que el problema se presente con cierta frecuencia en la consulta médica. Como consecuencia es preciso conseguir una actitud correcta del médico a la hora de abordar estas cuestiones. Un ambiente de confidencialidad e intimidad unido a seriedad, comprensión, sensibilidad y conocimientos son imprescindibles para indagar y abordar los diferentes aspectos que conllevan los malos tratos. Todos los datos deben quedar ampliamente documentados en la historia clínica y también en un parte de lesiones si se constatan lesiones/heridas producidas por una presunta agresión.

Tipos de malos tratos

a) Maltrato en mujeres

Es bien sabido que uno de los tipos más frecuentes de malos tratos se produce en el entorno familiar y afecta comúnmente a mujeres. Así, en la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, de la Asamblea General de Naciones Unidas en 1993, define la violencia contra la mujer como *“todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer; así como las amenazas para tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”*.

Se desconoce la dimensión real de la violencia de género, por sus características de privado y oculto desgraciadamente todavía existentes, aunque las Naciones Unidas tienen algunos estudios realizados en diferentes países que arrojan datos con una frecuencia que va de un 17% a un 38 % las mujeres agredidas por su pareja. La Organización Mundial de la Salud, en 2005, estimó que una de cada cinco mujeres ha tenido que afrontar algún tipo de violencia de género a lo largo de su vida.

Las mujeres que sufren o han sufrido maltrato son más propensas a tener peor salud, padeciendo en mayor proporción problemas relacionados con trastornos ginecológicos, digestivos, del sistema nervioso central y psicológicos como ansiedad, depresión, trastornos alimentarios.

Por ello, el sector sanitario ha de jugar un papel clave en la prevención, tratamiento y rehabilitación de la violencia de género, ya que entre otras razones una de las principales vías institucionalizadas que utilizan las mujeres víctimas de maltrato, es sin duda el sector sanitario, incluso antes y preferentemente a la policía o a los departamentos que el Estado pone a su disposición.

b) Maltrato infantil

El maltrato infantil es por desgracia otro de los problemas que se presentan de manera todavía esporádica pero creciente en la consulta médica. Los niños y adolescentes víctimas de abuso sexual suponen un cruel y duro ejemplo de ello, tanto más duro cuanto este maltrato se produce en el ámbito familiar próximo al niño/a.

Resultará de vital importancia establecer los protocolos necesarios para prevención de dichos episodios de violencia y comunicarlos a las autoridades pertinentes ante la sospecha de su existencia. Las posibles secuelas a largo plazo (desde físicas, psíquicas y/o psicosociales) y su gravedad han de ser valoradas y tratadas por equipos multidisciplinares especialistas en la materia.

c) Maltrato en ancianos

Un tipo de maltrato que comienza a verse en las consultas médicas con una cierta frecuencia, es el dirigido a las personas ancianas (alrededor del 10% aunque en algunos estudios llegan a constar algún tipo de maltrato hasta en un 30%, sobre todo en ancianos atendidos por servicios sociales). En ocasiones y por miedo a posibles represalias (nuevas agresiones, temor a ingresos en centros de mayores) estos pacientes no denuncian su situación.

En la Conferencia de Consenso sobre el anciano maltratado, celebrada en 1995, se define maltrato al anciano como: “ *Cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 y mas años, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente*”.

Las formas de maltrato son múltiples incluyendo entre otras: maltrato físico, psíquico, abuso sexual, negligencia y abuso económico. Puede darse

en el ámbito familiar y/o institucional siendo cuidadores y familiares los principales implicados. El profesional médico debe estar alerta hacia este tipo de maltrato, notificando los casos de sospecha y poniendo todos los recursos sociales existentes a disposición de la víctima con el fin de minimizar las secuelas y evitar posibles reincidencias.

Aspectos ético-legales

El Código de Deontología Médica (CDM) dedica a la tortura y vejación a la persona así como a la manipulación de la mente o de la conciencia, el artículo 60 con sus dos apartados, donde se explica la función y actuación del médico ante este tipo de situaciones. Cuando el facultativo se encuentre ante la sospecha de que un paciente ha sufrido malos tratos, lo pondrá en conocimiento de la autoridad competente. El tratamiento de las víctimas que sufren malos tratos ha de ser abordado de forma multidisciplinaria, contando con la colaboración no sólo de personal sanitario sino también de asistentes sociales, psicólogos e incluso fuerzas de seguridad.

Ejemplo: Niña de 12 años de edad que acude a consulta acompañada por su abuela. Presenta en región púbica y extremidades hematomas y heridas incisivas. La niña presenta actitud temerosa y llanto persistente siendo imposible conocer la causa de dichas lesiones. La abuela dice haber encontrado a la niña sola en su habitación en el estado actual.

Ante la sospecha de un posible maltrato (en este caso abuso sexual), el profesional sanitario además de atender el problema médico urgente (traumatismo físico y psicológico) debe cumplimentar un parte de lesiones que de forma inmediata se hace llegar al juzgado de guardia. Se establecerá un plan de actuación con un equipo multidisciplinar para atenuar las secuelas derivadas de este posible maltrato. Esta difícil situación está contemplada de forma clara y concisa en el artículo 60.1 del CDM *“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”.

El afán por el control y manipulación de las personas es muy antiguo y aunque habitualmente se asocia a diferentes regímenes políticos de corte autoritario-dictatorial, no es ajena a las relaciones personales y profesionales habituales. El empleo de técnicas psicológicas o propaganda de dudosa ética son algunas de las manipulaciones empleadas para la consecución de dichos propósitos. Se entiende como control o manipulación mental, *“el procedimiento que utiliza un conjunto de técnicas variadas, coercitivas o no, de persuasión o sugestión mental con el fin de disminuir o, incluso, eliminar la capacidad crítica de la persona y con ello su capacidad de juicio y libertad de decisión”.*

La profesión médica no será instrumento de conducta degradante o vejatoria para otras personas. Esto ha sido reiteradamente suscrito en Declaraciones de la Asociación Médica Mundial en referencia a sucesos claramente contrastados. Igualmente tiene la responsabilidad de contrarrestar los riesgos de la manipulación degradante, tanto al paciente, como la manipulación impositiva a los propios profesionales de la salud. El colectivo médico nunca utilizará sus conocimientos para cualquier fin que incluya la manipulación de las conciencias y/o cualquier tipo de coacción física o psíquica dirigida al paciente. Este asunto, se encuentra reflejado en el artículo 60.2 del CDM: *“El médico no participará en ninguna actividad que signifique una manipulación de la mente o de la conciencia”.*

BIBLIOGRAFÍA

1. Asamblea General de Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. 20 de Diciembre de 1.993; resolución 48/104, artículos 1 y 2.
2. Council on Scientific Affairs, American Medical Association. Violence against women: relevance for medical practitioners. JAMA. 1.992; 267: 3184-3189.
3. Steven Jacobson Mind Control in America, (1985), ISBN N° 0-911485-00-7.
4. Ortiz-Barreda G, Vives-Cases C. Violencia contra las mujeres: el papel del sector salud en la legislación internacional. Gac Sanit 2012. Doi:10.1016/j. Gaceta. 2011.09.027.
5. Merritt DF. Genital trauma in prepuberal girls and adolescents. Curr Opin Obstet Gynecol 2011 Oct; 23(5): 307-14.
6. Fernández Alonso MC, F. Buitrago Ramírez, R. Ciurana Misol, L. Chocrón Bentata, J. García Campayo, C. Montón Franco et al. Programa de prevención en salud mental en atención primaria. Grupos de expertos PAPPS. Aten Primaria 2007;39(Supl 3):88-108

CAPÍTULO XVI

DOPAJE DEPORTIVO

*“Lo esencial en la vida no es vencer
sino luchar bien”.*
Pierre de Coubertin

CAPÍTULO XVI

DOPAJE DEPORTIVO

Introducción

Es un capítulo del Código de Deontología Médica (CDM) al que sólo se produjeron pocas y mínimas alegaciones por parte de los Colegios provinciales, casi exclusivamente en la forma, lo cual indica la unanimidad de la colegiación en las consideraciones deontológicas de este tema desgraciadamente tan actual.

En Mayo del 2006 la Comisión Central de Deontología (CCD) hizo un comunicado sobre la ética del dopaje deportivo, en el que indicaba: “... *los médicos han de oponerse a la práctica del dopaje; más aún, están obligados a informar a los deportistas de los efectos perjudiciales que los diferentes procedimientos de dopaje conllevan. Y no podrán dar nunca por aceptable esa conducta antiética en sus colegas, sino que, por el contrario, están obligados de acuerdo con nuestras normas estatutarias y deontológicas, a denunciarlos ante las instancias colegiales.*”

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

Revisión internacional sobre la ética del dopaje deportivo

Hay variadas manifestaciones sobre este campo en la deontología comparada. Así, el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú en su artículo 20 indica: *“Es falta grave contra la ética propiciar cualquier forma de dependencia a drogas, proporcionando o prescribiendo drogas, estupefacientes o alucinógenos a las personas adictas con propósitos de lucro o por condescendencia”*.

El Code de Deontologie de la Fédération des Médecins Suisses en su artículo 33 bis dice: *“La prescription, la remise et la surveillance de moyens de dopage par le médecin dans les sports de compétition sont inadmissibles. Chez les autres sportifs également, le médecin s’oppose autant que possible à l’abus de médicaments”* (Es inadmisibles la prescripción, entrega y custodia por parte del médico de sustancias que sirven para el dopaje en los deportes de competición. De igual modo en el caso del resto de deportistas el médico debe oponerse en la medida de lo posible al abuso de medicamentos).

En el mismo sentido, el Codice di Deontologia Medica de Italia establece en su artículo 73 que *“Ai fini della tutela della salute il medico non deve consigliare, prescrivere o somministrare trattamenti farmacologici o di altra natura finalizzati ad alterare le prestazioni psico-fisiche correlate ad attività sportiva a qualunque titolo praticata, in particolare qualora tali interventi agiscano direttamente o indirettamente modificando il naturale equilibrio psico-fisico del soggetto”*. (Con el fin de tutelar la salud, el médico no debe aconsejar, recetar o suministrar tratamientos farmacológicos o de otra naturaleza con el fin de alterar las prestaciones psicofísicas relacionadas con la actividad deportiva o de cualquier otro tipo de prácticas, en particular cuando estas intervienen directa o indirectamente modificando el natural equilibrio psicofísico del sujeto).

El Codice di Deontologia Medica de Italia dedica, además, dos artículos a la medicina del deporte, en su vertiente de certificar la idoneidad de una persona para la práctica de un deporte defender el criterio médico, en bien del deportista, a veces contra determinados intereses manifestando que:

“Art. 71 Accertamento della idoneità fisica. (Revisión de la idoneidad física)

La valutazione della idoneità alla pratica degli sport deve essere ispirata a esclusivi criteri di tutela della salute e della integrità fisica e psichica del soggetto. Il medico deve esprimere il relativo giudizio con obiettività e chiarezza, in base alle conoscenze scientifiche più recenti e previa adeguata informazione al soggetto sugli eventuali rischi che la specifica attività sportiva può comportare. (La valoración de la idoneidad en la práctica del deporte se debe hacer con criterios exclusivos referentes a tutelar la salud y la integridad física y psíquica del sujeto. El médico debe realizar el informe con objetividad y claridad, en base a los conocimientos científicos más recientes y con una previa y adecuada información al sujeto sobre los eventuales riesgos que pueda comportarle una determinada actividad deportiva).

Art. 72 Idoneità - Valutazione medica (Valoración médica)

Il medico è tenuto a far valere, in qualsiasi circostanza, la sua potestà di tutelare l'idoneità psicofisica dell'atleta valutando se un atleta possa intraprendere o proseguire la preparazione atletica e l'attività sportiva. Il medico deve esigere che la sua valutazione sia accolta, denunciandone il mancato accoglimento alle autorità competenti e all'Ordine professionale”. (El médico está obligado en cualquier circunstancia a defender su criterio en la certificación de la idoneidad psicofísica del atleta, valorando si un atleta pueda realizar una determinada actividad deportiva. El médico debe exigir que su valoración se tenga en cuenta, denunciando la omisión de la misma ante las autoridades competentes y el colegio profesional).

Ética médica en el deporte

La ética y deontología en la medicina deportiva prohíben que se considere, en el diagnóstico o sobre todo en el tratamiento, toda acción vinculada a un imperativo de resultado. La ética médica condena cualquier acto dictado por interés o presión que no respondan a una preocupación por la salud. El dopaje deportivo es la culminación de una medicina de resultados, pero no es tan sólo un problema del deporte de alta competición, sino también en la práctica deportiva semiprofesional o incluso amateur, pese a que son los deportistas de élite los que acaparan la atención de los medios de comunicación y llegan a la opinión pública; por ello, parece deseable el desarrollo de una estrategia transversal que sirva de pauta y referencia para la élite del deporte pero también al conjunto de los deportistas.

Resulta difícil de explicar el dopaje sin intervención médica. Por tanto, se trata de un problema ético del médico, que pone sus conocimientos al servicio de un objetivo que nada tiene que ver con la salud del deportista. Es imprescindible que el médico se oponga a intervenir, incluso de la forma más indirecta que se pueda imaginar, en actividades que tengan que ver con el dopaje; Además, existe la obligación ética de denunciar esta práctica.

Con el dopaje se desprecia el “*Principio de Beneficencia*”, ya que no tan solo no se consigue beneficio alguno para el deportista, en el orden físico, psíquico o moral, sino que además son nocivos y peligrosos los procedimientos que modifican algunos de los componentes de la sangre, la utilización de sustancias que actúan sobre el SNC como estimulantes o depresores, aumentando la intensidad física o enmascarando la fatiga o el dolor, sustancias que aumentan la masa muscular, o actúan sobre la condición de género. Con todo ello, se perjudica al deportista con seria amenaza para su salud.

Con el dopaje se contraviene el principio médico de no dañar, “*primum non nocere*”, aún contando con el consentimiento del deportista, e incluso

con su solicitud. El médico no queda eximido de su responsabilidad deontológica por el hecho de que el propio deportista se lo solicite, ya que éste estará guiado por un deseo de gloria, de dinero o de compromiso con las firmas patrocinadoras que, de alguna manera, limitan su libertad, debiendo el médico, actuar en estos casos como educador, consejero, e inductor hacia la honradez deportiva, el esfuerzo y la búsqueda de la salud a través del deporte.

El Código de Deontología Médica (CDM) aborda esta temática en un solo Artículo, el 61 aunque con 4 puntos:

Artículo 61.1 del CDM *“No es aceptable deontológicamente que el médico contribuya de forma fraudulenta a la mejora del rendimiento del deportista”*.

Artículo 61.2 del CDM *“El médico está obligado a informar a los deportistas de los efectos perjudiciales de los diferentes procedimientos de dopaje”*.

Artículo 61.3 del CDM *“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”*.

Artículo 61.4 del CDM *“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”*.

Con el dopaje se actúa contra la justicia por varios motivos. En primer lugar se incurre en algo ilegal e intrínsecamente injusto, ya que desaparece la igualdad de oportunidades en la competición, introduciendo el falso aumento del rendimiento del deportista a expensas del dopaje. Se utilizan inadecuadamente recursos públicos en una práctica fraudulenta que convier-

te en un engaño y mal ejemplo, ya que lo que tendría que ser estímulo de superación para los ciudadanos, en general, y los más jóvenes en especial, es realmente un fraude que además hace peligrar la salud del deportista.

A los ojos de la opinión pública, el médico que prescribe e incluso acepta la practica del dopaje aparece como especialista en educación física y del deporte que utiliza precisamente sus conocimientos médicos especializados para vulnerar los principios éticos y la ley, contribuyendo a prostituir las competiciones deportivas, alterando la respuesta natural del organismo y generando un gigantesco fraude en la propia competición y en sus consecuencias económicas, sociales y educativas.

Se debe castigar severamente a los médicos que estén implicados en el dopaje, ya que constituye una violación inequívoca de la ética médica y no es de recibo poner en riesgo la salud de nadie; además, constituye un delito al existir una Ley de protección de la salud y lucha contra el dopaje en el deporte.

La jurisdicción ordinaria, sea cual fuese su resolución, no impide la actuación de la disciplina colegial, que podrá conocer y sancionar la actuación de sus colegiados a la luz de la doctrina deontológica, siempre más exigente y estricta a la hora de enjuiciar las conductas que los médicos deben seguir en el cumplimiento de sus deberes y funciones para con sus conciudadanos.

El médico siempre puede, según su leal saber y entender, negarse a participar y denunciar las consecuencias de los ritmos de vida derivados del imperativo de rendimiento. Aportar un mayor bienestar a los pacientes presupone también una educación acerca de modos de vida no traumatizantes. Al médico le incumbe la responsabilidad de informar sobre el origen de las patologías. Y, lo que hace sin rodeos tratándose de un exceso de peso o de una patología resultante del consumo de tabaco o de alcohol, debería poder hacerlo a propósito de la dimensión mortífera de la práctica fraudulenta de los deportes.

Siempre es falta grave contra la Deontología propiciar cualquier forma de dependencia a drogas, proporcionando o prescribiendo drogas, estupefacientes o alucinógenos a las personas adictas con propósito de lucro o por condescendencia, pero lo hace si cabe aún más trasgresor en el deporte, donde la sociedad espera un ejemplo del ejercicio como fuente de salud.

En otro orden de cosas, el médico también se abstendrá de favorecer la mejora del rendimiento físico o psíquico, mediante entrenamientos que constituyan un riesgo para la salud de quienes practican ejercicio físico. Es tarea de la Medicina del deporte y de cualquier otra especialidad médica prestar a los deportistas los cuidados que necesiten para preservar su salud. Todas las medidas que los médicos emprendan para conseguir mantener el estado físico de los ciudadanos y mejorar el rendimiento de los deportistas tienen que estar rigurosamente acordes con la buena práctica médica.

En el sentido de la valoración de idoneidad para la práctica del deporte, hay que tener en cuenta - ante la solicitud por el ciudadano y sus allegados de un certificado acreditativo de idoneidad - la necesidad de extremar la prudencia en lo tocante a supeditar este tipo de certificaciones a la realización de las pruebas complementarias que se estimen indicadas según la actividad deportiva de que se trate.

El médico en el deporte. Consideración final

El médico debe abstenerse de suministrar deliberadamente sustancias dopantes. Este proceder es radicalmente contrario a la ética médica y constituye falta deontológica. La imagen pública de quien se comportara de esa forma degrada la Medicina y a los médicos, llevando a la sociedad el sentir de que los médicos utilizan la ciencia para favorecer el fraude deportivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ética del dopaje deportivo (05_2006). En: <https://www.cgcom.es/>
2. Código de Ética y Deontología del Médico del Perú (2004). <http://www2.cmp.org.pe/content/view/327/147/>
3. Code de Déontologie de la Fédération des Médecins Suisses (2006). Versión francesa en: http://www.fmh.ch/ww/fr/pub/fmh/code_de_deontologie.htm.
4. Codice di Deontologia Medica (2006). Federazione Nazionale degli Ordini provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri. Italia. En: http://portale.fnomceo.it/Jcmsfnomceo/cmsfile/attach_3819.pdf.

CAPÍTULO XVII

MÉDICOS PERITOS

*“El perito debe actuar con
la ciencia del médico,
la veracidad del testigo
y la ecuanimidad del juez”.*

Nerio Rojas

CAPÍTULO XVII

MÉDICOS PERITOS

Introducción

Dado que la pericia médica consiste en la exploración y estudio de una persona, con métodos y procedimientos médicos y con la finalidad de obtener un juicio médico-legal sobre una patología, el estado físico y/o mental de una persona, o el grado de capacidad y o de menoscabo que tiene para desempeñar determinadas tareas o funciones y todo ello usando los conocimientos de la medicina, se considera un acto médico y por tanto lo tiene que realizar un licenciado en Medicina, ajustado a la “lex artis” y bajo la disciplina del Código de Deontología Médica (CDM). Cualquier médico que sea requerido para realizar una pericia, sea esta oficial o privada, ha de estar colegiado.

Conceptos

El **testigo** es toda persona que presta declaración en un proceso judicial sobre hechos presenciados por ella o que ha conocido por referencias. El testigo tiene la obligación de comparecer en el juicio para decir lo que ha visto, oído o conoce de un hecho, sin necesidad de hacer interpretación científica alguna sobre los hechos declarados. En este sentido el médico es con mucha frecuencia llamado a declarar en relación con los documentos médicos o médico-legales (parte de lesiones, certificados, informes clínicos) emitidos o con la asistencia prestada a un paciente. La citación de un médico como testigo conlleva, como problema ético fundamental, la

posibilidad de vulnerar el deber de secreto profesional y traicionar la confianza del paciente, al revelar datos que afectan a su intimidad y que están protegidos por el derecho fundamental a la intimidad y confidencialidad que tienen reconocidos todos los pacientes.

Perito, es la persona física llamada al proceso en virtud de sus conocimientos especiales para conocer o aclarar hechos controvertidos. La función del perito esta condicionada por el tipo de proceso judicial, variando la obligatoriedad, la forma de designación y los objetivos de la pericia.

La designación como perito en un proceso penal conlleva la obligación de acudir a la llamada del juez y aceptar la pericia, salvo que pueda alegarse causa fundamentada que excuse la asistencia o la emisión de informe. La pericia en el ámbito del derecho penal esta regulada en la Ley de Enjuiciamiento Criminal (LECr.) artículos 456 a 485 y atendiendo a su designación se distinguen:

- a) Peritos designados a propuesta de las partes (peritos privados),
- b) Peritos designados por el juez a instancia de las partes, y
- c) Peritos designados de oficio por el juez.

La pericia en el ámbito de derecho civil, esta regulada en la Ley de Enjuiciamiento Civil, siendo de destacar en su regulación que el cargo de perito no es obligatorio, debiendo por tanto aceptar el cargo previamente al estudio y reconocimiento del paciente, y debiendo abstenerse cuando concurren las causa de recusación o tacha.

Cuando el médico recibe una citación judicial para aceptar un encargo pericial, si se rechaza, el rechazo debe justificarse de forma motivada. En cuanto a la designación de los peritos, y salvo algunas excepciones contempladas en la Ley, en las que el perito puede ser designado de oficio por el juez, lo habitual es la designación de peritos directamente a propuesta de

las partes, pudiendo recurrir cuando sea necesario, a los listados de peritos que constan en los Colegios Provinciales de Médicos.

La regulación de la pericia médica en el ámbito del Derecho Administrativo o Social, salvando las peculiaridades propias de los distintos procesos, en lo que hace referencia a la designación y actuación de los peritos, sigue las líneas generales establecida en la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Ética en la pericial médica

El médico como perito debe ajustar siempre su actuación a la ética profesional, y ello implica respetar los siguientes principios:

1. *Principio de autonomía*, respetando el derecho del paciente, siempre que sea competente para ello, a ser informado y elegir entre ser o no ser evaluado en relación con los hechos contemplados en las diligencias judiciales.
2. *Principio de confidencialidad*. Se debe garantizar al paciente la reserva de aquellos datos obtenidos en la evaluación y que no inciden directamente en las diligencias judiciales.
3. *Principio de objetividad*. El médico perito debe mantener una distancia afectiva suficiente para evaluar los diferentes datos de interés con imparcialidad y objetividad, ajenos a cualquier condicionante.
4. *Principio de honestidad*: Deber de mantener la independencia científica respecto del proponente de la prueba.
5. *Principio de verdad y justicia*. El deber de ajustar las conclusiones a los principios de razonamiento científico, debiendo especificar en la medida de lo posible el grado de certeza de sus conclusiones. A

este respecto hay que considerar que la verdad pericial no es verdad porque lo dice el perito, amparado en su imparcialidad, sino que es verdad cuando cumple los postulados del método científico.

Articulado sobre la pericial médica en el Código de Deontología Médica

Artículo 62.1. del CDM dice que *“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”*.

La Administración de justicia tiene peritos oficiales (médicos forenses) y organismos consultivos, que son los que habitualmente resuelven las cuestiones de índole médica que se someten a las distintas jurisdicciones. No obstante, la presencia del médico asistencial es reclamada con mayor frecuencia ante la justicia, como testigo o como perito. A veces la diferencia entre ambas formas de comparecencia judicial no queda suficientemente aclarada en la citación, o no es bien conocida por el médico y sobretodo, no queda claro para el médico no experto, cuando es un deber inexcusable y cuando un derecho del médico y como tal se puede aceptar o no la pericial propuesta. Ante cualquier llamamiento judicial es imprescindible, para actuar correctamente, que el médico conozca:

1. En calidad de qué se le pide la comparecencia ante el tribunal, para conocer obligaciones y derechos.
2. El tipo de proceso judicial para el que se solicita la comparecencia del médico.

Atendiendo a estas cuestiones unas son obligatorias:

- a. La asistencia como testigo, tanto en los procesos penales, como civiles.

- b. La aceptación del nombramiento como perito judicial en los procesos penales, cuando es nombrado por el juez.

En otras circunstancias es un derecho del médico y sólo aceptará la pericia si así lo desea: Caso de las pericias a instancia de parte, tanto en la jurisdicción penal, como la civil, contenciosa o social. En el caso de las pericias judiciales en el ámbito del derecho privado, también es un derecho del médico, que habrá expresado previamente su compromiso de participar como perito en los pleitos civiles, inscribiéndose en las listas, que anualmente abre el colegio para las distintas especialidades. El CDM expresa en relación con los procesos judiciales:

Artículo 62.2 del CDM señala que *“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”*.

Artículo 5-3 del CDM indica que *“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”*.

Este precepto debe entenderse en el sentido de que la regla general es que el médicos siempre debe velar por los intereses del paciente, siendo la excepción la colaboración con otras instituciones. El médico debe negar aquella colaboración que vaya en perjuicio de su paciente y sólo revelará la información que sea relevante para el esclarecimiento de hechos que sean constitutivos de delito. No tiene obligación de entregar una historia clínica completa, sin saber el por qué y el para qué se solicita y cuando esto ocurra, sólo la entregará al juez. En los procesos civiles el médico se informará exhaustivamente, quién, por qué y para que se precisa la historia clínica. Tendrá que ser el juez, en un auto, el que solicite la documentación clínica. Si el médico advierte que dar esta información, que debería ser re-

servada, favorece a una de las partes, en perjuicio de la otra, se lo advertirá así al juez, para que sea él el que decida

Artículo 62.3 del CDM indica la pauta cuando *“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 medico 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”*.

El comparecer como testigo ante los tribunales es un deber ciudadano inexcusable. La negativa a comparecer en juicio, sin causa que lo justifique, será sancionada con multa y si fuese reincidente con penas más graves. Se ha de ser consciente de los serios perjuicios que se causan, cuando, habiendo sido citado en legal forma, un testigo falta al juicio. Si su aportación se juzga relevante, el juicio será suspendido. Son muchas las personas de toda índole movilizadas para un juicio y muchos los perjuicios económicos y morales generados con una suspensión injustificada.

Para cumplir correctamente con su obligación legal y ética ante una comparecencia como testigo, el médico debe actuar con prudencia, y en cualquier caso recordar:

1. Que la comparecencia del médico como testigo es de carácter obligatorio.
2. Que cuando el médico realiza una interpretación científica de los hechos o de sus manifestaciones, está actuando como perito, y para pasar esta línea se debe contar con el consentimiento del paciente.
3. Que el médico es un profesional con deber de secreto, y que por tanto puede acogerse a lo dispuesto en el artículo 371 de la LEC

que regula la declaración de **testigos con deber de secreto**, y que permite al médico, por razón de deber profesional o por razón de materia (tratarse de hechos de carácter reservado o secreto), negarse de forma razonada a declarar, correspondiendo en todo caso al juez la decisión de liberar al testigo del interrogatorio.

4. Que el testigo puede ser objeto de tacha (ser o haber sido cónyuge o pariente por consanguinidad o afinidad dentro del cuarto grado civil de la parte que lo haya presentado o de su abogado o procurador).
5. En las causas penales, aunque no esta reconocido, como en otros países, el derecho a guardar silencio sobre asuntos que se nos han confiado en cumplimiento de la más estricta confidencialidad, el médico deberá hacer ver al juez la trascendencia de preservar el secreto médico a ultranza.

Artículo 62.4 del CDM expone *“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”*.

En el frontispicio de la ética pericial se coloca la verdad como la principal virtud del perito y la ignorancia en el lado opuesto. Es éticamente reproable aceptar una pericia para la que no se tiene preparación y aún peor sostener en sede judicial una opinión, que otros peritos han demostrado errónea. Esta falta deontológica es mayor ya que por su posición el médico goza de un plus de credibilidad por parte del juez. Al aceptar una pericia, de cualquier tipo, se ha de ser consciente, que tendrá que defenderse en sede judicial en un juicio oral. Es éticamente reproable negarse a defender una pericia que en su momento procesal fue aceptada.

Artículo 62.5 del CDM explica que *“El cargo de perito es incompatible con haber intervenido como médico asistencial de la persona peritada”*.

El perito jura decir verdad, ser imparcial y no tener interés en la causa. Un médico que ha intervenido asistiendo a un paciente, podría no ser objetivo en sus reflexiones. Este concepto no deja de ser un juicio de intenciones, pero a pesar de todo debe evitarse y rechazar una pericia. Así mismo, es esta misma la argumentación que sustenta el que se debe rechazar la figura del testigo-perito.

Un médico que ha tratado a un paciente, está claramente en una posición de ventaja, con respecto a otro perito. Por otra parte, es una forma de evitar malos entendidos, de que si se acude a una consulta privada, la atención como perito y como consecuencia su informe podría tender a ser mas benevolente. En definitiva, como los objetivos y fines, no sólo son distintos, sino incluso a veces opuestos, el CDM ha entendido siempre, que debe haber una incompatibilidad entre estas dos funciones, es decir simultanear ser a la vez médico asistencial y perito en una misma persona .

Esta prohibición deontológica tiene fundamentalmente un doble objetivo:

1. Proteger el deber de secreto de los profesionales y el derecho a la confidencialidad de los pacientes.
2. Proteger la objetividad de las declaraciones judiciales, en el sentido de garantizar que el médico al declarar sobre los datos de interés judicial lo hará con imparcialidad, independencia y ajeno a cualquier otro condicionante. Por todo ello cuando el médico se encuentra en esta situación debe hacer participe de la misma al juez, siendo éste el competente para decidir

Artículo 62.6, del CDM enseña que *“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”*

Artículo 62.7, del CDM informa de *“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”*.

El perito ha de saber que es grande la asimetría, que habitualmente existe entre la posición del médico y su paciente, pero que aún es mayor la que hay entre perito y peritado. Aquí la naturaleza del consentimiento informado es explicar exhaustivamente, quien ordena la pericia, por qué se hace, para qué, que derechos tiene el peritado de negarse o no, qué tipo de exploraciones se le van a hacer y si se puede negar a ellas. Es una falta grave sorprender la buena fe del peritado o el miedo de este a las represalias. El hecho de que el peritado quiera sacar un beneficio ilícito de la pericia, no justifica un trato humillante, degradante, o simplemente descortés.

El testigo-perito

La Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC), artículo 370.4, contempla la figura del **testigo-perito**. Esta figura es un híbrido, en el que en la misma persona y en el mismo acto procesal, el médico actúa de testigo, primero, y perito después. La prueba testifical y la prueba pericial son distintas en sus fines, sus métodos y en el tratamiento que, tanto le ley de enjuiciamiento criminal, como civil, hacen de ambas.

Debe saberse que es una prerrogativa del médico, que el juez puede admitir. Sólo es aceptable en el pleito civil, no en el penal. Se ha establecido para aquellos peritos, caso del médico, que pueden ilustrar su testifical con conocimientos técnicos. Pero el médico que se acoja a esta prerrogativa debe saber que esta realizando una pericia encubierta, contraria a lo establecido por el CDM.

Artículo 62.8, del CDM claramente indica que *“El médico no debería prestarse a actuar como testigo-perito”*.

La Comisión Central de Deontología (CCD) ha considerado que no es aceptable éticamente la figura del testigo-perito por las siguientes razones:

1. Es constante la doctrina deontológica de declarar incompatible la figura del médico que asiste al paciente (testigo) y el médico perito
2. El paciente tiene derecho a saber quién es el médico que realiza la pericia con antelación al juicio.
3. Se realiza una competencia desleal con otro médico, que podría actuar como perito.
4. La pericia genera emolumentos, la testifical no, sólo los gastos derivado de la asistencia al juicio.

Artículo 62.9 del CDM indica que *“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”*.

El médico es médico siempre y tiene el deber deontológico de velar por la salud y la vida del paciente en cualquier circunstancia. La lealtad con el paciente se acaba cuando entra en competencia con la lealtad debida a otra persona. El secreto profesional sigue en vigor en la pericia, pero el peritado debe ser advertido de que aquello que el perito descubre en el curso de la pericia, o cuestiones privadas que el peritado le revela, podrán ser plasmadas en el informe y que este será público y sometido a controversia. Por tanto se puede decir que al aceptar ser objeto de una pericia, la persona renuncia a parte de su intimidad, aquella que tenga que ver con el objeto de la pericia, pero ello no quiere decir que el perito pueda publicar hechos

descubiertos, que son irrelevantes para la pericia, pero muy importantes para la intimidad del paciente.

Aspectos éticos del devengo de honorarios en la pericia

No hay tarifas de honorarios por la realización de pericias médicas. Los honorarios los establece libremente el propio perito, siguiendo las pautas establecidas en el artículo 66 del CDM. Ante las muchas consultas que suele haber en los Colegios de Médicos sobre este tema, se van a dar algunas orientaciones, que son sólo eso, dando por sentado que el trabajo profesional sólo lo puede valorar el que lo realiza. Se debe diferenciar:

1. *Pericias a petición de parte* (ámbito penal o civil). Se establece el principio del acuerdo, El perito no tiene obligación legal de aceptar la pericia, así que puede fijar sus honorarios previamente a la aceptación del encargo. Es un contrato privado. No es contrario a la ética anticiparle, a la persona que nos hace el encargo, que nuestra opinión puede no ser favorable a su tesis.
2. *Pericias encargadas por un juez penal* (instrucción o penal). Son obligatorias y el perito establece libremente los honorarios. Concluido el informe, el perito acompañará al mismo una minuta de honorarios, que quedaran incorporados a los autos. Los honorarios los abonarán unas veces el Ministerio de Justicia o la Comunidad Autónoma, pero en la mayoría de las ocasiones será la parte que haya sido condenada en costa. En cualquier caso, hasta que no haya sentencia firme no habrá posibilidad de cobrar (3-4 años). Como criterios para valorar el costo de la pericia, se deben tener en cuenta: La asistencia obligada a la vista oral y la posibilidad que esta se suspenda más de una vez, los desplazamientos, la preparación de la vista oral y la complejidad del informe y el tiempo que lleva su preparación y defensa.

3. *Pericias en procedimientos civiles*, en que el juez acuerda la pericia a petición de una o las dos partes del pleito. La realiza el perito elegido por insaculación, dentro de cada especialidad, entre los nombres que el Colegio de Médicos haya facilitado a los juzgados. El perito elegido puede renunciar y se repite el proceso hasta que se encuentre un médico que acepta la pericial. Para renunciar hay que alegar razones fundamentadas, ya que se supone que si el colegiado está en la lista de elegibles es porque ha dado su consentimiento. En el momento de aceptación y juramento del cargo, al perito se le ofrece que fije una cantidad como provisión de fondos anticipados (para afrontar los gastos materiales). La costumbre es que esa cantidad cubra el costo total de la pericia, ya que garantiza los honorarios al perito. El juzgado le comunica este importe a las partes que solicitaron la prueba y se les insta a realizar la correspondiente provisión de fondos. Verificado el pago, el perito recibe una notificación diciéndole que puede realizar la pericia y cobrar los honorarios prefijados.
4. Que criterios se deben valorar para fijar los honorarios:
 - a. El tiempo total que se emplee para realizar la pericia, contando con el juicio oral, los desplazamientos y las posibles suspensiones.
 - b. Complejidad de la pericia y necesidad o no de examinar a la persona objeto de la misma.
 - c. Gastos de desplazamiento, para examinar a la persona o asistencia al juicio oral. El perito debe informarse del lugar de la vista oral y si habrá que asistir a los actos previos de preguntas de ampliación.
 - d. Categoría profesional del perito

- e. Cuantía del litigio. Es contrario a la Deontología, y se prohíbe fijar los honorarios en función del resultado del pleito o ir a un porcentaje de las ganancias (“*cuota litis*”). Ahora bien, el perito si debe valorar la cuantía del litigio para que sus honorarios sean acordes a esa cuantía
5. Las peritaciones no están en la cartera de servicios de la Seguridad Social (SS) por lo que ningún médico de la SS puede ser obligado, por sus superiores, a realizar una prueba pericial. Sí podrán ser llamados como testigos o testigos –peritos, en cuyo caso sólo tiene derecho a percibir, los emolumentos que el Ministerio de Justicia tiene previstos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley de Enjuiciamiento Civil. (Ley 1 /2000 de 7 de Enero).
2. Declaración de la Comisión Central de Deontología sobre la pericia de 26 de Enero de 2007
3. Herranz, G. Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica. EUNSA, PAMPLONA, 1992.
4. E. Villanueva “La prueba pericial en el ámbito penal”. En La prueba pericial médica en el derecho. Coordinadora B. Martínez Jarreta. Universidad de Zaragoza. 1996.

CAPÍTULO XVIII

DOCENCIA MÉDICA

*“La prueba de cada sistema político,
educacional o religioso, es el hombre que forma.
Si el sistema lesiona a la inteligencia, es malo;
si lesiona el carácter es vicioso;
si lesiona la conciencia, es criminal”.*

Amiel

CAPÍTULO XVIII

DOCENCIA MÉDICA

Introducción

El Código de Deontología Médica (CDM) vigente en España desde Julio del 2011, dedica a la docencia en Medicina el artículo 63 con sus 5 apartados. En ellas se intenta reflejar de forma sucinta y sencilla pero inequívoca, los deberes éticos de los médicos docentes, no tan solo ante sus colegas en formación, sino también hacia los estudiantes de Medicina, en los que hay que ir introduciendo en la formación de pregrado el concepto de que además de la imprescindible preparación técnica, son necesarios unos conocimientos sobre ética, deontología y comunicación con el paciente.

El estudiante de Medicina. Una identidad en construcción ¿Qué médico quiero ser?

Son varios los caminos que llevan a un adolescente a elegir ser médico. Sobre una indudable base vocacional de intentar la curación o el alivio del semejante en su sufrimiento hay otros condicionantes bien diferentes en cada sujeto. Una vez dado el paso de la elección se inicia el camino de la conformación de la identidad profesional, que surge no tan solo de la transmisión de conocimientos científicos y técnicos, sino también por la actitud de los docentes ante el ejercicio de su actividad, en la que debe intervenir la formación ética. Las habilidades inherentes a la profesión médica, la capacidad de observación clínica, la necesidad de buena comunicación, el pensamiento analítico-semiológico en la asistencia al paciente, llevan años

para desarrollarse adecuadamente por lo que esta realidad debe ser explicada por el médico docente en el encuentro didáctico con el estudiante para evitar la frustración del aprendiz.

A comienzos del siglo pasado, la investigación y docencia en Medicina se expandieron por todo el mundo, con gran auge y algunas críticas. Ortega y Gasset en 1930 afirma, desde su experiencia en universidades alemanas, que una parte significativa estimulan desproporcionadamente el culto a la ciencia y a la investigación científica, colaborando, sin tener consciencia de ello, a la desintegración cultural del hombre. En su libro “Misión de la Universidad”, Ortega afirma que la ciencia y la investigación son tareas imprescindibles en la Universidad, pero no deben ser exclusivas y ni usurpar la misión de transmitir cultura y ética. Concretamente en cuanto a la enseñanza de la Medicina Ortega y Gasset dice que *“En las facultades de Medicina se aspira enseñar fisiología o química; pero tal vez en ninguna se ocupa nadie en serio de pensar que representa hoy ser un buen médico, cuál debe ser el tipo de modelo de médico actual”* y a continuación de forma incluso brusca y exagerada pero con idea de impactar en sus argumentaciones expresa que: *“Es preciso que el hombre de ciencia deje de ser lo que hoy es con deplorable frecuencia: un bárbaro que sabe mucho de una cosa.”*

La docencia ética como parte de la docencia médica

La dimensión ética y moral es inherente a la práctica de las profesiones sanitarias y especialmente en la medicina. Sin embargo, es motivo de reflexión el hecho de que de las tres dimensiones clásicas de la actividad en los centros sanitarios (asistencia, investigación y docencia) es la docencia la que ha permanecido hasta hace poco tiempo más al margen de la preocupación ética, tanto en la formación de pregrado como de postgrado. Esta despreocupación conducía en parte a la actitud negativa de los discentes,

sobre todo estudiantes de medicina, ante la ética clínica y condicionada por la pregunta: ¿para qué dedicar tiempo a la ética, sobre todo cuando se sienten tan exigidos en las asignaturas clínicas “duras” y no tienen, en ocasiones, un buen recuerdo de la filosofía que estudiaron en la educación recibida en los estudios de enseñanza media?.

La preocupación en el aprendizaje de las materias básicas y clínicas termina por llevar a los estudiantes a concluir que materias como ética y bioética son simples rellenos, sin una verdadera utilidad en la práctica profesional y que ser médico es casi exclusivamente un asunto anatómico-fisiológico, diagnóstico, farmacológico, etc..

Las consecuencias de este planteamiento se reflejarán más adelante en:

- a) Deficiencias de los médicos al tomar decisiones prudentes fundamentadas éticamente,
- b) Reconocer cuando hay un dilema ético-deontológico en su práctica asistencial,
- c) Construir las mejores relaciones posibles con los pacientes,
- d) Dificultades en la información adecuada a los pacientes y finalmente
- e) Actuar de forma responsable frente a los colegas, a las instituciones, a otras profesiones sanitarias, etc.

Sólo asumiendo de forma directa un verdadero proceso de formación ética a los estudiantes de medicina, es posible responder adecuadamente a los retos que plantea la formación de buenos médicos para el mundo contemporáneo, en el que se debe cimentar en una buena enseñanza, un buen ejemplo y una promoción de buenas conductas.

Es preciso transmitir a los discentes que todo acto profesional médico, lleva implícito en mayor o menor intensidad un componente ético. En los primeros borradores del Código de Deontología se intentó realzar este concepto con una norma específica que decía:

“El médico docente debe tener en cuenta que, en la práctica, todo juicio clínico incorpora un elemento de orden ético. Con elevada frecuencia, en un paciente determinado, el elemento de orden ético excede en importancia los aspectos técnico y científico, aun teniendo en cuenta que para actuar éticamente es preciso contar previamente con esos conocimientos científicos y técnicos”. Más adelante, se consideró que este concepto estaba implícito en el artículo 63.2 y podría ser redundante.

Afortunadamente en los últimos años se está constatando que los alumnos de Medicina traen incorporadas actitudes positivas sobre aspectos relacionados con el humanismo, sobre las que cimentar el proceso educativo. Cada vez más tienen y sienten el sentido social de su futura profesión y van descubriendo paulatinamente nuevos aspectos. Tienen curiosidad intelectual y una actitud abierta al aprendizaje de la ética y la deontología. Los alumnos de primer año, especialmente, ven la asignatura de Bioética como la que más se acerca a la praxis médica directa en un “currículo” lleno de materias básicas. Es deber de la Universidad transmitir y formar en valores, inducir a la formación moral del estudiante y ayudarle a incorporar, mejorar o jerarquizar mejor los valores éticos que tienen y los que va a ir adquiriendo a lo largo de su carrera.

Una demostración del cambio en la actitud de los estudiantes de medicina es la reciente creación de la Comisión de Bioética del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM), la cual ha elaborado un documento *“Guía de recomendaciones éticas par el estudiante de medicina”*, expresa que *“La formación integral del estudiante de Medicina sólo es posible a través de la interacción directa con el enfermo y mediante la adquisición progresiva de responsabilidad en los actos asistenciales. A lo largo del período formativo, igual que el estudiante debe trabajar para adquirir unos*

conocimientos científicos sólidos y unas determinadas habilidades prácticas, también debe considerar y cultivar el aspecto humano de su relación con el paciente, comprendiendo que se trata de un ser humano que, además, está enfermo o tiene alguna necesidad en el cuidado de su salud”•.

Más adelante la Comisión de Bioética del CEEM en el Capítulo sobre la relación con los pacientes, recomiendan y toman conciencia que:

“1. Ha de quedar siempre claro que la participación de los pacientes en las actividades docentes es voluntaria. Debe asegurárseles que si no desean colaborar, esto no repercutirá en su asistencia.

2. Se debe obtener consentimiento explícito verbal de los pacientes antes de realizarles historia clínica, exploración física o algún procedimiento terapéutico sencillo.

8. El alumno no está autorizado a informar a los familiares o amigos de los pacientes acerca de lo que sabe sobre éste. Esta función es exclusiva del médico responsable del caso. Tampoco está autorizado a informar a los pacientes”.

En el Código hay dos artículos relacionados con estudiantes de Medicina.

Artículo 63.1 del CDM. *“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”.*

Artículo 63.2 del CDM. *“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”.*

La docencia en los centros sanitarios

Una de las actividades casi inseparables de la acción profesional del médico es la contribución a la enseñanza tanto de los estudiantes de medicina como al aprendizaje de otros médicos en las distintas fases de su formación: especialización médica (residentes MIR), formación continuada de colegas, etc.

En los primeros borradores del actual CDM el primer artículo que se proponía fue: *“El médico con años de práctica tiene una responsabilidad profesional y personal con sus colegas jóvenes y los estudiantes de Medicina. Debe enseñar a los médicos en formación los valores profesionales correctos y el comportamiento ético indispensable para tratar con los pacientes, los colegas y otros profesionales”*. Al final no se introdujo en la redacción definitiva, por ser tan obvio y genérico que se consideró más bien una buena reflexión que una verdadera norma.

Por ello, en toda unidad asistencial acreditada para la docencia hay obligación por parte de todos los miembros del equipo de contribuir a la formación de alumnos y residentes asignados, aunque puede y debe haber entre ellos los que tengan mayor responsabilidad, por motivaciones como un contrato con la universidad o responsabilidades de gestión.

En la formación de pregrado y médicos residentes las enseñanzas técnicas deben ir acompañadas de enseñanzas éticas y deontológicas con información y sobre todo con el ejemplo del docente. Este concepto válido desde siempre, es actualmente una necesidad ineludible, derivada de la aparición de conflictos generados por el cambio en la relación médico-paciente, que de ser paternalista bien intencionada aunque inadecuada, pasa a considerar al paciente como responsable y capaz de tomar las decisiones (principio de autonomía) sobre cuestiones de salud de las que es protagonista.

Es coincidente la opinión de dos reconocidos expertos en Bioética. Gracia D., y Pellegrino E. considerando que *“con el principio de autonomía se ha*

avanzado más en 25 años que en 25 siglos de Historia de la Medicina y que la Autonomía ha desplazado a la Beneficencia como primer Principio de Ética Médica. Es la reorientación más radical ocurrida a lo largo de la historia de la tradición hipocrática”.

El docente como modelo (Una actitud y/o un gesto pueden más que mil palabras)

La medicina es una disciplina esencialmente ética en tanto tiene vinculación directa con el intento de curar o por lo menos mejorar al prójimo. La ética no se puede enseñar exclusivamente con la enumeración y explicación de unas normas, sino sobre la base de la acción. Es la “*conducta ética*” lo que debe enseñar. En el terreno de la ética, no se trata tan solo de exponer una teoría o una hipótesis, sino de demostrar una buena relación con el paciente, a partir del modelo del propio docente, ya que los verdaderos maestros enseñan básicamente con el ejemplo.

Tal como indica la Asociación Médica Mundial en su “*Manual de ética médica*”, los docentes tienen la obligación de tutelar a los dicentes y tratar a estudiantes de medicina y a médicos en formación con consideración y respeto procurando ser prudentes cuando se tengan que corregir algunos aspectos de su práctica asistencial y de relación tanto con los pacientes como a los profesionales de la salud. Estos aspectos quedan reflejados en los siguientes artículos:

Artículo 63.3 del CDM. “*Los médicos en formación podrán realizar las tareas propias de su periodo formativo siempre que las mismas se hagan bajo supervisión del médico docente*”.

Artículo 63.4 del CDM. “*En presencia de pacientes o de personal no médico hay que evitar corregir al discente en lo relativo a la práctica médica*”.

El llamado “*currículo oculto*” de educación médica, es decir, la conducta que exhiben los médicos docentes en su práctica profesional, es más influyente en el dicente que la explicación teórica de la ética médica. La sociedad ha de asumir que es necesario que los médicos en formación adquieran experiencia para poder beneficiarse de ello con posterioridad.

Por tanto, es muy recomendable que se haga la mayor información y difusión posible a la población sobre la presencia en los centros sanitarios de profesionales en formación participando en su atención sanitaria y que además su legalidad está contemplada desde hace muchos años y en la Ley General de Sanidad de 1986, en el Artículo 104.1 que expone de forma muy clara que: “*Toda la estructura asistencial del sistema sanitario debe estar en disposición de ser utilizada para la docencia pre, postgraduada y continuada de los profesionales*”.

Pero a su vez la sociedad a través de sus representantes puede y debe exigir a la organización sanitaria y a los responsables de la docencia el velar por minimizar los riesgos a los pacientes. El médico docente debe proteger al paciente mediante una buena supervisión y aplicación de la responsabilidad progresiva.

Un médico residente debería empezar a realizar un procedimiento tras conocer bien la teoría, haberlo visto practicar y si posible, haber realizado prácticas de simulación y/o previamente procedimientos que preceden en complejidad y adiestramiento (por ejemplo, antes de colocar un catéter pleural haber hecho algunas toracocentesis).

Este importante aspecto está contemplado de forma inequívoca en el Artículo 63.5 del CDM: “*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*”.

El paciente como “docente”

Es necesario un mejor conocimiento público de la imprescindible docencia en los centros sanitarios, tanto de pregrado como de postgrado, sobre todo referida al sistema MIR. Los responsables docentes hace años decidieron este sistema de especialización como el más idóneo para dar continuidad a una asistencia sanitaria pública de calidad y la experiencia ha demostrado su eficacia en la formación de los profesionales médicos, aun reconociendo que puede tener, como toda actividad humana, aspectos mejorables.

Pero, es cierto que la docencia puede provocar a veces incomodidades a pacientes. Sin embargo, si se ha comunicado adecuadamente estos necesarios aspectos docentes de los centros sanitarios, la gran mayoría de los pacientes lo aceptan sin problemas e incluso algunos se sienten como participantes directos y necesarios de la docencia, asumiéndolo como un servicio a la sociedad (paciente como “docente”) e incluso beneficiarse, ya que su participación en el aprendizaje, implica una mayor atención a su caso, el que le atienda más de una persona, el que se comente su caso, etc.

La Comisión de bioética del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM) ha editado en 2012 una breve pero adecuada “*guía de recomendaciones éticas para las prácticas clínicas*”, de la que se pueden extraer aspectos interesantes y prácticos.

En el Capítulo 2º sobre el “*comportamiento*” se dice: en el punto 2 “*Identificación: El estudiante debe presentarse y ser presentado como lo que es, estudiante de Medicina, no como jóvenes doctores, compañeros o ayudantes...Es recomendable contar con una placa acreditativa en la bata o uniforme*”, y en el punto 2 “*empatía: es importante saber situarse en la perspectiva del paciente, comprendiendo sus sentimientos y teniendo en cuenta sus valores y convicciones. No hay que confundirla con la lástima*”.

Un importante objetivo de los MIR, debería ser adquirir un profundo sentido ético y por tanto muy necesaria la enseñanza de la Ética y la Deontología a los médicos docentes de postgrado, así como incluir en la práctica del quehacer asistencial del docente la explicación de la resolución de posibles conflictos éticos, que sin duda irán surgiendo en la práctica clínica.

De todos modos no se puede negar que en algunas circunstancias en los centros asistenciales hospitalarios y ambulatorios se plantean posibles conflictos en los procedimientos docentes. Sin pretender ser exhaustivos enumeraremos algunos y la que parece la mejor resolución posible.

¿Son éticas para el aprendizaje las prácticas en cadáver?

Para mejor comprensión un ejemplo ¿Es ética la realización de una biopsia hepática en cadáver tan solo para el aprendizaje?. Cuando el procedimiento como el de una biopsia hepática no mutila el cadáver, su práctica está tutelada y es hecha por médicos en formación en el área de conocimiento de las prácticas que se están realizando, es aceptable realizarla. Es muy recomendable éticamente y obligatorio desde el punto de vista jurídico solicitar permiso a los vinculados responsables.

¿Es deontológicamente correcto hacer una segunda exploración, sobre todo ginecológica, por el médico residente tras la realizada por el adjunto, sin solicitar específico permiso al o a la paciente?

En este supuesto en que tan solo se realiza la exploración para el aprendizaje, se requiere el consentimiento del o la paciente, incluso para procedimientos en principio inocuos. En estos casos es probablemente suficiente que el médico docente indique al o la paciente, que si tiene inconveniente o no a que un médico en formación le repita la historia clínica y la exploración que se ha realizado. Es obvio que el médico docente ha de considerar el Principio de No-Maleficencia y con la habilidad que otorga la veteranía,

intuir que en algunos casos, por una determinada idiosincrasia del o de la paciente, no es conveniente incluso ni plantear esta segunda anamnesis y exploración. Por supuesto, que si el o la paciente se niegan a esta segunda exploración hay que respetar su decisión.

¿Cuándo un médico residente puede realizar por primera vez un procedimiento de un cierto riesgo, como una infiltración en una articulación inflamada y dolorosa o una punción lumbar para estudio de enfermedad neurológica o colocación de un catéter de Schwan-Ganz para monitorización hemodinámica?

La realización de estos procedimientos siempre han de ser autorizados y tutelados por el médico docente, que conoce el proceso formativo y las veces que el residente los ha visto realizar. En estos procedimientos necesarios para el diagnóstico o la terapéutica del paciente, puede ser necesario el consentimiento informado, pero sin especificar que lo va a realizar un médico residente siempre bajo la tutela del médico docente.

¿El médico residente puede responsabilizarse exclusivamente de la asistencia en un servicio de urgencias?

Los residentes son licenciados en Medicina y como tales tienen que responsabilizarse de acciones de “medicina general” sobre todo en urgencias. Pero, no es menos cierto que la ausencia de tutela adecuada, es no tan sólo un problema técnico sino también ético, en el ámbito de la No-Maleficencia. Es por tanto necesario que la firma del alta realizada por el médico adjunto, no sea un trámite burocrático, sino la plasmación de un control tutelar real y efectivo. Solo podría justificarse como excepción, por una sobrecarga no esperable del servicio (justificación para preservar el Principio de Justicia y atender a todos los pacientes en ese momento), pero sin convertirse en un hecho reiterado.

¿Y si un paciente se niega a ser tratado por un médico residente?

Los pacientes en general son colaboradores y aceptan, de manera implícita y explícita su participación en este sistema para formar a los especialistas. Ya se ha indicado que hay pacientes que se sienten “docentes del sistema” y esta constatación es muy positiva.

Pero, se puede producir la excepción y un paciente exigir que su asistencia sea realizada exclusivamente por médicos adjuntos. La pregunta es: ¿los pacientes tienen derecho a que la unidad asistencial acepte su negativa a la participación de un MIR en su asistencia?. Esta situación afortunadamente infrecuente, se debe plantear con prudencia. Es muy probable que el desconocimiento de lo que representa el sistema de formación MIR y las garantías de supervisión que conlleva, pueda estar en el origen del rechazo. La explicación por parte del médico docente de que el procedimiento en que va a participar el residente es acorde con su nivel de formación y que está capacitado, aunque tenga una limitada experiencia, puede hacer cambiar la primitiva negativa. El médico docente puede argumentar que el proceso de aprendizaje implica si cabe un mayor control y por tanto un plus de más garantías.

Si persiste la negativa en procedimientos que sólo se hacen por motivos de aprendizaje (por ejemplo, una segunda exploración ginecológica) hay que aceptar la negativa. Ahora bien en procedimientos necesarios para una correcta asistencia, es deontológicamente adecuado hacer ver al paciente que su negativa vulnera el “*Principio de Justicia*”, en cuanto a la obligación de repartir entre todos la justa distribución de los recursos sanitarios y su negativa esta injustificada.

Sin embargo, aceptando como básico el artículo 5.3 del CDM “*la principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de este debe anteponerse a cualquier otra conveniencia...*” se podría admitir la negativa del paciente como excepción por el potencial riesgo para la salud del paciente generado por la tensión en la relación médico-paciente si se persistiera en que la atención fuera realizada por el médico residente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Garrido Sanjuán JA. Conflictos éticos en el aprendizaje de los residentes. *An Med Interna (Madrid)* 2006; 23: 493-502.
2. Rodriguez-Osorio CA, Dominguez-Cherit G. Medical decision making: paternalism vs patient-centered (autonomous) care. *Curr Opin Crit Care.* 2008;14(6):708-13.
3. Pellegrino ED. Physician integrity: why it is inviolable. *Hasting Cent Rep* 2009:Suppl:18-20
4. Gracia D. *Fundamentos Bioética.* Ed. Triacastela. Madrid 2008.
5. Liras A, Arenas A. Bioethics and in biomedicine in the context of a global higher education area. *International Archives of Medicine* 2010: 3:10.
6. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet.* 2010;376:1923-58.
7. Guía. Recomendaciones éticas para las prácticas clínicas. Comisión de bioética del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM.). 2011.

CAPÍTULO XIX

PUBLICACIONES PROFESIONALES

*“No quiere el enfermo médico
elocuente, sino que le sane”.*

Séneca

CAPÍTULO XIX

PUBLICACIONES PROFESIONALES

Introducción

En las últimas décadas y sobre todo en los últimos años las publicaciones científicas se han multiplicado de forma extraordinaria, como consecuencia directa del incremento y enormes posibilidades de la ciencia actual y el avance tecnológico en todos los ámbitos, incluyendo la Medicina. A su vez también se ha incrementado de forma paralela la demanda de información sanitaria por parte de la población.

Por tanto, se han de diferenciar básicamente dos tipos de publicaciones profesionales, unas que van dirigidas a la divulgación sanitaria hacia la población general y otras dirigidas a los profesionales de la salud.

El médico y las publicaciones de divulgación general

El interés generalizado de los ciudadanos por la salud ha facilitado la proliferación de publicaciones divulgadoras de aspectos sanitarios dirigidas a la población general, obviamente distintas de las publicaciones profesionales. La divulgación sanitaria procura, con mayor o menor acierto, aproximar los conocimientos científicos a la población. La profundidad y rigor de los temas tratados puede ser muy diverso en función del autor y del sector de la población al que va dirigido.

La mayor parte de las publicaciones no aportan ideas novedosas, pero sí que pueden suponer una elaboración y reflexión sobre el tema que tratan, pudiendo llegar a ser textos originales, incluso “*best-sellers*”, en los que el autor, puede dar su sello personal a conocimientos previamente ya generalizados.

El interés y éxito de este tipo de publicación radica en saber decir, con un estilo propio, divulgador, lo ya conocido. En este sentido no puede hablarse de plagio, puesto que no hay una reproducción literal de ideas, conocimientos o incluso párrafos de otros autores, ni tampoco hacen como propia la autoría de los descubrimientos.

Otra cuestión bien diferente son las publicaciones que transcriben contenidos que pueden ser copias literales de otros autores, sin mencionar su autoría. En este supuesto se trata de un verdadero plagio, no sea fácil de detectar, tan censurable como si de una publicación profesional se tratara. El formato de estas publicaciones puede ser diverso, desde el libro monográfico, a las revistas periódicas, prensa diaria o radio y televisión.

Las finalidades de la divulgación sanitaria son varias y esquemáticamente se podrían resumir en:

1. Fomentar promoción de hábitos saludables (no fumar, hacer ejercicio, etc.)
2. Difundir informaciones epidemiológicas de situaciones que supongan un riesgo para la salud (vacunaciones, prohibición de baño en algunas playas, etc.)
3. Informar sobre recursos y prestaciones sanitarias.
4. Divulgar el conocimiento científico, avances y nuevas tecnologías en la salud.

La información en la divulgación sanitaria debe de cumplir algunas condiciones:

1. La información y divulgación sanitaria debe ser generada por personas preparadas conocedoras del tema que se pretende divulgar.
2. La información sanitaria debe transmitirse en un lenguaje adecuado al público al cual va a ser destinada.
3. En las publicaciones dirigidas a la población hay que considerar las expectativas que la información puede originar en el público. Especialmente cuidadoso en informaciones que pueden crear falsas expectativas.
4. La divulgación sanitaria debe evitar suscitar expectativas o temores excesivos, es decir no crear falsas expectativas ni generar estados de ansiedad de un determinado colectivo o incluso de toda la sociedad.
5. En la información sanitaria el profesional que la realiza debe velar para no debilitar la relación de confianza entre paciente y médico.
6. Garantizar una información equitativa, (que los procesos más prevalentes, no vayan en detrimento u olvido de los que son infrecuentes).

Información y divulgación médica por Internet

Internet es desde hace ya tiempo otro medio de publicación que debe ser tenido en cuenta, máxime cuando el control de veracidad o calidad es prácticamente nulo. Nadie duda de la gran importancia que ha supuesto la aparición de Internet en la intercomunicación. Son enormes las facilidades que ofrece para consultar documentos, publicaciones, etc., tanto para el profesional como a ciudadano en general.

La existencia de más de cien mil páginas web de contenido médico y/o sanitario y el hecho de que alrededor de un 50 % de los usuarios de Internet busquen temas relacionados con la salud, confirma la importancia de este fenómeno. Los portales sanitarios tienen como objetivo principal suministrar servicios de salud destinados a intentar mejorar el buen estado de salud en general y aportar información sanitaria de forma rápida y sencilla. Los usuarios buscan información sobre nutrición, estilos saludables de vida, información sobre enfermedades con profunda preocupación en la sociedad (sida, Alzheimer, etc.), medidas de prevención, etc.

La información y divulgación de contenidos médicos ha de tener una serie de características:

1. *Autoría*: constancia clara de las fuentes de información. Nombre y credenciales de los proveedores de la información de la página web.
2. *Actualización*: contenidos actuales, indicando la última fecha de actualización.
3. *Transparencia y honestidad*: indicar la finalidad, objetivos y financiación.
4. *Intimidad y protección de los datos*: definición clara, de acuerdo con la legislación sobre protección de datos, de la política de respecto a la intimidad.
5. *Accesibilidad de la página*: ha de garantizar la navegación sin confusiones, comprensible, rápida, clara y sencilla.
6. *Cobro por servicios*: caso de que exista esta posibilidad ha de estar claramente identificado.
7. *La publicidad*: ha de quedar claramente separada de la información presentada.

8. *Claridad*: la información ha de darse de forma accesible, comprensible y sistematizada.
9. *Consultas de segunda opinión*: si existe la posibilidad de realizar consultas médicas a través de la web, hacer constar explícitamente que constituyen una segunda opinión. No pueden sustituir la visita presencial. Por tanto, no deben ser base de relación médico-paciente, sino complemento de la consulta tradicional.
10. *Calidad*: Es muy recomendable la obtención de un sello de calidad avalado por una institución solvente.

Los médicos que escriben o se expresan en estos medios de divulgación, incluido Internet, están supeditados también a la ética médica y al Código de Deontología Médica (CDM). Es en este sentido ético que deberíamos poner más el acento en los valores positivos como la honestidad y el rigor científico, que no en hablar exclusivamente de comportamientos censurables o punibles como pueden ser el plagio, el sensacionalismo, la falsificación o invención de datos. No olvidemos que todo lector confía en la seriedad del autor (honestidad) y por tanto en lo que dice o escribe (rigor científico).

Publicaciones para profesionales. Motivación del médico por publicar en revistas científicas

Las publicaciones científicas, en principio, van dirigidas al personal cualificado dentro de la materia tratada, independientemente de si es investigador o no. Detrás de una publicación siempre puede haber varias motivaciones.

1. Comunicar algún descubrimiento nuevo. Es cuanto menos la más loable. Habitualmente esa publicación va precedida de un esfuerzo

de autoría, casi nunca individual, lleno de horas de trabajo, sacrificio poco reconocido y de tener una actitud y motivación individual y grupal, que no todas las personas poseen.

2. La necesidad de seguir publicando para conseguir la financiación que le permita seguir investigando. Está muy relacionada con la anterior.
3. Ampliar y mejorar el “*currículum vitae*” como medio de obtener méritos para acceder a puestos o estatus superiores: universitarios, oposiciones, carrera profesional, etc. Este aspecto habitualmente va relacionado con los puntos anteriores.

Lo cierto es que cada vez es más necesario tener publicaciones para poder optar a puestos de trabajo y sobre todo a puestos relevantes. La mayoría de publicaciones de los médicos están relacionadas con la investigación humana, que se ha tratado en el Capítulo XIV (investigación médica sobre el ser humano).

Las revistas médicas publican varios tipos de comunicación:

1. *Artículos de investigación*: comunican resultados de estudios de investigación sobre temas que incluyen desde aspectos básicos de las enfermedades hasta ensayos clínicos. Cuando una revista médica de prestigio publica artículos de investigación sobre temas importantes, los medios de comunicación se hacen eco y los comentan en medios de difusión general.
2. *Artículos de revisión*: resumen y analizan la información disponible sobre un tema a partir de una búsqueda cuidadosa de artículos publicados. La unión y combinación de resultados de diferentes estudios sobre una misma temática es útil para extraer conclusiones para la prevención, diagnóstico o tratamiento de una determinada enfermedad o grupo de enfermedades.

3. *Conferencias*: es menos habitual pero ocasionalmente se publican en revistas médicas conferencias que han tenido gran impacto.
4. *Editoriales*: son ensayos breves con opiniones de los autores, frecuentemente respecto a un artículo de investigación o de revisión que se publica en el mismo número de la revista. Los editoriales dan una perspectiva general sobre el tema.
5. *Cartas al editor*: son un medio para que los lectores de la revista hagan comentarios, dudas o críticas de los artículos publicados en ella. También tienen este formato los informes breves de investigación y casos clínicos especiales.

Las normas de Vancouver.

Una guía imprescindible para publicar

Para solicitar la publicación de un artículo a una revista científica, ésta pedirá la documentación de que se han cumplido una serie de requisitos imprescindibles previos a autorizar la publicación. Cada revista tiene sus propias normas para la presentación de manuscritos, aunque todas ellas tienen unos criterios similares, emanados de lo que se viene llamando “Normas o Estilo de Vancouver”.

En el año 1978 se reunieron en Vancouver (Canadá) los principales directores de revistas médicas con el fin de unificar los criterios de publicación desarrollados por la Biblioteca Nacional de Medicina, el “*National Library of Medicine*” (NLM) de Estados Unidos. Se constituyeron en el Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas (CIDRM), que se viene reuniendo periódicamente.

En su quinta edición (1979) el citado comité actualizó la normativa y solicitó a las 500 revistas adscritas a él que recomendaran su aplicación a los autores de artículos. Entre las normas o requisitos uniformes o de uniformidad desarrollados en dicha normativa, unos son de carácter formal y otros afectan a su contenido. Algunos de estos últimos son los que hay que tener presente desde el punto de vista ético y deontológico.

Es recomendable, por no decir obligado, el conocimiento de las normas de Vancouver ya que son la guía de todas las revistas de prestigio. Puede encontrarse la versión española de las “*Normas de presentación en revistas del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)*” en internet:

http://medtrad.org/recursos/Spanish_VANCOUVER.htm, con el título “*Requisitos uniformes para preparar los manuscritos que se presentan a las revistas biomédicas: redacción y edición de las publicaciones biomédicas*”. Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas.

Es obvio que cuanto mayor prestigio tiene una revista, mayor celo pone en que los artículos publicados en ella cumplan estrictamente las normas de Vancouver, va en ello una parte significativa en la valoración de la calidad de la revista.

La importancia del “Impact Factor” (Factor impacto) a la hora de publicar en una revista científica

La importancia de la revista acostumbra a ser reconocida en los medios científicos por su “*Impact Factor*” (IF) o *Factor de Impacto*. Cada año el IF de una revista puede variar y se publica en el informe “*Journal Citation Report*” (JCR), elaborado por el “*Institute per Scientific Information*” de

fácil acceso en internet y que todos los investigadores revisan para conocer la valoración actualizada de sus publicaciones.

El JCR recoge información de unos 200 campos o materias de estudio, de más de 60 países. Dicha información procede de unas 7.600 revistas científicas que acoge dos grandes campos: el de las ciencias de la naturaleza, más experimental, en el que están incluidas las revistas biomédicas, agrupadas en el “*Science Edition*” (5.900 revistas) y el de las ciencias sociales agrupadas en el “*Social Sciences Edition*” (1.700 revistas).

El IF de una revista viene dado por una fórmula en la que el numerador es el número de veces que los artículos publicados en dicha revista, en los dos años anteriores, han sido citados al año siguiente en todas las revistas indexadas en el JCR. El denominador corresponde al número total de artículos publicados en esos dos años en las revistas indexadas en el JCR. Como se puede intuir, el IF no es un índice absoluto de calidad, sino de cantidad. Ahora bien, está claro que a los artículos más consultados en el mundo, se les presupone una mayor calidad.

Importancia de las revistas en función del cuartil o decil que ocupan

Es cierto que hay campos de conocimiento o disciplinas que tienen un ámbito de difusión más restringido y por lo tanto un IF menor, pero ello no indica que su calidad sea más baja. Para paliar esta situación las revistas agrupadas en un campo restringido de conocimientos se ordenan por su IF y después se clasifican en cuartiles o deciles. Una revista de este grupo, ubicada en el primer cuartil o aún mejor si es el primer decil, se le supone de muy alta calidad, aunque el IF general no sea elevado.

El consentimiento del paciente y otros requisitos

Al presentar una posible publicación a una revista, el editor pide a los autores, en el supuesto de que se trate de una investigación realizada con personas, si se ha obtenido su consentimiento informado y si ha pasado para la aprobación por un Comité de Ética de Investigación (CEI).

Los datos de los pacientes deben estar protegidos, es decir que no puedan ser identificados. Si se exponen fotografías de personas, tampoco deberán ser identificables y, si es absolutamente preciso deberá presentarse el documento escrito en el que el interesado exprese su aceptación y aun así procurar disimular de la mejor manera posible aspectos que hagan más dificultosa o imposible la identificación.

El artículo 64.2 del CDM aclara bien estas situaciones al indicar que, *“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”*.

Hay estudios de carácter estadístico o epidemiológico que no requieren la autorización expresa de los pacientes incluidos en el estudio. En estos casos el investigador deberá solicitar la base de datos disociada, es decir que la persona responsable de la protección de datos del hospital o centro deberá darle la información sin que el investigador pueda identificar los pacientes o personas incluidas.

Los estudios o investigaciones retrospectivas acostumbran a tener una calidad inferior a los prospectivos, dado que en su origen no se planteó proceso de investigación alguna y por tanto tampoco una hipótesis que permitiera incluir las variables que se hubieran requerido. En estas circunstancias no es necesario que solicite la autorización o consentimiento siempre y cuando los pacientes no puedan ser identificados.

Cualquier persona o enfermo que ha firmado un consentimiento debe saber que podrá anularlo con posterioridad a su firma y deberá excluirse del estudio.

¿Y si el paciente está incapacitado?

En el paciente incapacitado legalmente el consentimiento informado lo ha de dar su representante legal, pero el paciente recibirá la información que puede asumir. Se debe valorar si puede comprender, aunque sea parcialmente, lo que se le solicita (aceptación para entrar en un estudio o investigación), si llega a entender sus pros y contras más importantes y si puede tomar una decisión de forma libre y razonada. Con estos requisitos, éticamente, puede incluirse en el estudio y se deberá pedir el consentimiento firmado. Hay que hacer constancia que la capacidad no es absoluta. Una persona puede estar capacitada para unas cosas y no para otras. No tendría sentido que el paciente se negara a entrar en el estudio y a pesar de ello se introdujera por el hecho de estar incapacitado legalmente.

¿Hay que considerar el respeto a los autores que han influido en la investigación?

En la introducción o justificación de la publicación debe hacerse mención del conocimiento previo que ha servido de base para realizar la hipótesis y objetivos del presente estudio. Es absolutamente obligado, desde el punto de vista ético y legal, el citar a los autores que han publicado (aportado) conocimientos o descubrimientos que han servido o facilitado la ejecución del trabajo.

Si entre los trabajos publicados con anterioridad alguno corresponde al autor o autores del trabajo o artículo escrito que se pretende publicar, también deberá mencionarse y añadir a la bibliografía. No es ético y por tanto

reprobable que un autor pretenda publicar un segundo manuscrito como original. Sería un “autoplagio” injustificable.

¿De un mismo proyecto de investigación pueden surgir varias publicaciones?

Es cierto que una misma base de datos o un mismo proyecto puede dar lugar a varias publicaciones, abordando cada una de ellas aspectos diferentes. También es cierto que una misma base de datos, es decir el material y métodos utilizados para una publicación, puede ser utilizado para otra, bien porque se ha ampliado el número de pacientes incluidos o porque se ha realizado alguna modificación que, como consecuencia de ello, aporta algo nuevo que justifica su publicación. En estos casos debe explicarse no sólo al editor de la revista, sino también en el artículo.

¿Hay suficiente preocupación de las revistas por el rigor científico y la ética?

Muchos autores saben por experiencia que hay trabajos que han tenido que ser presentados a varias revistas antes de ser aceptados. Este supuesto no va necesariamente en detrimento de la calidad o rigor científico del artículo, ni de incumplir con los aspectos éticos, simplemente puede tratarse de que la revista elegida establece criterios de selección que no se corresponden a lo ofrecido en el artículo. Habitualmente los autores envían sus artículos rechazados, casi intactos, a otras revistas científicas hasta que consiguen finalmente publicarlos.

Se han realizado revisiones sobre este aspecto y a título de ejemplo artículos rechazados por la revista *British Medical Journal* y publicados en otra, sólo el 20% se modificaron tras el rechazo inicial. Se ha constatado que

el 80% de los artículos rechazados por la revista *New England Journal of Medicine* fueron publicados en otras revistas. Esta conducta es éticamente correcta cuando el equipo investigador bien asesorado está convencido de que sus resultados pueden ser valiosos para la comunidad científica. Ahora bien, si la objeción o rechazo del artículo se debe a aspectos éticos, se debería renunciar a su publicación, si no se pueden corregir.

En las revistas de prestigio, antes de publicar un artículo, el editor de la revista hace una primera valoración que puede ser determinante para aceptarlo o no. Si lo considera de posible publicación, ya que tiene el mínimo imprescindible, el editor lo envía a varios revisores externos (dos o tres) expertos en el tema para que hagan una valoración del manuscrito que incluye también los aspectos éticos, que pueden ser muy diversos.

Aunque la responsabilidad de lo publicado corresponde a los autores, los editores o directores de revistas también tienen responsabilidad ya que con su publicación avalan el rigor científico, del trabajo que se presenta y a la vez la investigación, si es buena, contribuye al prestigio de la revista.

Hay casos que han pasado a la historia como auténticos fraudes, aparentemente inconcebibles. Por ejemplo el conocido como “Caso Hwang”. Hwang Woo-Suk era un prestigioso investigador internacional, surcoreano, que publicó en la prestigiosa revista “*Science*” (19-mayo-2005) un artículo sobre células madre creadas a partir de embriones clonados. La propia Universidad Nacional de Seúl donde estaba trabajando, demostró la falsedad de una notable parte de sus investigaciones y seguidamente la revista “*Science*” confirmó en una editorial esta realidad e incluso volvió a considerar y revisar otro artículo que el mismo autor había publicado en la misma revista en 2004.

¿Cuáles son los fraudes o conductas antiéticas más frecuentes?

Las conductas antiéticas que pueden llegar a plasmarse en un artículo, lamentablemente son de muchos tipos y aunque se intente enumerar las más frecuentes, la posibilidad de que puedan aparecer nuevas formas de fraude son imprevisibles.

1. *La falsificación:* consiste en modificar intencionadamente los datos del estudio, los criterios de inclusión o exclusión de las personas, o los métodos utilizados para conseguir los resultados deseados, que de no ser así, no se habrían logrado.
2. *La invención:* es el extremo absoluto de la falsificación. No se modifican datos, sino se inventan. Éste fue el caso del Dr. Scott Reuben, anestésista del Baystate Medical Center, de Massachusetts, que publicó 21 artículos desde 1996 a 2008, sobre analgesia multimodal basada en combinar fármacos para tratar dolores postoperatorios. Una vez desenmascarado por su centro médico, el médico admitió que no había realizado los ensayos clínicos. Sus “investigaciones” tenían el apoyo económico de laboratorios del máximo prestigio internacional.
3. *El plagio:* es quizá uno de los fraudes más frecuentes. Consiste en copiar en mayor o menor medida un texto de otro autor. El plagio incluye la copia de textos del mismo autor (“*autoplagio*”), procedente de otros artículos o libros, sin hacer mención de ello. En este apartado podrían incluirse los artículos “inflados” que añaden unos casos más a la muestra presentada en otro artículo, sin aportar nada sustancial. Este hecho es aun más grave si no se comunica a la revista que hay un artículo anterior muy similar.

4. *Autoría ficticia*: El concepto de autor en las publicaciones científicas se aplica a los que contribuyen al desarrollo y redacción de la investigación. Sin embargo, a veces se incluyen personas que no cumplen estos requisitos (autoría regalada, honoraria o ficticia). El regalo de la coautoría se utiliza para recompensar algún favor, halagar a un superior o derecho arrogado por el jefe del departamento donde se realiza la investigación. A veces se hace como intercambio recíproco de autorías en otros artículos. La autoría ficticia no es ética ya que, al figurar como autor, se adopta responsabilidad pública del contenido del artículo.
5. *Publicación reiterada*: Publicación en parte o en su totalidad, de un artículo previamente editado en otra revista, o en documentos impresos o electrónicos. Generalmente se realiza por los mismos autores y sin el conocimiento de los redactores de las revistas implicadas.
6. *Publicación fragmentada* (“*salami publication*”) en que una investigación se divide en porciones menores que se publicarán como artículos independientes en diferentes revistas.
7. *Publicación inflada* en que se añaden casos clínicos a series previamente publicadas, con las mismas conclusiones.

Debe hacerse hincapié en que deben publicarse investigaciones cuyo resultado no es el que se pretendía encontrar puesto que también aportan valiosa información. No es ético aceptar trabajos financiados por la industria farmacéutica, en los que hayan cláusulas en que la industria pueda vetar la publicación.

Cada vez es más frecuente la publicación firmada por varios autores. En ocasiones esta circunstancia genera tensiones en el grupo. El orden de la autoría convendría definirla antes de escribir el artículo y probablemente mucho antes, es decir mientras se está elaborando el estudio. Los autores que firman el artículo deben ser los que redactan el original, participan en

la concepción y diseño del proyecto, recopilan y analizan datos, buscan la bibliografía, interpretan los resultados, revisan y aprueban definitivamente el artículo. Otras personas han podido colaborar en menor medida en la publicación, como puede ser la recogida de información, soporte técnico de laboratorio, aplicación de técnicas estadísticas sin interpretación de datos, tasación de pruebas. En estos casos pueden ponerse al final del artículo en el apartado de agradecimientos.

El artículo 64.3 del CDM resume bien las conductas inadecuadas:

“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”.*

La publicación de unos datos relevantes o de un descubrimiento primero se hará a la Comunidad Científica, que evalúa su alcance. Es por ello que el médico debe evitar una difusión mediática que levante expectativas o sensacionalismos, si previamente no lo ha expuesto en círculos profesio-

nales, que son los que tienen los mecanismos de control adecuados para salvaguardar la calidad en las publicaciones.

¿Qué es el “Cross Check”?

Los editores o directores de revistas son los más interesados en que los artículos que publican cumplan tanto las normas éticas como metodológicas. A los filtros existentes como es el propio criterio del editor y el de los revisores del artículo, se ha añadido otro filtro en vías de perfeccionamiento: el “*Cross Check*”.

El “*Cross Check*”, ha creado una base de datos que incluye textos de miles de revistas y que mediante un programa complejo, el “*Thenticate*”, verifica la originalidad del contenido de un artículo nuevo. Es decir, detecta si el nuevo texto contiene un porcentaje de coincidencias inferior al establecido en el programa, en cuyo caso es considerado original. Si la coincidencia es superior al límite programado, el texto debe ser analizado en mayor profundidad puesto que, presumiblemente, se trata de un plagio.

Cuando una revista detecta, por uno u otro procedimiento, alguna conducta antiética que considera grave, el editor, al margen de no publicar el artículo, deberá comunicarlo a instancias superiores al autor/es, como es el centro de trabajo del autor principal y las entidades colaboradoras o financiadoras. Los editores de las revistas también deberían comunicar, cuando consideran grave el fraude a la Organización Médica a la que pertenezca el médico autor, máxime si éste actuara por cuenta propia, sin financiación externa conocida ni centro de trabajo o de investigación que le dé soporte.

¿Qué es el “autor-fantasma”?

La Corte federal de USA en 2009 demostró que unos 1.500 artículos científicos y publicados en revistas médicas de impacto contenían mensajes promocionales escritos por redactores profesionales contratados por compañías farmacéuticas como “autores-fantasma”. El término “autor-fantasma” describe a profesionales que intervienen en el desarrollo del manuscrito pero sin firmarlo. La revista de oficial de “*European Medical Writers Association*”, “*The Write Stuff*”, recomienda separar la función de los autores de un estudio, de los redactores profesionales, señalando la necesidad de transparencia y su mención en el apartado de agradecimientos definiendo su labor. Que intervengan profesionales en la mejora de la presentación y redacción del artículo es lícito y no tiene porqué estar asociado a manipulación de contenidos ni es forzoso que aunque contratado por una empresa, esté al servicio de los intereses de mercado.

La labor de los redactores profesionales es recomendable para mejorar la comunicación del artículo y no pueden ser considerados como “autores-fantasma”. Lo que realmente debe evitarse y perseguirse son las malas conductas no tan solo de los redactores profesionales, sino también de editores y autores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Herranz G. Retracción de artículos en bioética: propuesta de un caso paradigmático. Cuad Bioet. 2011; XXII (2ª): 151-167.
2. Pérez-Pons JC, Cholvi M, Vilanova M. Publicaciones científicas: aspectos éticos o fraude?. Cartas al director. Nutrición Hospitalaria 2009; 24 (4): 512-513.
3. Matías-Guiu J, García-Ramos R Autores-fantasma, mejora en la comunicación de artículos y publicaciones médicas. Neurología. 2011;26 (5):257-26.
4. Sokal A. Más allá de las imposturas intelectuales. Barcelona. Paidós, 2008.

CAPÍTULO XX

DE LA PUBLICIDAD

*“Tenga cuidado con la lectura
de libros sobre salud.
Podría morir de una errata de imprenta”.*

Mark Twain

CAPÍTULO XX

DE LA PUBLICIDAD

Introducción

La publicidad relacionada con la actividad médica tiene tres finalidades principales:

1. Divulgar entre los ciudadanos aspectos médicos de interés general, para favorecer conductas saludables y de carácter preventivo; otras veces son indicaciones ante patologías que se presenten de forma epidémica para dirigir un mejor aprovechamiento de recursos y la atención médica más apropiada; en resumen cualquier tema médico puede ser explicado a la población general, con carácter informativo y formativo, en beneficio de los usuarios y de la economía sanitaria.
2. Hacer público o dar a conocer a los ciudadanos lo que un servicio médico ofrece y de que medios técnicos dispone.
3. La publicidad puede ser utilizada por los profesionales de la Medicina que prestan un determinado servicio, cuando a través de él pretenden obtener un legítimo beneficio económico. La publicidad puede ser el medio de explicar bien la naturaleza de este servicio, pero además, hacerlo atractivo, presentarlo como útil y convencer de que frente a otros servicios similares los supera en novedad, calidad y coste. Es decir, a igualdad de prestación, el de mayor calidad y mejor precio será el que despierte el interés del paciente-cliente potencial.

La asistencia sanitaria es un servicio a la sociedad y por tanto, el Servicio Nacional de Salud y los Servicios de Salud autonómicos tienen aprobada la “Cartera de Servicios” para que los usuarios conozcan las prestaciones de las que pueden disponer cuando están indicadas médicamente.

La administración realiza publicidad de sus prestaciones, pero sólo desde la perspectiva de dar a conocer los servicios a los que pueden optar los pacientes y usuarios. No procede aquí una publicidad comercial competitiva.

Cuando los servicios o prestaciones provienen de la medicina privada, individual o colectiva, además de la comunicación de los servicios que se ofrecen, aparece el segundo aspecto de la publicidad: llamar la atención de pacientes y usuarios sobre las ventajas que el servicio ofrecido tiene frente a otros, aparentemente similares.

Aquí estamos ya ante un componente comercial del acto médico que, siendo legítimo, debe ser lícito sometién dose rigurosamente a la exigencia ética y deontológica.

Publicidad y Códigos de Deontología

El ejercicio de la Medicina y la actividad médica han utilizado, desde siempre la publicidad, por eso en todos los Códigos de Deontología Médica, aparecía este capítulo con referencia expresa a la prudencia y discreción como virtudes que debían estar presentes en cualquier tipo de publicidad médica. La asistencia médica es una actividad, no idéntica a las actividades directamente mercantiles y comerciales, pero compatible con ser un medio de vida y de prosperidad para el profesional que dedicara a ella sus esfuerzos y horas de trabajo.

El artículo 65.1 del Código de Deontología Médica (CDM) hace constar que: *“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”.

La Comisión encargada en los Colegios Médicos de la salvaguarda de las normas deontológicas se llamaba “*Comisión de Deontología, Derecho Médico y Visado*”, ya que además de los aspectos puramente éticos, tenía también encomendada la revisión de los anuncios publicitarios de los médicos y dar el visto bueno respecto a las recomendaciones generales de prudencia y discreción. Una vez visado el anuncio publicitario o la placa anunciadora de la consulta, el médico procedía a insertarlo. Cuando las Comunidades Autónomas (CC. AA.) asumieron las competencias en comercio e industria y crearon un servicio de visado para anuncios publicitarios en general cuyo objetivo era detectar y no autorizar publicidad engañosa. El mismo control debían someterse los anuncios médicos que eran autorizados siguiendo el criterio principal de no tener un contenido engañoso.

Los profesionales de la Medicina que pasaban el trámite administrativo del visado comercial, fueron olvidando el trámite ante el colegio profesional, mucho más exigente desde el punto de vista ético de su contenido, prescindiendo del mismo, lo que hurtaba al colegio la oportunidad de pronunciarse sobre la adecuación del anuncio informativo o publicitario a las normas de Deontología.

Un requisito imprescindible de la publicidad médica es no abrir expectativas más allá de lo que el servicio ofrecido permita de forma médicamente rigurosa y seria. Este matiz solo pueden enjuiciarlo médicos familiarizados con la reflexión ética, lo que se cumplía en las Comisiones de Deontología, Derecho Médico y Visado. Al no pasar este trámite profesional alguna publicidad médica puede dejar mucho que desear en el aspecto ético.

Conclusión: Hacer pública la actividad profesional y destacar sus bondades es lícito y legítimo, siempre que se cumplan unos estrictos requisitos legales y éticos.

Cambios en la publicidad médica

Ya en el último cuarto del siglo XX la actividad médica experimentó unos cambios notables que influyeron en la publicidad de la actividad profesional entre ellos:

1. La irrupción en la Medicina de la llamada “*medicina satisfactiva*” y no curativa; que pretende mejorar la imagen estética de la persona para su satisfacción, lo que conlleva la sensación de mayor bienestar consigo mismo y con la propia imagen. Aunque la finalidad no sea curativa, se ha de aceptar que para los usuarios que se sienten insatisfechos con su imagen, su malestar psíquico puede justificar, médica y éticamente la intervención quirúrgica, u otros procedimientos, que modifiquen la estética de la persona aproximándola a la que desea.
2. La aparición de numerosos procedimientos, quirúrgicos o no, que inciden sobre el aspecto físico de la persona, mediante actuaciones y técnicas, cuya exigencia de formación, medios y coste no es la misma para todos. Esto ha llevado a que en estas actividades encontremos diferentes grupos de profesionales:
 - a) Las especialidades quirúrgicas Cirugía Plástica y Reparadora y Máxilo-facial, son muy exigentes en su formación, cuyo título en la primera capacita para todo tipo de cirugía estética en cualquier zona del cuerpo y en la segunda en actuaciones sobre la cara y maxilares. Es jurisprudencia respecto a la actividad profesional que “quién puede hacer lo más” puede también “hacer lo menos”, es cuestión de que se aprendan las técnicas y las apliquen correctamente, por ello estos especialistas pueden hacer también otros procedimientos más sencillos.
 - b) Los licenciados en Medicina que con su formación básica y titulaciones obtenidas en cursos, masters en “*dermocosmética*”, “*medicina estética*”, u otras denominaciones, aprenden técnicas y procedimientos, no quirúrgicos, pero invasivos (inyección de sustancias,

abrasión mecánica, liposucción, implante capilar, etc.), para las que su titulación en Medicina es suficiente.

- c) Un tercer grupo de muy discutible legalidad, como pueden ser personas con ciertos estudios o incluso sin ellos, que aprenden directamente las técnicas más simples de tratamientos estéticos y los aplican en los lugares más insólitos como salones de belleza, peluquerías o gabinetes privados más o menos dotados.
3. En una sociedad que rechaza la vejez y busca la juventud y la belleza como estereotipos de modelo, los ciudadanos (habitualmente pero no exclusivamente la mujer) recurren a la oferta de aquello que ofrece una mejora de su imagen. Ello abre un mercado potencial que se disputan los profesionales preparados para atender esta demanda. No cabe duda de que este tipo de servicios son terreno abonado para que la oferta informativa vaya, en su aspecto comercial, más allá de lo que se ofrece para los servicios médicos de otros dominios.
4. En cualquier especialidad médica, el profesional que ofrece sus servicios en la medicina privada, tiende a hacerlo destacando las tecnologías novedosas que haya incorporado al diagnóstico o tratamiento de las patologías que le son propias, o sus últimas titulaciones que demuestran su reconocimiento científico y preparación. Esto ocurre en la medicina individual y en la medicina asociativa como clínicas, centros médicos, hoteles-balnearios, etc., etc.
5. Un gran cambio ocurrido en la publicidad es la diversidad de medios a través de los cuales puede difundirse el mensaje publicitario. En Medicina se ha pasado de las simples placas y los anuncios periodísticos, en los que la preocupación se dirigía al contenido, tamaño y forma recomendándose que no contuvieran más que los títulos oficiales, la especialidad o actividad concreta que se practica, y la discreción en el tamaño y forma, a otros mucho más potentes y que llegan a mayor número de ciudadanos, como son la radio y la TV.

El artículo 65.7 del CDM de forma inequívoca indica que *“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”*.

Los anuncios radiofónicos tienen su propio formato, a veces son programas de divulgación, en que el médico informa, incluso atiende consultas, faceta en la que hay que extremar la prudencia. En la radio los oyentes aprenden y el médico se da a conocer a potenciales pacientes; similar formato hay en TV, reforzado por imagen. Estas oportunidades se deben manejar con seriedad y prudencia, los mensajes deben ser claros, sencillos y favorecer la salud, más que despertar preocupaciones injustificadas.

En los programas en los que se da acceso a los ciudadanos para solicitar del médico consejo e incluso demandando terapéuticas, el médico ha de ser extremadamente cauteloso y sus respuestas han de ser de carácter general y bajo ninguna circunstancias indicar opciones terapéuticas concretas.

6. En la publicidad e incluso en las sencillas placas anunciando la ubicación del médico, éste se anuncia con la palabra Doctor. Gonzalo Herranz, de reconocido prestigio en temas de ética opina que parece adecuado y conforme al uso popular de la lengua llamar doctor a los médicos con independencia de que hayan realizado o no la tesis doctoral. Sin embargo, no sería lo más adecuado y por tanto no recomendable que un licenciado en Medicina se anuncie como “Doctor en medicina”, porque esta expresión literal conlleva haber realizado unos requisitos que se requieren para la obtención de un grado académico que tiene un reconocimiento como investigador y una especial connotación científica.

Principios básicos de la publicidad médica

Hay unos principios básicos que todos los médicos han de cumplir en orden a la publicidad del ejercicio profesional. Estos serían:

A) *Exigencias legales*. El primer aspecto legal es una exigencia de mínimos que hay que cumplir. La publicidad no será falsa o engañosa. No pueden esgrimirse títulos que no se posean. No se prometerán resultados ni curaciones seguras. No se pedirán honorarios abusivos y desproporcionados, ni puede el profesional prestarse a ofrecer el acto médico como premio de concursos u ofertas que desacrediten la dignidad del acto médico y al propio médico.

B) *Exigencias éticas*. Dirigidas hacia la búsqueda de calidad en el comportamiento e imagen del médico en este delicado aspecto de su ejercicio profesional.

La publicidad médica tiene diversos aspectos a considerar, relacionados con la comunicación de servicios y prestaciones, logros científicos, etc. En resumen se pueden diferenciar los siguientes apartados:

1. La publicidad cumple una doble misión: De un lado beneficia al paciente y usuario que recibe información sobre servicios y prestaciones médicas de las que puede hacer uso. De otro, los médicos transmiten a los posibles pacientes-clientes la naturaleza de sus servicios, los medios que pone a su disposición y su propia preparación personal como garantía de calidad de los servicios que ofrece.
2. Cuando el médico comunica logros científicos, resultados de experiencias, etc., lo hará en los foros adecuados: publicaciones, congresos, reuniones científicas, conferencias, etc., donde se someten a la crítica científica. Sólo cuando estos avances están consolidados se incorporarán a la oferta asistencial, indicando su novedad, sus ventajas y/o bondades sobre lo anterior. El paciente o usuario debe distinguir

bien cuando un anuncio médico es un anuncio publicitario, para que pueda someterlo a su propia crítica.

El artículo 65.2 del CDM indica que *“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”*.

No es conforme a la deontología que cuando el médico haga publicidad sobre su cualificación, preparación, medios técnicos, etc., lo haga comparándose con otros profesionales o centros, destacando su posición de *“único”, “especial”, “diferente”,* etc., de los otros colegas.

3. Es inadecuado utilizar la publicidad para despertar en usuarios o pacientes necesidades e inquietudes que no tiene sobre su salud. El médico no puede prometer resultados de curación cierta o a plazo fijo. Tampoco puede ofrecer medios de curación extraordinarios, exclusivos o secretos. Hay un artículo del CDM el 65.5 que específicamente trata este tema recomendando que *“El médico no utilizará la publicidad para fomentar esperanzas engañosas de curación ni para promover falsas necesidades relacionadas con la salud”*.
4. En la publicidad, el médico no puede utilizar a pacientes agradecidos que proclamen sus bondades. La publicidad se ajustará en su forma, lugar, modo de hacerla, etc., etc. a la seriedad y credibilidad que merece el quehacer médico.
5. En programas de divulgación de conocimientos médicos generales a través de la radio o la TV, siempre debe transmitirse el mensaje de que la consulta médica debe ser personal y con presencia física, indicando a los pacientes y usuarios la conveniencia de la consulta si parece necesaria.

6. La publicidad será objetiva, prudente, veraz, y guiada por principios de discreción y prudencia. Son los mismos adjetivos que emplea el artículo 65.3 del CDM “*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*”.

Para llevar al terreno práctico estos conceptos se citarán algunos ejemplos:

- 1º) Programa de TV en el que se filmaba una intervención quirúrgica, caracterizada por ser una patología severa, que se presuntamente se beneficiaba de una técnica nueva y, a veces espectacular. Después se mostraban los resultados, siempre óptimos, con la consiguiente propaganda para el cirujano y su equipo médico, así como para el centro donde se practicaba (un centro privado de élite). No tardaron en alzarse voces contra este programa, por parte de Colegios de Médicos (Comisiones de Deontología médica) y profesionales médicos expertos en ética médica.

La discusión se plantea en los siguientes términos:

Argumento a favor: Se trata de un programa divulgativo de aspectos concretos de la Medicina; En este caso se difunden técnicas quirúrgicas, llevando al gran público el estado actual de la ciencia médica, como consecuencia tiene sentido e incluso es conveniente la divulgación a la ciudadanía de aspectos que pueden redundar en su beneficio. Además con estos programas se ayuda a incrementar la valoración social de la Medicina y por ende la de los médicos.

Argumentos en contra: La divulgación médica, debe guiarse por el beneficio para los pacientes y usuarios, por ello se elegirán temas de interés general, frecuentes e importantes, problemas de salud pública, sobre los que se den indicaciones para la identificación de síntomas, de tratamiento, prevención, hábitos saludables, etc. Un quirófano no es el lugar más

apropiado para la divulgación médica. No es adecuado introducir a los teleespectadores en un quirófano, que presencien lo que allí sucede, lo que se hace al paciente y con profusión de detalles. El quirófano es un lugar íntimo, privado, esterilizado y que, como en la práctica, debe quedar restringido únicamente a quienes participen directamente en la intervención que se realiza.

Su “misterio” y ritual debe seguir perteneciendo sólo a las partes implicadas, paciente y equipo médico e incluso en general al colectivo médico. Aunque en el programa se mantuviera anónima la identidad del paciente, el acto adquiere una publicidad que no es acorde con la seriedad que debe caracterizar el acto quirúrgico. El sensacionalismo con el que se ofrecían las técnicas es otro aspecto del programa contrario a la ética médica. No es adecuado trasladar al público, una imagen de la Medicina todopoderosa, con soluciones para todo, y para la que cualquier enfermedad tiene fácil resolución; no puede desproveerse a la Medicina de sus riesgos y dificultades, presentes hasta en los actos médicos más sencillos, y mucho más en los casos difíciles. Un agravante sería la búsqueda de publicidad personal o del centro a través de este procedimiento.

Tampoco sería razonable un programa en que se grabara en una consulta médica y se retransmitiera la anamnesis y exploración del paciente. El acto médico es personal, íntimo, confidencial y merece la más alta protección de la intimidad.

2º) Un programa de TV en el que el profesional médico muestra a pacientes con trastornos mentales, que han dado su consentimiento, para demostrar en la entrevista cuales son los síntomas de la depresión o la ansiedad, o los trastornos alimentarios.

Argumento a favor: Son cuadros frecuentes que hacen sufrir a los pacientes y es adecuado divulgar sus síntomas y la existencia de tratamientos que pueden remediarlos; así se ayuda a los pacientes.

Argumento en contra: Es contrario a la ética médica mostrar al paciente y que éste sea identificado públicamente. Se podría decir que es adulto, y que si accede a ir al programa lo hace voluntariamente y de acuerdo con su autonomía. No obstante:

- 1°. El consentimiento puede estar viciado en su origen ya que si el paciente padece un trastorno mental, éste puede afectar a la comprensión y a la libre voluntad del paciente, que no valore en su justa medida las consecuencias de su aparición en el programa (sería un consentimiento viciado y probablemente no válido jurídicamente),
- 2°. La influencia mediática que tiene hoy la TV para el público en general, hace que salir en la TV parezca un privilegio que difícilmente produzca el rechazo a esta oportunidad, por lo que el paciente puede, incluso sentirse privilegiado.

Entendemos que, en estos casos, es el médico el responsable de proteger al paciente. No es conforme a la ética llevar al paciente al programa y exponer su intimidad respecto a su estado de salud. Tampoco es ético, aprovechar la mejoría del paciente para la propia propaganda y la búsqueda de futuros pacientes-clientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gonzalo Herranz. Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica. Eunsa Ediciones de la Universidad de Navarra S.A. Pamplona. 2ª ed., 1993.
2. Gisbert Calabuig, J.A. Medicina Legal y Toxicología. Editor E. Villanueva. Masson. Barcelona 2004.

CAPÍTULO XXI

ECONOMÍA Y HONORARIOS

*“La buena medicina es aquella que
mejora el cuerpo y no asalta el bolsillo”.*

Anónimo

CAPÍTULO XXI

ECONOMÍA Y HONORARIOS

Introducción

Como definía el gran maestro de la Historia de la Medicina, D. Pedro Lain Entralgo, hablar de honorarios para el colectivo médico es cuanto menos incomodo y un tema vidrioso y en extremo delicado.

El Diccionario de la Real Academia Española (RAE) define “*honorario*” como: “*El estipendio o sueldo que se le da a una persona por su trabajo en un arte liberal.*” La Medicina es una de las artes liberales por antonomasia.

Aunque esta palabra “*honorario*” puede ser sustituida por otras similares por ejemplo: estipendio, retribución, paga, sueldo, tarifa, emolumento, salario, etc., el uso le ha dado más categoría a este vocablo, reservándolo principalmente para señalar la retribución a las profesiones liberales, es decir aquellas que se ejercen pública y libremente.

En alguna ocasión ciertos médicos han comentado que la medicina es un buen negocio, y en verdad puede llegar a serlo, cuando se mercantiliza uno de los oficios más nobles que ejerce un hombre con vocación de servicio a los demás.

Es de lamentar que existan galenos que probablemente han perdido la vocación y que han puesto su corazón en el dinero, como meta de sus aspiraciones, convirtiendo su servicio en mercancía que, además, se anuncian en los medios de comunicación con redacción de tipo comercial y sin pudor,

“ofreciendo curaciones casi milagrosas”. El prestigio del médico se gana a pulso, no necesita del anuncio publicitario, porque son las actitudes de servicio su mejor recomendación.

Percibir honorarios por el ejercicio profesional de la Medicina es éticamente válido y moralmente bueno, ya que todo trabajo puede y debe ser remunerado.

Revisión histórica de los honorarios

Desde los tiempos más primitivos en que el médico era un *“chaman”*, es decir a la vez sacerdote y brujo, recibía unas contraprestaciones por sus servicios, que dependían del resultado de sus tratamientos, de tal manera que cuando los resultados eran o se percibían como positivos se materializaban los pagos, pero si el resultado era o se consideraba negativo, no tan solo no se percibía honorario alguno, sino que a veces el médico era castigado, pudiéndose incluso jugar la cabeza en este ejercicio, según la importancia social del paciente.

Posteriormente los que ejercían la profesión de *“sanadores”* eran sacerdotes, sobre todo en civilizaciones de preponderancia religiosa. Eran mediadores para lo espiritual y lo físico entre *“el dios”* y el paciente. Sus honorarios llegaron a estar reglamentados y se dictaban normas (Código de Hammurabi) que regulaban las tarifas en concepto de honorarios según las acciones médicas realizadas.

En la Grecia Antigua la medicina tenía también un carácter divino pero comienza a *“humanizarse”*. Asclepio reconocido médico de aquel entonces era considerado como *“dios”*, pero su madre era una mujer terrenal. Varios de sus hijos también se dedicaron a la medicina, algunos de los cuales, como Higienya y Panacea, son nombrados en el conocido Juramento Hipocrático. Sus métodos de curación se consideraban efectos divinos duran-

te el sueño y suplicados por los pacientes en los templos. La gratuidad permitía el acceso a los pobres a los beneficios de la “*acción divina*” en pro de su salud. La retribución económica era considerada sacrílega. Pero los pacientes en agradecimiento podían colaborar en el sustento del templo u ofrecer exvotos, costumbre que incluso ha llegado hasta nuestros tiempos.

De manera progresiva la medicina se fue transformando en laica alejándose de los templos. La razón y el raciocinio comenzaron a primar en el ejercicio de la Medicina aunque de forma sencilla o elemental. Los médicos ofrecían sus servicios y cobraban por ello. Incluso en algunas ciudades se crearon esbozos de medicina socializada, en que los médicos debían colaborar con o sin su consentimiento.

Hipócrates en el Siglo V a. C. marcó la pauta en sus libros en el ejercicio de la Medicina durante siglos, estando sus principios al menos en parte hoy en día vigentes. Los médicos hipocráticos, los de su tiempo, hablan de honorarios como algo natural, y fijan pautas de cobro variable sin caer en excesos, teniendo en cuenta los recursos del paciente. Los médicos visitaban a los pacientes de forma gratuita cuando no tenían recursos. Sin embargo en el pensamiento hipocrático el médico en el ejercicio de la Medicina debe vivir de su trabajo aunque como está escrito no podían lucrarse en exceso con su arte.

Los médicos griegos prevalecieron e influyeron de forma significativa en la primitiva Roma, en la que los médicos sobresalientes y que adquirían fama, eran eximidos de pagar impuestos y de realizar servicio militar, y si eran escogidos por familias pudientes e importantes su trabajo era bien remunerado.

Con posterioridad el cristianismo imprimió un nuevo matiz en la acción médica, la de la filantropía. La de curar de manera desinteresada. Y así, monjes de muchas órdenes religiosas atendían enfermos y apestados de manera altruista.

En el siglo IX aparece la escuela médica de Salerno de influencia árabe en que la medicina se profesionaliza y se considera una ciencia con base científica, académica, con estudios, grado, reconocimiento social y oficial, y legalmente lucrativa. Esta escuela era exigente y elitista, llegando su influencia hasta tiempos de Napoleón.

En el siglo XII se fundan las escuelas de Bolonia y Montpellier, esta última de gran influencia hasta el Siglo XX en la Medicina europea. Santo Tomás de Aquino en la Suma Teológica sostiene, que *“tiene derecho a recibir una justa retribución todo aquel que preste unos servicios a los que no está en justicia obligado, con tal de que esta retribución sea moderada de acuerdo con las costumbres establecidas, proporcionada por el trabajo realizado y a la distinta condición de las personas beneficiadas”*.

En el Siglo XIII, en la escuela parisina de San Cosme y San Damián se oficializaron categorías, médicas y quirúrgicas, con escala salarial diferencial. El reconocimiento del nivel doctoral tenía además una repercusión económica en general bastante caprichosa y variable. En este mismo siglo se prohíbe a los sacerdotes ejercer la Medicina en los monasterios, probablemente por la aparición de algunos excesos y con posterioridad incluso se les impide estudiar ciencias médicas.

La actividad del ejercicio de la Medicina ya alejada de los ambientes religiosos, condiciona que vaya desapareciendo la gratuidad y el altruismo. El espíritu religioso, con sus ventajas y sus inconvenientes, fue sustituido por la crítica y la observación científica. Así en el siglo XIV y XV con el resurgir de la industria y el comercio, la preocupación por las finanzas influyó en todo el mundo y los médicos no se libraron de esa influencia.

La medicina se hizo definitivamente una profesión con posibilidades de llegar a ser muy lucrativa. A veces este aspecto centraba en demasía la actividad médica siendo frecuente y casi obligada la fijación previa de honorarios. Así Voltaire y Descartes reflejaron en sus escritos esta excesiva mercantilización de la profesión indicando la imposibilidad de ser atendi-

do “*sin tener un cuarto*” o la probabilidad de honores y enriquecimiento de quien ejercía la jurisprudencia o la medicina.

En el siglo XIX el socialismo en muchos países procuró la asistencia médica gratuita. Pero en general el médico mantenía en ejercicio de la profesión de forma liberal, siendo al mismo tiempo muy respetado socialmente, con ingresos aceptables e incluso algunos pocos enriqueciéndose.

En el siglo XX se produjeron grandes avances en la medicina, científicos y tecnológicos, que han influido de manera decisiva en las formas de ejercerla. La necesaria aparición de estructuras sanitarias capaces de tener los costosos medios diagnósticos y terapéuticos, ha condicionado la primacía incontestable del ejercicio socializado de la Medicina, aunque compaginándolo con el ejercicio mutual y privado.

El estado asume en España la responsabilidad de otorgar asistencia sanitaria universal y de calidad, en que el médico es un profesional asalariado, sin libertad para fijar honorarios. La relación se socializa e incluso algunos opinan que se humaniza más al desaparecer la percepción de honorarios por acto médico. En el ejercicio privado, el paciente escoge su médico, que en el ejercicio liberal fija sus honorarios, en función de la dificultad y complejidad del acto médico, de la condición económica del paciente y de la idoneidad y cualificación de quien lo ejecuta.

En el ánimo de hacer un recuerdo romántico a la historia reciente, el Dr. Marañón decía: “*La medicina no debe ser jamás objeto de lucro. Todo médico que sacrifica su ética al dinero es un médico malo, más que un inmoral, en un sentido profesional y profundo, sin vocación, cualquiera sea la causa que justifique su fechoría*”.

Los incentivos en el ejercicio de la medicina

a) ¿Qué son incentivos?

El Diccionario de la Real Academia Española define el incentivo como “*estimulo que se ofrece a una persona, grupo o sector de la economía con el fin de elevar la producción y mejorar los rendimientos*”. Hay dos cosas que no dice que 1º) el estímulo tenga que ser siempre económico, 2º) se ofrece para ahorrar dinero.

Además de la dimensión socioeconómica, los incentivos tienen otra estrictamente ética, que es preciso definir. Los incentivos pueden ser económicamente adecuados y moralmente criticables y viceversa. El incentivo ¿es un regalo o una prestación en justicia? Puede ser ambas cosas y de hecho se usa en las dos. El problema es que a veces se hace pasar por regalo lo que es de justicia y viceversa.

b) ¿Son lícitos los incentivos en medicina?

El problema ético de los incentivos está relacionado con la dificultad para definir con precisión la actividad del profesional sanitario y concretamente del médico *¿Se trata de una actividad comercial como cualquier otra, sujeta a las reglas del libre mercado?* Siempre se ha dicho que no. Pero entonces *¿Qué es?* En economía lo opuesto al libre mercado es el monopolio. De todos es conocido que el mayor monopolio es el Estado. La diferencia con los monopolios tradicionales está en que el profesional no es el empresario, sino el trabajador, el asalariado. Pero no es del todo así, porque la mayoría de médicos tienen la condición de “*personal estatutario*”, lo que significa que no son trabajadores ni empresarios, *¿Qué son?* Se dice que profesionales. *¿Qué es un profesional?* Desde el punto de vista económico alguien que no busca el lucro personal en su actividad, La ética de los profesionales tiene reglas muy especiales distintas de lo que se ha denominado “*moralidad común*”. Del profesional se espera que esté disponible a cualquier hora, que busque el mayor beneficio para la persona a la que trate, que guarde secreto de sus actuaciones etc.

Cuando se dice que el profesional no tiene ánimo de lucro, se contraponen a otras actividades con ánimo de lucro y que se denominan “*instrumentales*”. El valor “*instrumental*” por antonomasia es el económico, la moneda en si misma no tiene valor “*intrínseco*”, solo tiene valor de cambio, es decir valor “*instrumental*”. Sin embargo, los valores “*intrínsecos*” no tienen precio “*la salud no tiene precio*”, es la característica propia de los valores “*intrínsecos*”, que no son moneda de cambio. Antonio Machado escribió que “*todo necio confunde valor (intrínseco) con precio (instrumental)*”.

Por eso de los profesionales se espera que no actúen por ánimo de lucro, que su objetivo directo no sea el lucro, sino la gestión de los valores “*intrínsecos*” que tengan encomendados, como ejemplos muy evidentes la justicia en el juez, la salud en el médico. Por lo tanto ¿*Quién es un buen profesional?*. Con independencia de la absoluta necesidad de la competencia fruto de la formación, el buen profesional es el que gestiona bien los valores “*instrumentales*” propios de su trabajo y ponerlos al servicio de los valores “*intrínsecos*”.

La medicina se mueve pues en una ambigüedad insuperable, trata con valores que no tienen precio pero lo tienen los instrumentos que utiliza para la protección de esos valores. La ética trata de promover la gestión adecuada de los valores “*intrínsecos*”. La economía busca la mayor eficiencia en la gestión de los valores “*instrumentales*”. Las instituciones sanitarias manejadas como empresas con ánimo de lucro, estarían al servicio preferente de puros valores “*instrumentales*” es lo que se denominó “*Hard Managed Care*” en contraposición al denominado “*Soft Managed Care*” que hace que los incentivos que son “*instrumentales*” han de estar al servicio de los valores “*intrínsecos*” y no al revés. En todo este dilema hay que actuar con prudencia teniendo presente ambos valores, aunque para el médico claramente deben prevalecer los valores “*intrínsecos*”.

De especial relevancia por lo controvertido del tema es el capítulo de los incentivos salariales a los médicos ligados a la prescripción farmacéutica. Desgraciadamente desde el comienzo de la crisis en España, un notable

número de familias han visto mermadas la calidad y cantidad del trabajo, lo cual implica la pérdida de bienestar y calidad de vida al afectarse prestaciones básicas: salud, educación, alimentación y vivienda.

Por un lado, pocas veces ha habido tantos problemas de falta de recursos y por el otro nunca fue tan acentuada la relación de dependencia económica del médico con respecto a la administración. Por ello, los recortes en sanidad y el escaso peso en nuestro país del ejercicio libre de la profesión así como el cuestionar la figura del “*funcionario*” (se ha olvidado que esta figura surge para defender los intereses de los administrados con respecto al poder político de turno) llevan a una mayor vulnerabilidad de la figura del médico que se hace manipulable al depender de un salario que le otorga el proveedor del servicio sanitario (público o privado) y en el que prácticamente no interviene ni el médico ni el paciente.

Cuando es la Administración la que propone incentivos al ahorro farmacéutico, o actúa de manera punitiva sobre los médicos que prescriben determinados fármacos, se produce en la mayoría de las ocasiones una doble moral por parte de la Administración que es capaz de aprobar e incluir en su catálogo de productos financiados una serie de fármacos, que posteriormente los considera como «*de baja utilidad terapéutica*» o de «*no-vedades terapéuticas*» que aportan poco a las existentes de menor precio, incentivando en ocasiones a aquellos médicos que no los utilizan o bien castigando a aquellos que los recetan.

Los incentivos directos a la prescripción – positivos o negativos- son también contrarios a la ética cuando proceden de los gestores del centro sanitario, siendo especialmente reprobables si fueran promovidos por profesionales obligados a observar las normas de la Deontología Médica. Es indudable que ante dos productos iguales en cuanto a su eficacia el deber del médico es recetar el más económico por razones de justicia distributiva. Aceptar la incentivación económica para lo que es un deber se debería de considerar cuando menos inadecuado e introducir criterios de beneficio para el médico parece peligroso.

De todos modos, se habla de la salud como un bien social y no como un bien de consumo, que es como, se la concibe desde la ética de los negocios. Bien social significa lo que se le debe a todo ser humano por el sólo hecho de serlo. La salud percibida como derecho fundamental constituye un bien colectivo que las autoridades públicas y sus instituciones deben proteger de manera activa. Es incompatible con la deontología médica solicitar o aceptar contraprestaciones a cambio de prescribir un medicamento o utilizar un producto sanitario. Este principio ético fundamental no admite excepciones enmascaradas en supuestos estudios de investigación, por ejemplo de farmacovigilancia, que inducen a realizar unas determinadas prescripciones.

Este criterio debe contribuir también a la reflexión, tanto del médico individual como de los grupos de médicos, a la hora de establecer acuerdos de colaboración con la industria sanitaria para facilitar la asistencia a congresos, actividades formativas o cualquier otro tipo de ayuda. Actualmente la administración sanitaria en España dedica escasos recursos a la formación continuada de los médicos, y deja en manos de la industria farmacéutica gran parte de su financiación.

En esta situación, y teniendo en cuenta los salarios que reciben los médicos en España, se comprende que sean muchos los médicos que, para acceder a la necesaria actualización profesional, recurran a la ayuda de la industria, sin la que los congresos médicos serían inviables. Por estas razones y mientras no se modifique tal situación, es recomendable que los médicos se asesoren a través de las Comisiones de Deontología de los Colegios de Médicos antes de fijar sus relaciones con la industria farmacéutica y sanitaria.

Algunas sociedades científicas e instituciones médicas recomiendan a sus miembros el indicar registros de colaboraciones y declaraciones voluntarias de intereses, lo que resulta ejemplar de cara a promover la transparencia en cuanto criterio ético fundamental en las relaciones de los médicos con la industria farmacéutica y sanitaria.

Los médicos con responsabilidades en la dirección y gestión relacionada con la adquisición de suministros sanitarios tienen un deber deontológico de ejemplaridad que rebasa el nivel mínimo que exige la norma legal, tanto ante los médicos y el personal de su institución como ante los usuarios.

La Comisión Central de Deontología (CCD) insta a los responsables de la formación médica, en especial de los estudiantes de Medicina, para que en las Facultades se introduzca, ya desde los primeros años de la licenciatura, la formación en estos valores éticos. En los últimos cursos en la mayoría de las facultades de Medicina de nuestro País, la asignatura de bioética y comunicación que generalmente se ofrecía como optativa, ha pasado a troncal y por tanto a obligatoria.

Economía global

La economía de la medicina debe ser una economía basada en la evidencia, como la propia medicina defiende para sí misma. Donde toda acción se base en el conocimiento científicamente demostrado. Donde de las diversas hipótesis planteadas, se busque y escoja la que muestre la mejor evidencia empírica, contrastada en el estudio y el ensayo y se aplique para una mejor realidad tanto de eficacia como económica. La economía es fundamental en el planteamiento global e individual de la salud en todo el mundo.

La economía inevitablemente se relaciona con la medicina, dada la universalidad de su requerimiento, la búsqueda de la mejor atención al menor coste y la obligada coexistencia de un sistema sanitario digno y de la observación de los derechos que asisten a pacientes y profesionales. El enorme coste económico que conlleva, la influencia de la industria farmacéutica en sentido de servicio pero también de posible especulación de intereses, hacen que pueda ser cuestionable el conjunto del sistema y la búsqueda de los mejores fines teniendo en cuenta los medios en un marco de observancia ética y deontológica. El médico en muchas ocasiones de forma inconsciente

es correa de transmisión de un sistema de negocio sanitario. Conviene que se sea absolutamente consciente de ello para realizar crítica constante de su actuación y de los gastos que su ejercicio conlleva. Organizaciones internacionales de salud marcan pautas de actuación, ordenan campañas sanitarias que suponen costes tremendos y no siempre con acierto y justificación. Hay que estar atentos a los intereses del poder económico.

Código de Deontología Médica (CDM)

Estudio y comentario sobre el **artículo 66 del CDM: “Economía y honorarios”**, comentando brevemente cada uno de sus 8 puntos:

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

La justicia, la equidad y la moderación deben presidir todos los aspectos económicos de la práctica de la medicina: No solo los honorarios y los salarios, sino también los gastos y las inversiones. El acto médico tiene como fin primordial la búsqueda del beneficio del paciente. El médico hará todo y solo lo que objetivamente está indicado para tratar con competencia a su paciente. La ética de la indicación diagnóstica o terapéutica prohíbe el despilfarro, el afán de lucro, o la medicina defensiva.

El médico está obligado a prestar a todos sus pacientes una atención humana y competente, sin rebajar la calidad ni la intensidad según los casos y personas. El montante de sus honorarios puede ser diferente según la posición económica de sus pacientes. El médico no puede variar el tratamiento médico o quirúrgico en su calidad, dependiendo de condicionantes económicos. Hay una cierta obligación moral de atender a pacientes en condición de insolvencia. El médico tampoco podrá derivar pacientes de trabajo por cuenta ajena o servicio público a su consulta particular u otras con intereses inadecuados propios o ajenos.

2. “El ejercicio de la medicina es el medio de vida del médico y este tiene derecho a ser remunerado de acuerdo con la importancia y las circunstancias del servicio que presta y la propia competencia y cualificación profesional”

La fijación y percepción de los honorarios profesionales forman parte del acto médico. La nota de honorarios hace referencia fundamentalmente al trabajo intelectual y la responsabilidad moral asumida por el médico. En realidad, todo acto médico queda al margen de cualquier tasación económica. El acto médico en sí no tiene precio. Al médico en realidad se le trata de compensar con honorarios, para su digna subsistencia.

Los honorarios en realidad deben ocupar un lugar secundario en la relación médico-paciente, pero no dejan de ser un importante aspecto. El médico debe dar a conocer e informar al paciente cuando este se lo pregunte el montante de sus honorarios. Deberá concretar como le serán abonados y tratar personalmente este aspecto con los pacientes que así lo soliciten.

Una actuación deontológicamente correcta a la hora de fijar los honorarios deberá tener en cuenta los servicios prestados, dificultad, condición del paciente y circunstancias. Complejidad, habilidad necesaria, riesgos, tiempos y otros factores que puedan ser influyentes. La cuantía de cobro de un médico hace una selección espontánea de su clientela, pero esto no debería ser absolutamente excluyente. El médico deberá estar dispuesto a atender pacientes que por su condición profesional exijan su atención en el aspecto clínico a resolver por su especial cualificación en un determinado tema. El buen médico deberá seguir prestando asistencia aunque el paciente no pueda pagarla de inmediato. Deberá dar las facilidades oportunas al paciente en su mejor conciencia.

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”

La actitud deontológica con respecto de los honorarios debe ser digna, tener en cuenta su cuantía, evitar la dicotomía y nunca podrá ser presentada por un acto médico no realizado. La mesura y el tacto, las formas correctas en todas circunstancias deben rodear a la presentación de honorarios, al mismo tiempo que la sencillez y la naturalidad. Alejar la conducta de las formas de negocios. El médico incluso debe ser tolerante ante un paciente que se olvide de sus honorarios y esperar el momento adecuado para tratar el tema sin por ello dejar de atenderle adecuadamente.

Los estatutos generales de la Organización Médica Colegial (OMC) recogían como una posibilidad la de que los colegios pudieran encargarse en ocasiones de facilitar o tramitar el cobro de honorarios. Ello no ha dejado de ser mas que un mero proyecto. Quizás fuera plausible para casos de dificultad por circunstancias especiales en el cobro, pero también para evitar abusos o falta de seriedad.

En el aspecto de su cuantía, la moderación en los honorarios no es tan solo una exigencia ética, sino también estatutaria, siendo el abuso tanto al alta como a la baja susceptible de apercibimiento por falta tipificada. En caso de exceso por descuido o ante reclamación, el médico deberá revisar su cuantía y tomar la decisión más razonable. También es importante ajustarse a unos mínimos en defensa de decoro profesional y valor social reconocido del trabajo profesional del médico. Es mejor ir al todo o nada en el cobro de honorarios antes que valorarse de forma indigna. Y cobrar lo debido o no cobrar, por atención, parentesco o solidaridad, siendo en todo caso invariable la calidad y el interés del ejercicio profesional en cualquiera de los casos y mostrando absoluto respeto al paciente en el asunto de presentación de los honorarios finales.

La fijación de honorarios mínimos recae en las responsabilidades que debe asumir la corporación colegial, así como la fijación de baremos. Todo ello por el interés general de la colegiación, ayudando en la conducta ética en este aspecto económico.

Deberá evitarse siempre la dicotomía, es inadmisibles la partición oculta de honorarios. Cada médico debe presentar su propia cuenta de honorarios, y en ningún caso la suma de acciones los debe multiplicar, aumentar las prescripciones o los procedimientos diagnósticos o terapéuticos. De esta manera el paciente pasaría a ser un elemento puramente de interés económico, en perjuicio y no tan solo económico de los pacientes.

Por último, plantear que es ridículo e inadmisibles cobrar honorarios ficticios, además de ser éticamente reprochable y legalmente punible. No ha lugar a comentar este aspecto. Jamás será justificable cobrar por acto no realizado, simplemente no hay derecho, luego siempre será un abuso y una falta de vergüenza.

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 dependen”

Hay que tener en cuenta que se hace una reseña en defensa de la tradición o costumbre pero sin tonos de exigencia u obligado cumplimiento, lo que no es posible hoy día. Casi es un “guiño” a esa “romántica” costumbre de los tiempos de tradición hipocrática en el libre ejercicio de la medicina, tratando no de generalizar un ánimo corporativista de beneficio sino de atención o detalle personal. El sentido común deberá fijar en el ejercicio real la actitud correcta en cada caso de relación entre compañeros, en su posición de nuevos actores al relacionarse como profesional y como paciente.

Recordamos aquí lo referido en el epígrafe anterior respeto de la ley de actuación del todo o el nada por atención, parentesco o solidaridad. Óbrese en conciencia.

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”

La dignidad de los honorarios ya ha sido previamente recordada, así como la estimación de su cuantía en base a diferentes factores. El profesional que asume como consecuencia de su cargo y responsabilidad la posibilidad de influir en el cobro de honorarios, y en general en su fijación, deberá considerar las reglas explicadas anteriormente. No puede originar abuso o descredito, o infravaloración del servicio ni de la cualificación de los profesionales en base al nivel de honorarios. Se recuerda que el médico cobra con carácter de honorario no por tasa específica por acto médico.

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”

Hay en los estatutos generales de la OMC suficientes argumentos que condenan las posibles formas de comerciar que pueden tentar al médico, con beneficios en prescripciones, fármacos, productos o especialidades, y acepten remuneraciones o beneficios directos o indirectos en cualquier forma.

7. “Queda prohibida la venta directa a pacientes de fármacos o cualquier otro producto con finalidad terapéutica”

En ningún caso se podrá obtener beneficio comercial de lo que el propio médico receta. Circunstancias especiales como es el caso de pequeños núcleos rurales o alejados y aislados tiene su propia y clara normativa sobre el funcionamiento y dotación de botiquines.

8. “Las reclamaciones y litigios podrán someterse a la mediación de los Colegios”

El Colegio podrá actuar como árbitro en las denuncias y reclamaciones sobre honorarios que le sean presentadas. Deberá estudiar la relación económica de los médicos con sus pacientes, pudiendo requerir y corregir disciplinariamente.

Por desgracia, existen casos reprobables de abusos de honorarios, o de reiteración de consultas y visitas médicas. El Colegio deberá corregir esos abusos si los hay, fijando la mejor política de contención de gasto, que es la eliminación de todo gasto superfluo.

BIBLIOGRAFÍA

1. El gran negocio de la Medicina. www.Taringa.net.
2. El negocio de la Salud. Javier Akerman. Taringa.net
3. Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica. Herranz G. Ediciones Universidad de Navarra S. A. Pamplona 1993.
4. Ética de los incentivos a profesionales sanitarios: Fundación de Ciencias de la Salud y FFOMC: Directores Gracia G, Rodríguez Sendin JJ. 2009.
5. Tesis Doctoral: Eliseo Collazo. Córdoba. 2010.
6. Manzini JL. Los fines de la medicina. En: *Bioética Paliativa*. La Plata: Quirón; 1997: 34.
7. Gracia D. ¿Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 1990; 108(5-6): 570-585.
8. Bigorra J, Carné X. Uso racional de los medicamentos. Aspectos éticos. Fundación Victor Grifols y Lucas. Ediciones Doyma S. L. Barcelona 2001.

DISPOSICIÓN ADICIONAL

*“La medicina es la ciencia
de la incertidumbre
y el arte de la probabilidad”.*

W. Osler

DISPOSICIÓN ADICIONAL

Introducción

La Disposición Adicional del Código de Deontología Médica (CDM) indica claramente dos situaciones concretas:

1. A partir de la aprobación del CDM en julio 2011, será éste el que se tiene que tomar como referencia para cumplir con el deber deontológico. Además es el obligado referente para la valoración de los expedientes que se tramiten cuando los hechos hayan ocurrido a partir de esa fecha.
2. La Comisión Central de Deontología (CCD) elabora documentos de naturaleza deontológica que precisen por las circunstancias que fuere un desarrollo y/o actualización; a estos documentos se les denomina **Declaraciones**. Se inician y se resuelven por acuerdo expreso de la CCD y una vez aprobadas por la Asamblea General de la OMC, constituyen normas de igual rango a las contenidas en el CDM. Cualquier declaración que haya sido elaborada con fecha anterior a la publicación de este Código y que queda sin efecto cualquiera que pudieran oponerse a alguno de sus artículos.

Declaraciones

Las declaraciones realizadas por la CCD se pueden obtener en la página Web de la OMC (www.cgcom.es) en el apartado de Ética y Deontología. Entre otras:

- La de Mayo del 2007 sobre “Disminución de las retribuciones económicas correspondientes a la productividad por cumplimiento de objetivos”.
- La de Octubre del 2009 sobre Objeción de conciencia”.
- La de Mayo de 2010 sobre “El consentimiento informado en la práctica médica”.

A título de ejemplo incluimos dos de las últimas declaraciones de la OMC. En estas declaraciones el Código de Deontología Médica (CDM) vigente era el del año 1999.

a) “CÓMO DAR BIEN LAS MALAS NOTICIAS”

Documento elaborado por la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial y aprobado por unanimidad el 25 de Septiembre del 2010 por la Asamblea General de la Organización Médica Colegial.

Introducción

La comunicación es una herramienta terapéutica esencial de la relación médico–paciente, que contribuye al respeto de la autonomía y promueve su participación en el propio cuidado.

El artículo 10 del Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial (OMC), de obligado cumplimiento para todos los médicos colegiados, también recoge aspectos sobre la información

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

Además, la información al paciente es un derecho reconocido desde la promulgación de la *“Ley General de Sanidad”* (1986) y ratificado por la *“Ley Básica Reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica”*. (2002), en cuyo artículo 4º se establece lo siguiente:

“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 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.”

Sin embargo, cuando la enfermedad no tiene tratamiento curativo, y especialmente cuando la muerte está cercana, la comunicación se hace más compleja debido al impacto emocional que el acto en sí provoca en el enfermo, sus familiares y el propio médico. En nuestra cultura latina es frecuente que, ante la situación de gravedad de un ser querido, los familiares intenten ocultar información al paciente con la loable intención de evitarle un sufrimiento añadido.

Con este documento se pretende promover la buena praxis médica mediante una serie de recomendaciones acerca de la adecuada forma de comunicar las malas noticias.

Recomendaciones para dar bien las malas noticias

1. Dar malas noticias es un acto médico y al mismo tiempo un arte que debe ser aprendido, para el que no existen fórmulas ni protocolos rígidos. Cada médico tiene su propio estilo.
2. El proceso de informar ha de ser individualizado. Es imprescindible que se adapte a las características y valores del paciente, teniendo en cuenta a los familiares y el contexto en el que se realiza la comunicación.
3. El médico debe conocer bien la enfermedad, la personalidad del enfermo y sus circunstancias. Es necesario ofrecer la información equilibrando veracidad y delicadeza.
4. Es muy conveniente conocer la información que ha recibido el paciente con anterioridad y averiguar lo que quiere saber. Los matices se pueden obtener tanto del propio enfermo como de sus familiares u otros profesionales que lo hayan atendido previamente.
5. Se debe valorar cuánta información puede asumir el paciente y su adaptación psicológica a la enfermedad. Cuando sea necesario se consultará la opinión de otros profesionales.
6. Hay que dar información cuando el enfermo nos la solicite, pero si se estima que el momento no es oportuno, habrá que decirle que reanudaremos la conversación en cuanto sea posible.
7. A la hora de informar conviene establecer un ambiente adecuado, sin prisas ni interrupciones, con la debida privacidad donde enfermo y familiares puedan expresar libremente sus emociones.
8. En el proceso de comunicación es preciso evitar los tecnicismos que el enfermo y familiares no puedan comprender.

9. Es esencial manejar bien los silencios y la comunicación no verbal. En la conversación con el enfermo es conveniente hacer pausas para facilitar que se pueda expresar.
10. En ocasiones las circunstancias del paciente hacen recomendable dosificar la información sobre diagnóstico y pronóstico para que se pueda adaptar de forma progresiva a su nueva realidad. Lo que nunca es justificable es la mentira.
11. Hay dos situaciones excepcionales en las que el médico está legitimado para no dar información: cuando el enfermo expresa su deseo de no ser informado y cuando hay una sospecha bien fundada de que la información puede perjudicarlo. Es preciso justificar estas excepciones haciéndolo constar en la historia clínica.
12. Aunque es inevitable establecer pronósticos sobre expectativas de vida hay que evitar que sean demasiado taxativos.
13. Se debe procurar dejar una puerta abierta a la esperanza incluso en las personas que tienen un pronóstico de vida muy limitado.
14. La información que el paciente va recibiendo y su grado de comprensión debe constar en la historia clínica, informes de alta, etc.
15. Conviene estar atento a la reacción psicológica después de dar las malas noticias. Es posible que el paciente se muestre perplejo, hostil o dubitativo, incluso que olvide o niegue la información; también puede precisar que se le aclare algún término.
16. La relación médico-paciente queda muy reforzada cuando la información ha sido adecuada. Conviene mantenerse tan cercano al paciente como se pueda y transmitirle nuestro compromiso de ayuda a él y a sus familiares durante todo el proceso.

17. Es preciso recordar que también debemos ser igual de delicados al transmitir la información a los familiares.
18. Ante la negativa familiar a que informemos al enfermo debemos recordar que nuestra obligación ética y profesional es con el enfermo y no con la familia. No obstante, es obligado hacer un esfuerzo de comunicación con los familiares para implicarles en la información al paciente.
19. No hay que informar al enfermo de su diagnóstico y pronóstico exclusivamente porque nos obliga la Ley, sino porque es un compromiso profesional, ético y humano del médico.

Documento elaborado por la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial y aprobado por unanimidad el 25 de septiembre de 2010 por la Asamblea General de la Organización Médica Colegial.

b) LA ACTUACIÓN DE LOS MÉDICOS EN RELACIÓN A LOS ACOMPAÑANTES DE LAS PERSONAS INGRESADAS EN CENTROS HOSPITALARIOS

La Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en sesión celebrada el día 29 de mayo de 2010, adoptó el acuerdo de aprobar la Declaración elaborada por la Comisión Central de Deontología.

Introducción

1. Las instituciones sanitarias establecen sus normas de comportamiento según sus valores, principios y objetivos. Estas normas afectan a pacientes, médicos, otros profesionales, acompañantes de los pacientes y, en consecuencia, a las relaciones entre ellos, las cuales pueden discurrir por cauces muy diversos, pudiendo verse afectadas por múltiples factores.

2. Cuando en una familia un miembro padece una enfermedad crónica es la familia la que pasa a ser la cuidadora principal del paciente, sobre todo si el paciente está en las edades extremas de la vida. Tanto la persona cuidadora como los demás miembros de la familia son la principal fuente de apoyo emocional y social del paciente y quienes le pueden ayudar en la enfermedad. Esto conlleva un desgaste que puede suponer que se desencadenen situaciones de conflicto y a veces de enfermedad de otros miembros de la familia.
3. Cada individuo o grupos de individuos al comportarse moralmente se guían por determinados valores, principios y normas de conducta. Los valores son pautas y guías de nuestra conducta y son inseparables de la ética. El médico muchas veces tiene que hacer de mediador entre la familia y el sistema sanitario, estando obligado por su propia ética y responsabilidad, así como por exigencia de la Ley, a desarrollar una práctica clínica adecuada y responsable, siempre ejemplar.

Planteamiento de la cuestión

4. La ética médica en sentido ordinario trata de los problemas relacionados con valores que surgen de la relación entre médico y paciente. Estos principios éticos se han hecho más profundos y se han extendido a toda una gama de valores que van más allá de la relación entre médico y paciente, abarcando también la relación entre el médico y la comunidad (entorno del paciente) y la relación recíproca médico-enfermo familiares-comunidad. Las relaciones entre el médico y el paciente y entre el médico y los familiares del paciente constituyen una parte importante de los complicados problemas de la ética médica.
5. En su labor diaria el médico se debate en el problema ético del cumplimiento de las normas sociales y de las necesidades individuales. Su deber como médico es tratar al enfermo para devolverlo a la sociedad. En esa lucha diaria interviene la comunicación como eslabón fundamental en la relación médico-paciente. Del modo cómo se lleve a cabo

esta comunicación dependerá el éxito o no de la labor médica, ya que la comunicación cuando es la adecuada adquiere valor terapéutico y su connotación es aún mayor cuando intervienen los familiares.

6. Lo complejo de esta relación radica a veces en la forma y las vías de comunicación con el enfermo y los familiares. En la medida en que los familiares tengan una mayor y mejor comprensión del problema, mejores serán las relaciones del conjunto médico-enfermo-familiares.
7. Cuando las cuestiones son graves y afectan a la vida de las personas, como con frecuencia sucede en la medicina, es preciso dedicar todo el tiempo necesario para la explicación de los problemas que atañen al enfermo y que implican una valoración por parte de la familia. De esta interrelación depende en muchos casos la evolución de la enfermedad en el paciente, y de la comprensión familiar su más pronta recuperación. Una información médica adecuada, como base de una armoniosa comunicación con los familiares del paciente, ayudará mucho en el desarrollo de la labor médica.
8. En la mayoría de los casos los médicos nos enfrentamos con dos obligaciones: darle al paciente la autonomía que merece en la medida de sus posibilidades y brindarle la información más correcta y adecuada posible a los familiares. La aplicación de estas reglas nunca debe ser rutinaria.
9. Los familiares reaccionan a su manera ante la enfermedad. Una percepción inadecuada de la situación, o una reacción anómala o patológica a ella, dificulta más la realización de los procedimientos terapéuticos y de rehabilitación y reduce la eficacia de la intervención. El médico ejerce una gran influencia en las actitudes y las reacciones personales de los familiares respecto a la enfermedad.
10. Desde el inicio del proceso asistencial, a través de las informaciones que el médico transmite sobre el estado del paciente, comienza un

complicado proceso en el que los familiares tienen que llegar a una comprensión adecuada y completa de la situación actual y futura. Al principio las dudas serán muy importantes por el desconocimiento del tema y el estrés que origina la enfermedad de un familiar cercano.

11. En el proceso de comunicación a los familiares influye el nivel de formación del individuo que recibe la información, sus creencias, su cultura y su capacidad intelectual. También influye el número de familiares presentes puesto que la información puede ser brindada a todos ó a uno sólo y de éste a los demás. Cuando el médico informa al familiar el diagnóstico del paciente puede determinar qué elementos son los adecuados para el familiar con el que está hablando. Hay informaciones que no sólo no son necesarias sino que pueden resultar hasta indeseables. Por todo ello, en caso de conflicto, es muy importante identificar al familiar o cuidador responsable.
12. Si el familiar que recibe la información no es idóneo por sus características personales estaríamos adentrándonos en otro problema, ya que si no interpreta bien ó no tiene la capacidad necesaria para asimilarla surgen otras dificultades que van complicando el proceso. El médico siempre debe tener presente que, en la mayoría de los casos, los problemas éticos en la relación con los familiares de los pacientes surgen como consecuencia de errores en la comunicación–información.
13. La información a la familia de los pacientes debe cumplir los principios de la ética médica. Los interrogantes familiares derivan de su desconocimiento sobre la materia y del interés por ver sano a su familiar, pero son el motor que rigen su conducta. Por eso el cumplimiento de los principios de la ética médica es un factor que contribuye al buen desarrollo de la relación médico-paciente-familia.
14. En ocasiones, el familiar o acompañante del paciente es médico, lo cual puede facilitar algunos aspectos de la comunicación pero ha-

cer problemáticas ciertas actuaciones. Ello dependerá de su forma de ser, sentimiento de obligación, responsabilidad o protagonismo y de su propio conocimiento del proceso por su experiencia o especialidad, lo cual le puede conducir a tomar actitudes erróneamente intervencionistas o de observación y crítica poco colaboradoras. La calidad de la opinión profesional se desvirtúa si el intercambio sereno y racional de pareceres degenera en agresión verbal. La garantía de la expresión en libertad es fundamental, pero los debates deben transcurrir por cauces deontológicos de corrección y de respeto a la dignidad de las personas e instituciones.

15. En la relación médico-paciente-familiares pueden surgir diversas situaciones conflictivas para las que cada hospital puede haber diseñado protocolos de actuación diferentes o ésta dependerá directamente del médico, de su buen hacer y sus habilidades de comunicación. Algunas cuestiones son habituales:

- a) ¿Se debería facilitar que los acompañantes estuvieran presentes durante las intervenciones del equipo sanitario, siempre que el enfermo lo solicite o ante la imposibilidad de solicitarlo lo desee su acompañante?
- b) ¿Se debería proporcionar a los acompañantes información escrita sobre las actuaciones diagnósticas previstas para el paciente durante los días de hospitalización, así como sobre los tratamientos prescritos siempre que el enfermo lo solicite?
- c) En el caso de cuidadores especialmente cualificados, especialmente en el caso de médicos acompañantes:
 - 1. ¿Convendría invitarles a participar en la toma de decisiones respecto al problema del paciente ingresado como forma de mejorar la humanización asistencial o, por contra, hay alguna razón de interés para el paciente que hace deseable excluir a

los médicos-acompañantes de las tomas de decisiones llevadas a cabo en la atención hospitalaria?.

2. En el caso de que el médico acompañante perciba algún tipo de desatención hacia el paciente y/o retraso en la adopción de medidas adecuadas para problemas colaterales por parte del médico responsable durante su ingreso, después de haber intentado comentar el problema con éste, ¿cuál es el proceder adecuado buscando lo mejor para el enfermo: abstenerse de cualquier iniciativa, dar el tratamiento sin que quede constancia o dar orden de tratamiento a enfermería asumiendo la responsabilidad mediante identificación (firma y número de colegiado) en la hoja de evolución?.
 3. Ante una situación percibida por el médico acompañante como de mala praxis por parte del médico responsable hacia el paciente hospitalizado, ¿a qué organismos habría que informar: al servicio de atención al paciente, al comité asistencial de ética, al jefe de servicio, al director del centro hospitalario...?.”
16. Si el médico tiene en cuenta los interrogantes de la familia además de los del paciente podrá contribuir a promover un funcionamiento más saludable de todos los afectados. La mejor manera es establecer una relación justa y mesurada con los miembros de la familia e implicarles, en la medida de lo posible, como colaboradores en la asistencia al enfermo.
17. La muerte del paciente hospitalizado supone una de las situaciones más difíciles que debe afrontar el médico, pero también puede suponer una de las experiencias más enriquecedoras y de gran intensidad emocional al ayudar a resolverla en los miembros de la familia que se enfrentan a esta situación. No todos viven el duelo de la misma manera, dependiendo de su relación con el paciente, de su conocimiento de la situación y de la historia de la enfermedad.

Principios éticos y deontológicos

18. La colegiación profesional establece unas relaciones de sujeción especial donde las normas de deontología profesional no constituyen simples tratados de deberes morales sin consecuencias en el orden disciplinario. Podría pensarse que al ser obligatoria la colegiación podría limitar esta sumisión. No es así, pues toda actuación médica debe desarrollarse dentro del campo deontológico marcado por el Código de Ética y Deontología Médica (CDM) y la Organización Médica Colegial debe tener el máximo interés en salvaguardar y velar por que sean observados los principios deontológicos del CDM, siendo este uno de sus fines fundamentales.

19. Existen varios artículos del actual CDM que arrojan luz sobre las situaciones objeto de esta Declaración:

El artículo 31 indica:

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

2. Los médicos deben tratarse entre sí con la debida deferencia, respeto y lealtad, sea cual fuere la relación jerárquica que exista entre ellos.

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

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

5. La relación entre los médicos no ha de propiciar su desprestigio público. Las discrepancias profesionales han de ser discutidas en

privado o en sesiones apropiadas. En caso de no llegar a un acuerdo acudirán al Colegio, que tendrá una misión de arbitraje en estos conflictos.

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

El artículo 32. 2 del CDM especifica que *“El médico no interferirá en la asistencia que esté prestando otro compañero. No se considera interferencia la situación de urgencia o la libre consulta por parte del paciente a otro médico, quien le advertirá, sin embargo, del perjuicio de una dirección médica múltiple no consensuada”.*

El artículo 37 del CDM concreta: *“El médico está obligado a promover la calidad y la excelencia de la institución en que trabaja. Secundará lealmente las normas que tiendan a la mejor asistencia de los enfermos. Pondrá en conocimiento de la dirección del centro las deficiencias de todo orden, incluidas las de naturaleza ética, que perjudiquen esa correcta asistencia. Y si no fueran corregidas las denunciará ante el Colegio de Médicos o a las autoridades sanitarias, antes de hacerlo a otros medios”.*

20. En consecuencia, el equipo sanitario, el médico responsable o el profesional que atiende a un paciente son los únicos competentes para valorar la necesidad y conveniencia de la presencia de acompañante de un enfermo durante su estancia hospitalaria. Los médicos que le asistan deben ser especialmente sensibles a las peticiones que, razonablemente, solicite el propio paciente y procurarán satisfacerlas siempre que ello no vaya en detrimento de la propia asistencia del paciente o de terceros. Serán los médicos los que establezcan las condiciones de tiempo y lugar de este acompañamiento.

21. Se deberá proporcionar a los enfermos y al acompañante la mejor y máxima información que proceda durante su asistencia, y se valorará la información que estos puedan aportar para mejorar el curso clínico del paciente. Es obligado hacer un esfuerzo de comunicación por todas las personas implicadas en orden a conseguir dicho objetivo.
22. El médico que es familiar o acompañante de un paciente hospitalizado tienen un plus de responsabilidad y está llamado especialmente a dar ejemplo de comportamiento exquisito en el trato y respeto con el personal sanitario que atiende al paciente. Si es conocedor de determinadas circunstancias o datos que puedan ser útiles para la asistencia clínica, deberá solicitar una entrevista con el colega médico responsable del paciente, y percibir el asunto como si de una interconsulta se tratara. El médico responsable de la asistencia tomará o no en consideración la información o las observaciones que se le hagan con el máximo respeto que como médico merece el colega informante.
23. El médico acompañante no interferirá en la asistencia que esté prestando otro colega, pero, si en el curso de un acto médico, se percatase de que existe una complicación o un error en el diagnóstico o en el tratamiento, tiene no sólo el derecho sino la obligación de hacerlo saber respetuosamente al médico responsable del paciente, y, si fuese desoído, al jefe inmediato del médico responsable o a la dirección del servicio u hospital.
24. En ningún caso estaría justificado, salvo en la situación del deber de socorro o por estado de necesidad, que un médico ajeno al servicio y en su condición de visitante o acompañante prescriba o de órdenes directas al personal sanitario sobre un paciente. Independientemente de las medidas que se adopten, ante un desacuerdo absoluto con la atención recibida siempre existe la posibilidad de solicitar el alta voluntaria y, si procede, la reclamación de responsabilidades.

25. El CDM garantiza al médico la libertad profesional, existiendo el derecho de utilizar diferentes canales para denunciar las deficiencias del sistema sanitario. La confraternidad profesional es un valor muy cualificado y necesario para la calidad de la atención sanitaria, siempre subordinada al mejor servicio de los pacientes, de modo que jamás podrá hacerse un uso corporativista y cómplice de ella en contra de los intereses del paciente. La confraternidad colegial excluye el empleo de palabras cáusticas, irónicas o infamantes que buscan más el descrédito del colega que la crítica serena de sus ideas y actuaciones.
26. Las relaciones que vinculan a los colegiados entre sí no son ordinarias, pues imponen deberes que están por encima de la norma común. Siempre es condenable la maledicencia y la crítica despectiva entre colegas.
27. Es aconsejable que sea siempre un mismo médico quien proporcione información a los acompañantes a una hora determinada. Es conveniente que exista un familiar responsable, quien será el encargado de otorgar y recibir información de la condición del paciente y éste, a su vez, será el que informará al resto de la familia, evitando de esta forma malos entendidos.
28. El médico tiene derecho a que los pacientes le otorguen un trato de acuerdo a su dignidad humana, respetando en todo momento sus convicciones personales y a que, de igual manera, siempre que las circunstancias lo hagan necesario, dicho trato se haga extensivo de parte de los familiares del paciente.

Conclusiones

Primera. Son obligadas la cooperación, la lealtad y la integridad en las relaciones interpersonales, respetando las actuaciones de los demás.

Segunda. En la labor de comunicación es primordial lograr que paciente y familiares tengan una imagen real y adecuada de la enfermedad, logrando así que participen conscientes y activamente en la recuperación.

Tercera. El médico ha de realizar una valoración adecuada a la hora de estimar a quien le va a dar información sobre el paciente.

Madrid, 31 de mayo de 2010

DISPOSICIONES
FINALES

DISPOSICIONES FINALES

Se debe recordar que las declaraciones de la CCD aprobadas por la Asamblea General de la OMC, tienen naturaleza normativa e igual carácter vinculante que los artículos del CDM. A continuación y en forma de preguntas se intentará reflejar aspectos prácticos de la aplicación del CDM.

¿El médico que cumple la Ley puede incumplir el Código de Deontología?

El médico que actuara amparado por las leyes del Estado no podrá ser sancionado deontológicamente.

¿Cuántas actualizaciones del Código se han realizado?

Los avances científicos y técnicos sitúan al médico ante nuevas situaciones con repercusión ética a las que ha de dar una solución y por ello la necesidad de la actualización del Código. De hecho la cadencia ha sido de tres códigos en 20 años (1990, 1999 y 2011).

La CCD ha de cumplir con una de sus funciones principales que es la actualización de los temas éticos. Para ello recogerá la problemática que vaya surgiendo tratando de actualizar las normas del propio Código a través de la elaboración de declaraciones que posteriormente servirán como fuente de actualización del próximo Código.

¿Un médico colegiado puede acabar su responsabilidad deontológica una vez exculpado por la Justicia?

La exculpación judicial de una determinada actuación profesional no debe impedir que, a posteriori, pueda ser enjuiciada por la jurisdicción deontológica correspondiente.

¿Hay prescripción ante una determinada denuncia deontológica cuando deba ser suspendida hasta finalizar la judicial?

Mientras está activo un procedimiento judicial, queda en suspenso el proceso deontológico. Hay que advertir que no se contabiliza a efectos de prescripción deontológica el tiempo suspendido hasta la resolución judicial. Si no hay denuncia previa a la causa judicial y dependiendo del tiempo transcurrido puede condicionar prescripción deontológica, de ahí la importancia de iniciar el proceso aunque haya denuncia judicial.

MANUAL
DE
ÉTICA
Y
DEONTOLOGÍA
MÉDICA

