


Comisión Central de Deontología

2017

CGCOM



Declaraciones 2000—2017

OMC 

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Contenido

1- La Ética de la prescripción y la sustitución de medicamentos genéricos	7
2- Límites de las funciones profesionales de médicos y farmacéuticos.....	13
3- Ética y Deontologías de los partes y certificados de bajas y altas laborales en Atención Primaria y Especializada y la función de los Médicos Inspectores en su control y supervisión	19
4- Manifiesto en defensa de la Confidencialidad y el Secreto Médico	27
5- Ética y Deontología de la segunda opinión médica	31
6- Centralización informática de datos e historias clínicas. Principios éticos de protección de la intimidad del paciente	39
7- Actitud de la OMC ante los colegiados con adicciones o enfermedad mental: modos de ayuda y rehabilitación	49
8- Intervención de los médicos ante los medios de comunicación en casos de notorio interés público.....	57
9- Ética de la relación profesional del médico con la industria farmacéutica y las empresas sanitarias	61
10-Declaración sobre las cualidades del certificado médico y sobre sus diferencias con los partes y los informes médicos. Peculiaridades del certificado médico de defunción.....	67
11-Declaración sobre la historia clínica: Aspectos Éticos y Deontológicos	75
12-Ética de la relación profesional del médico con la industria farmacéutica y las empresas sanitarias	87
13-Declaración de la Comisión Central de Deontología sobre la Objeción de Conciencia del médico.....	93
14-Fronteras Internas del ejercicio profesional. Consideraciones deontológicas sobre los conflictos de límites entre médicos generalistas y médicos especialistas y de estos entre sí	99
15-Contratación de médicos de otras nacionalidades con imperfecto conocimiento del español.....	107
16-La Ética Médica en la atención del menor maduro.....	113
17-Tiempos mínimos en las consultas médicas	121
18-Los valores de la medicina en la investigación	129
19-Ética de la sedación en la agonía.....	135
20-Compromiso de Badajoz sobre la enseñanza de la Ética y la Deontología Médica	141

21-Comunicado de la OMC sobre negligencias médicas	145
22-Comunicado de la OMC sobre el fallecimiento del futbolista Daniel Jarque	149
23-Se está creando una alarma y angustia exagerada en torno a la Gripe A..	153
24-Ética de la responsabilidad ante la gripe A.....	159
25-La Objeción de Conciencia es un derecho de todos los ciudadanos	165
26-Criterios y recomendaciones para el registro colegial de la Objeción de Conciencia	169
27-Declaración de la OMC sobre el proyecto de ley de la salud sexual y reproductiva (ley del aborto)	173
28-Declaración de la OMC sobre la actuación médica ante la huelga de hambre de	177
29-Declaración sobre la Objeción de Conciencia	179
30-Cómo dar bien las malas noticias	181
32- El consentimiento informado en la práctica médica.....	199
33-Declaración sobre atención sanitaria a inmigrantes en situación irregular	213
34-Ética de las “Guías farmacoterapéuticas y de los “protocolos de intercambio terapéutico”	219
35-Declaración Institucional al Anteproyecto de Ley de interrupción voluntaria del embarazo.....	225
36-Informe sobre las posibles contradicciones que el real decreto ley 16/2012 de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del sistema de salud, podría tener con la ética y la deontología	231
37-Declaración de la Comisión Central de Deontología (CCD) de la OMC sobre la asistencia médica al menor en situaciones de rechazo al tratamiento	237
38-Declaración de la Comisión Central de Deontología de la OMC sobre "contención mecánica de pacientes"	251
39-La figura del médico responsable	259
40-Declaración de la Comisión Central de Deontología sobre la objeción de conciencia	267
41-Declaración de la Organización Médica Colegial sobre la atención farmacéutica	273
42-Propuestas para una prescripción de calidad	279
- II parte -	279
43- Ética de la práctica de la acupuntura.	319
44- Guía de sedación paliativa	327

45- Conceptos "Atención Médica al Final de la Vida"	341
46- "La Atención Médica al final de la vida"	351
47- Revisión Bibliográfica sobre E y PAS	357
50- Recomendaciones ante el Proyecto de Ley de cuidados paliativos y muerte digna	403
51- La vacunación Pediátrica	407
52- Los conflictos ético-Deontológicos que plantea la publicidad avalada por las instituciones, organizaciones y sociedades científico médicas	415
53- El secreto profesional, defensa social y protección de riesgos laborales	419

1- La Ética de la prescripción y la sustitución de medicamentos genéricos

Marzo de 2000

La Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en sesión celebrada el día 25 de marzo de 2000, adoptó el acuerdo de aprobar la siguiente Declaración elaborada por la Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado sobre:

LA ÉTICA DE LA PRESCRIPCIÓN Y LA SUSTITUCIÓN DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS

I. Introducción

1. En el seno de la sociedad y de las profesiones médica y farmacéutica se ha debatido intensamente, en España y a lo largo de los últimos años, el urgente problema de reducir el gasto sanitario. Siguiendo la experiencia obtenida en otros países avanzados, se ha propuesto, desde diferentes instancias, la prescripción genérica y la sustitución genérica de los medicamentos como prácticas que pueden contribuir a aligerar de modo sustancial la carga financiera que supone el gasto farmacéutico.
2. Se da prescripción genérica cuando el médico cumplimenta la receta del medicamento que recomienda a su paciente escribiendo su nombre genérico. Esto deja en manos del farmacéutico la posibilidad de dispensar el medicamento recetado en forma de producto genérico entre los diversos genéricos existentes o, en caso de carecer de existencias y si el paciente así lo acepta, como producto de marca registrada.

Se da sustitución genérica cuando el farmacéutico dispensa un producto genérico (o, eventualmente, un producto de otra marca registrada) en lugar del producto de la marca que prescribió el médico.

3. Tanto la dispensación como la sustitución genérica imponen algunos requisitos éticos que proceden del mandato básico de no dañar. Supuesta la correcta indicación del fármaco, el uso de los genéricos se justifica en el hecho de ser equivalentes a los correspondientes productos de marca registrada. Ese requisito de equivalencia incluye necesariamente la equivalencia química (el producto genérico y el de marca contienen la misma cantidad del mismo componente terapéuticamente activo y a la misma dosis); la equivalencia biológica (el producto genérico y el de marca alcanzan idéntica biodisponibilidad cuando se administran la misma dosis a los mismos individuos); y la equivalencia terapéutica (el producto genérico y el de marca, cuando se administran con el mismo régimen de

dosis a los mismos individuos, producen la misma eficacia terapéutica y provocan idéntica toxicidad).

4. Es responsabilidad de las autoridades sanitarias el control de la calidad de los medicamentos, independientemente de su condición de genérico o de marca registrada. La autorización para comercializar medicamentos genéricos es igual de exigente y conlleva, en lo jurídico, responsabilidades y efectos idénticos para los fármacos de uno y otro tipo.

II. Prescripción genérica

5. Tal como se señalaba en la reciente Declaración de la Comisión Central de Deontología sobre la Libertad de Prescripción, el médico tiene el deber de prescribir con racionalidad y buen sentido económico. Prescribir la medicación menos costosa cuando su eficacia y seguridad equivalentes estén garantizadas es un acto responsable y éticamente exigido, pues esa es, de ordinario, la voluntad, explícita o implícita, del paciente o de las instituciones, públicas o privadas, que han de pagarla. Por contraste, prescribir un medicamento equivalente pero de precio más elevado es éticamente censurable, si no hay para tal acción una justificación razonable y convincente. Tal conducta es contraria a las reglas de uso racional del medicamento, que exige, además de la eficacia y la seguridad, la efectividad en función del costo.
6. Por ello, la Comisión Central de Deontología respalda el concepto de prescripción de medicina y productos sanitarios de menor precio, incluida la prescripción genérica, cuando quedan a salvo su eficacia y seguridad. Un médico puede, y debe, recetar genéricos, cuando le consta que cumple los requisitos éticos de rigor.

III. Sustitución genérica.

7. La precedente recomendación a favor de la prescripción genérica no equivale a un cheque en blanco a favor de la sustitución genérica. En condiciones ordinarias, el médico asume la última responsabilidad en la atención del paciente, por lo que la elección o la selección del medicamento no puede dejar de estar bajo el control del médico.
8. Que el médico haya obtenido el consentimiento informado del paciente para el plan terapéutico significa que ese plan es el que ha sido autorizado por el paciente. Nunca una sustitución medicamentosa, aunque sólo sea genérica, puede introducirse sin el consentimiento del paciente. Y aunque

la mayoría de los pacientes tengan como razonable la sustitución genérica justificada por la reducción del gasto farmacéutico, tienen derecho, después de haber recibido del farmacéutico la pertinente información en términos comprensibles sobre las alternativas de tratamiento (art. 10.5, Ley 14/1986, General de Sanidad) a elegir libremente entre las opciones que se le presenten (art. 10.6 de la misma Ley), lo que implica también el derecho, antes de tomar su decisión, a que la sustitución sea conocida y autorizada por el médico.

9. Imponer el farmacéutico la sustitución genérica sin autorización del médico podría crear situaciones éticas y jurídicas de alto riesgo, en el caso de que de tal sustitución se derivaran efectos indeseados. En todo caso, tal sustitución no podrá ser llevada a cabo sin la autorización del paciente y del médico, en especial en los casos en que el ajuste del plan terapéutico ha sido muy laborioso, o cuando los medicamentos tienen un margen terapéutico muy pequeño. En la normativa legal se reconoce este hecho y se han publicado listas de medicamentos que no pueden ser sustituidos por otros en la dispensación. El art. 10.6 de la Ley General de Sanidad, arriba citado, señala que ha de ser el responsable médico de su caso quién ofrezca al paciente las opciones de tratamiento.
10. La sustitución genérica debe ser motivo de cooperación, no de enfrentamiento, entre médico y farmacéutico. No puede el farmacéutico, a pesar de su condición de experto en medicamentos, invadir el área legítima de actuación del médico y cambiar el plan terapéutico que éste ha recomendado a su paciente: ello equivaldría a apropiarse de la potestad de prescribir, exclusiva del médico. Debe, cuando tenga razones para ello, comunicar los extremos pertinentes al médico, para que éste los apruebe y los anote en la historia clínica de su paciente. Y el médico está obligado a aceptar y a agradecer las propuestas razonables y justificadas del farmacéutico.
11. La Comisión Central de Deontología está profundamente convencida de que la genuina y fructífera cooperación entre médicos y farmacéuticos, lo mismos en la atención primaria que en los hospitales, ha de estar presidida por dos principios: el principio, tradicional y vigente, desde el Edicto de Salerno, vigente en todas las sociedades avanzadas, de separación de funciones (los médicos prescriben, los farmacéuticos dispensan), y en principio de cooperación interprofesional que permite aprovechar al máximo las destrezas y conocimientos de médicos y farmacéuticos al servicio de los pacientes. Porque si bien los farmacéuticos están obligados por su profesión a ser buenos concededores de los medicamentos, no pueden olvidar que los médicos

son buenos conocedores de los pacientes y los responsables últimos de la atención de su salud.

Madrid, 27 de marzo de 2000

2- Límites de las funciones profesionales de médicos y farmacéuticos.

Marzo de 2000

La Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en sesión celebrada el día 25 de marzo de 2000, adoptó el acuerdo de aprobar la siguiente Declaración elaborada por la Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado sobre:

LÍMITES DE LAS FUNCIONES PROFESIONALES DE MÉDICOS Y FARMACEUTICOS.

Introducción. –

1. Desde hace algún tiempo, ha ido incrementándose, en el campo de la Medicina, una inquietud creciente, provocada por la expansión de las funciones que los farmacéuticos desempeñan en sus oficinas y que no parecen muy lejos de constituir conductas intrusas. A ello han contribuido cambios de naturaleza e intensidad diversa.
 - a. En primer lugar, cambios sociales: el elevado consumo de medicamentos costeados por el Sistema Nacional de la Salud, la disminución de la tolerancia a los pequeños achaques y desazones de la vida, la facilidad para obtener del farmacéutico consejos y medicinas, ha hecho crecer el número de personas que acude a las farmacias y ha favorecido el contacto de los farmacéuticos y sus auxiliares con los clientes.
 - b. En segundo lugar, cambios en la demografía de la profesión farmacéutica: el exceso de graduados en Farmacia obliga no sólo a los individuos, sino también a las corporaciones profesionales, a tentar nuevas salidas y funciones, que, como es lógico, pueden entrar en conflicto con las poseídas pacíficamente por otras profesiones sanitarias.
 - c. En tercer lugar, cambios inducidos por ciertos movimientos surgido en el seno de la profesión farmacéutica. Los farmacéuticos han reclamado, en virtud de su condición de expertos en medicamentos, un protagonismo nuevo y autónomo en el seguimiento, control y modificación de los tratamientos prescritos por los médicos. Desean asumir, a través de lo que se ha dado en llamar *atención farmacéutica*, nuevas funciones y responsabilidades en la programación de los objetivos terapéuticos, en el control de interacciones y efectos adversos de las medicinas, o en la reordenación de los tratamientos complejos. Algunos estiman incluso que se sienten capacitados para hacer el ajuste fino de la terapéutica medicamentosa, a fin de mejorar su efectividad económica y la calidad de vida de los pacientes.

- d. Finalmente, algunos cambios legislativos a los que se alude más adelante.
2. La situación que se está creando es preocupante, pues, a juzgar por las apariencias, algunos farmacéuticos quieren adentrarse en un terreno reservado a los médicos y romper el paradigma vigente de estricta separación profesional de las funciones de prescribir y dispensar, una separación que debe conservarse con las necesarias adaptaciones. Pues, del mismo modo que sería imprudente desperdiciar la competencia del farmacéutico en cuanto conocedor de los efectos e interacciones de los medicamentos, sería sumamente imprudente que a ellos se les asignara la capacidad de modificar los planes terapéuticos establecidos por el médico sin el conocimiento y aceptación de éste. Indudablemente, esas modificaciones no autorizadas podrían constituir un supuesto de intrusismo.
3. Con el fin de evitar conflictos en las relaciones entre farmacéuticos y médicos, y mantener la tradicional cooperación entre ambas profesiones, se ofrece la presente Declaración. En ella, tras hacer referencia a la indefinición de ciertas normas legales sobre la materia, se señalan los fundamentos éticos que favorecen el mantenimiento abierto y constructivo del Principio de Salerno, sobre la necesaria separación profesional de los actos de prescribir y dispensar.

La indefinición legal, generadora de inquietud.

4. La claridad de las normas legales que venían regulando las actividades del farmacéutico, contenidas en la Ley de 29 de julio de 1.943, que en su capítulo I definía la misión y funciones de la Facultad de Farmacia y el valor profesional de sus títulos académicos, contrasta fuertemente con el silencio, la indefinición o la borrosidad de algunas normas legales posteriores, como son, por ejemplo, la Ley de Sanidad de 25 de abril de 1.986, la Ley del Medicamento de 20 de diciembre de 1.990, y la Ley de 26 de abril de 1.997, sobre Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia.
5. Concretamente, en el artículo 1 de esta última, se ofrece una lista genérica de las funciones asignadas a las oficinas de farmacia, en la que se incluyen algunos servicios básicos que en ellas han de prestarse a la población y que constituyen un cheque en blanco para que los farmacéuticos se puedan inmiscuir en funciones que pertenecen al contenido genuino de la profesión médica. Ahí puede encontrar apoyo la política expansionista que en tiempos recientes está practicando la profesión farmacéutica. Y Así, se atribuyen a las Oficinas de Farmacia funciones como el seguimiento de los tratamientos farmacológicos de los pacientes, o la colaboración –no se dice

con quién- en el control del uso individualizado de los medicamentos, a fin de detectar y denunciar las reacciones adversas que puedan producirse; y otras más.

6. Se comprende que la atribución por ley a los farmacéuticos de funciones tan imprecisas es una invitación a crear conflictividad con los médicos.

Por un lado, tienden a colocar a la oficina de farmacia como eslabón primero de la asistencia sanitaria, cuando invitan a usar la oficina de farmacia como instancia inicial de la atención de salud, lo que presupone que quien está al frente de la oficina, o alguno de sus auxiliares, es competente en el diagnóstico de la naturaleza e importancia de la afección que el cliente le describe. De ese modo, la imprescindible relación médico-paciente es sustituida por una nueva relación oficina de farmacia-paciente, no libre de riesgos.

Por otro lado, autorizan al farmacéutico a modificar el plan terapéutico prescrito por el médico, sin que la ley defina la amplitud y circunstancias de esa prerrogativa, ni señale quien es el responsable final ante el paciente. De ese modo, la pacífica relación medicofarmacéutico-paciente, hasta a hora vigente, evoluciona hacia una triada generadora de problemas.

7. La Ley de 26 de abril de 1.997, sobre Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia, parece facilitar la intromisión de la profesión farmacéutica en el terreno asistencial del médico, a no ser que se tomen las medidas para que queden perfectamente definidas las atribuciones de ambas profesiones y el campo de su mutua cooperación.

Las relaciones profesionales de médicos y farmacéuticos

8. En opinión de esta Comisión, siguen conservando su plena validez los dos principios que han venido presidiendo las relaciones de médicos y farmacéuticos en los decenios precedentes: el de separación de las dos funciones básicas de prescribir el médico y de dispensar el farmacéutico, y el de cooperación de farmacéuticos y médicos para optimar el uso de los medicamentos en sus aspectos terapéuticos y económicos.
9. El principio de separación de las dos funciones básicas de prescribir y dispensar se apoya en dos razones básicas e inmutables.

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

La otra es de orden ético: la eliminación de todo riesgo de conflicto de intereses. La decisión de recomendar un tratamiento no puede estar viciada por el beneficio económico que de ella puede derivar quien la hace. No pueden los médicos en ejercicio ser propietarios de farmacias, ni pueden prescribir influidos por consideraciones financieras, ni pueden vender a sus pacientes medicamentos o productos sanitarios. Ni pueden los farmacéuticos, fuera del caso de los productos de libre dispensación, vender por propia iniciativa a sus clientes medicinas que exigen la presentación de una receta médica. La exigencia de la receta médica es la prueba, ética y legal, de que el farmacéutico es un profesional cuyo interés primario es servir los intereses del paciente, no obtener de su trabajo el máximo de beneficios económicos.

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

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

11. Recientemente, se han dado a conocer la Declaración sobre la libertad de prescripción y la Declaración sobre la prescripción y sustitución de medicamentos genéricos, de las que la Comisión Central de Deontología es autora, y en las que se contienen criterios que complementan la presente Declaración. Al prepararlas y debatirlas, la Comisión Central de Deontología se ha guiado por los criterios éticos de proteger los derechos e intereses de los pacientes y de crear una atmósfera de cooperación entre los profesionales sanitarios.

Madrid, 27 de marzo de 2000

3- Ética y Deontologías de los partes y certificados de bajas y altas laborales en Atención Primaria y Especializada y la función de los Médicos Inspectores en su control y supervisión

Introducción. -

La Constitución española reconoce entre los derechos fundamentales de los españoles el derecho al trabajo (art. 35.1), así como el derecho a la protección de la salud (art. 43.1), siendo competencia de los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios (art. 43.2), realizando una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos (art. 49). Para que el derecho de protección a la salud fuera efectivo se promulgó la Ley General de Sanidad de 14 de abril de 1.986.

Igualmente, la Constitución reconoce el derecho a la huelga de los trabajadores para la defensa de sus intereses (art. 28.2) pero, también, reconoce el derecho de los trabajadores y empresarios a adoptar medidas de conflicto colectivo (art. 37.2), asegurando el funcionamiento de los servicios esenciales para la comunidad. Es decir, los derechos constitucionales no son absolutos, tienen su limitación cuando entran en confrontación con otros derechos fundamentales del individuo o de la sociedad y deben ser tutelados por los poderes públicos.

La Seguridad Social garantiza, a los trabajadores españoles y a los extranjeros, con permiso de residencia y trabajo en España, la protección adecuada, mediante prestaciones sanitarias y económicas, en las situaciones de enfermedad común y accidente no laboral, enfermedad profesional y accidente laboral y maternidad.

Se trata por tanto de un área donde se entremezclan problemas sanitarios, sociales, laborales, etc. no siendo infrecuente la utilización fraudulenta del derecho constitucional de protección a la salud, bien para mantener de forma prolongada una baja laboral por incapacidad temporal o para eludir, individual o colectivamente, obligaciones derivadas de tener que asegurar el funcionamiento de servicios esenciales para la comunidad en situaciones de conflictos laborales o de huelgas, recurriendo a la situación de baja laboral por incapacidad temporal para eludir los servicios mínimos marcados por la Administración, en independencia de que los mismos pudieran ser abusivos.

Estas situaciones podrían hacer suponer una connivencia entre los defraudadores y los médicos que les proporcionaron los certificados de baja por incapacidad temporal o, tal vez, una dejación por parte de los facultativos en comprobar la naturaleza de las dolencias que podían justificar la incapacidad temporal, lo que en cualquier caso deterioraría la figura del médico e iría en contra de la imagen de toda la profesión.

Por ello la Comisión Central de Deontología ha considerado conveniente realizar esta Declaración para el recto proceder de los profesionales médicos que gestionan y tramitan las incapacidades temporales.

Generalidades. -

Se entiende por incapacidad temporal la situación en la que se encuentra un asegurado que por enfermedad (común o profesional), o accidente está incapacitado para el desempeño de su trabajo, en general por un tiempo superior a las 72 horas, mientras reciba asistencia por la Seguridad Social. La ausencia al puesto de trabajo por un periodo de tiempo inferior al citado se considera inasistencia menor y la percepción económica durante la misma se regula, generalmente, en los convenios colectivos de cada empresa pudiendo ser obligado el presentar un justificante de inasistencia en cuyo caso el certificado de baja podría interpretarse como tal.

La situación del trabajador en incapacidad temporal genera unas prestaciones de carácter sanitario y otras de tipo económico.

Dado que la baja por incapacidad temporal es solicitada por el trabajador que manifiesta su indisponibilidad para el trabajo, el médico se ve, casi siempre, en la obligación de facilitar la misma, salvo que lo alegado por el asegurado fuera fácilmente interpretable como causa de negación o manifiestamente sospechoso de fraude. La baja colectiva de un número elevado de trabajadores haría sospechar un acto fraudulento, pero esta situación solamente podría intuirse por parte del médico ante un número inusual de trabajadores de una misma empresa que solicitasen la baja en un corto espacio de tiempo, aunque sería difícil de detectar entre los primeros que la demandasen, ya que dichos trabajadores podrían estar asignados a diferentes médicos en función de sus lugares de residencia y, salvo en núcleos urbanos de pequeño tamaño, la apreciación del hecho podría pasar inadvertida.

Marco legal.-

El marco legal de la incapacidad temporal está formado por una serie de leyes, Reales Decretos y Órdenes Ministeriales que al final se citan por vía de anexo. El marco legal no constituye material de pronunciamiento de la Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado, salvo que el mismo entrara en clara confrontación con los principios de la ética y deontología médica.

Marco deontológico. -

El marco deontológico lo constituye el Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial.

Ética y deontología médica. -

A) De los médicos de Atención Primaria.

1. Los partes de baja por incapacidad temporal por enfermedad común son, generalmente, expedidos por los médicos de Atención Primaria del Insalud o de las Comunidades Autónomas que tienen asumidas las transferencias sanitarias. No obstante, el Real decreto 575/97, del 18 de abril y la Orden Ministerial de 19 de junio de 1997, no especifican taxativamente que su expedición corresponda única y exclusivamente a dichos facultativos. El Real decreto 575/97, en su art. 1.1, señala que la baja médica será expedida “por el médico del Servicio Público de Salud que haya efectuado el reconocimiento del trabajador afectado”, mientras que la O. M. de 19 de junio de 1997, que desarrolla el Real Decreto 575/97, señala en su art. 2..1, que “el parte médico de incapacidad temporal se expedirá, inmediatamente después del reconocimiento médico del trabajador, por el facultativo que lo realice”, por lo que dejan abierta la posibilidad de que dichas bajas puedan ser expedidas por cualquier médico al servicio de la Sanidad Pública, siendo igualmente aplicable para la expedición de los partes de alta.
2. El control de las bajas es igualmente responsabilidad de dichos médicos, pero también pueden ser controladas por los médicos de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (MATEP) y por los de las Empresas Colaboradoras en la Gestión del Régimen General (Empresas autoaseguradoras), si bien estas empresas pueden servirse de médicos propios o de médicos de la Seguridad Social (R.D. 575/97, art. 3..2 y art. 4.1 y 4.2).
3. Los partes de bajas y altas son documentos oficiales y el médico está deontológicamente obligado a expedirlos con autenticidad y veracidad tal y como expresa el art. 11.1 del Código de Ética y Deontología Médica (CEDM).
4. Con el fin de asegurar la autenticidad y veracidad del documento de baja o alta del paciente, pero también por el derecho que todos los pacientes tienen a una atención médica de calidad humana y científica (CEDM, art.

18), el médico tiene el deber, antes de darle el correspondiente parte de baja, de intentar comprobar mediante la exploración física y reconocimiento del paciente la dolencia por él alegada para solicitar la incapacidad temporal aún sabiendo que muchas de las causas más frecuentemente alegadas como solicitud de baja laboral son de difícil comprobación en la exploración realizada en el consultorio o centro de salud, ya que, por ejemplo, una lumbalgia puede o no cursar con contractura de la musculatura paravertebral, una artralgia no tiene por qué ir acompañada de signos de flogosis o de impotencia funcional, una cefalea o migraña, no tiene por qué cursar con signos de focalidad neurológica, o una gripe estar acompañada de auscultación pulmonar patológica.

Si de la exploración semiológica practicada no obtuviera datos suficientes para una correcta decisión profesional o si lo considerase conveniente para el estudio del paciente, el médico deberá solicitar las exploraciones o informes complementarios que estime oportunos, pero durante los periodos de observación por enfermedad común o profesional estaría obligado a prescribir la baja si el ejercicio del trabajo fuese perjudicial para el trabajador.

5. Tanto en la expedición de los partes de incapacidad temporal, como en la prescripción del tratamiento que estime oportuno, el médico debe tener absoluta libertad e independencia (art. 20.1 del CEDM) y no recibir presiones ni del asegurado ni de las Instituciones o de la Administración Sanitaria (arts. 9.3 y 37..2 del CEDM), pero a su vez el médico ha de ser consciente de sus deberes profesionales para con la comunidad, saber que es un gestor de recursos ajenos y que está éticamente obligado a conseguir el rendimiento óptimo de los medios que la sociedad pone a su disposición (art. 6.1 del CEDM) por lo que en su actuación profesional siempre deberá primar el principio de justicia sobre el de beneficencia.

Esto significa que los médicos que gestionan la incapacidad temporal están éticamente obligados a no prolongar la baja laboral y proceder al alta del asegurado una vez que haya desaparecido la causa que motivó la misma, hubieran comprobado la inexistencia temporal o en los demás casos legalmente contemplados. Si sospechasen un acto fraudulento deberán ponerlo, con discreción, en conocimiento de los servicios de inspección sanitaria, sin que esto suponga vulnerar el secreto profesional, adoptando las medidas oportunas y necesarias para preservar la confidencialidad de los datos médicos (art. 16 del CEDM).

6. Para favorecer el ejercicio de lo anteriormente expuesto, los médicos de Atención Primaria disponen de un manual de ayuda para la gestión de la incapacidad temporal, así como de una guía práctica de estándares de duración de procesos de dicha incapacidad, con el fin de detectar desviaciones anormales en la duración de la baja para un determinado proceso, para evitar posibles abusos en la duración de la baja, proponiendo a la Inspección mecanismos de control cuando observen desviaciones no justificadas en la duración de la misma.

B) De los médicos de atención especializada

7. Aunque en la actualidad la gestión de la mayoría de los partes de baja y altas son controlados por los médicos de Atención Primaria, especialmente en el territorio no transferido del Insalud, dichos partes podrían, en aplicación de lo dispuesto en el Real Decreto 575/97, del 18 de abril, y en la Orden Ministerial de 19 de junio de 1997, ser expedidos por médicos de atención especializada, tanto hospitalaria como no hospitalaria. No obstante, la práctica diaria ha hecho que, últimamente, sean cada vez menos los médicos de atención especializada que los expiden, estando sujetos, en caso de hacerlo, a los mismos imperativos éticos y deontológicos que los médicos de atención primaria.
8. Independientemente de lo anteriormente señalado, los médicos de atención especializada están, éticamente obligados a compartir, sin ninguna reserva, sus conocimientos con los médicos de atención primaria, en beneficio de los pacientes (art. 31..3 del CEDM), asesorándoles en aquellas materias en las que, por su condición de especialistas fueron consultados. La relación entre los médicos de atención primaria y especializada, deberá ser todo lo fluida y extensa que exija la atención del paciente, procurando que éste no se vea perjudicado por posibles discrepancias en sus criterios profesionales o por tardanza injustificada en la emisión de los informes clínicos pertinentes.
9. Si el médico de atención especializada no hubiera expedido personalmente la baja del paciente, pero de su apreciación profesional especializada considerase que éste no debería estar en situación de incapacidad temporal, se lo hará saber con discreción al médico de atención primaria que directamente estuviese gestionando la misma para que tomase las medidas que considerase oportunas, sin interferir en la asistencia que éste último estuviera prestando al asegurado (art. 32..2

CEDM), entendiendo que aquel es el responsable directo del paciente y que, en ese caso concreto, el médico especialista actúa como médico consultor.

C) De los médicos inspectores

10. Los mecanismos de control de las bajas y altas laborales recaen sobre los inspectores médicos del Insalud y del INSS, en caso de enfermedad común y accidente no laboral y sobre los médicos de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (MATEP), en caso de enfermedades profesionales y accidentes laborales, aunque dichas mutuas pueden también controlar bajas por enfermedad común en los trabajadores cuyas empresas tengan protegido el riesgo con la mutua correspondiente, pudiendo requerir reconocimientos médicos por parte de sus servicios médicos correspondientes.
11. Los médicos inspectores deberán acomodar sus actividades profesionales a las exigencias del Código de Ética y Deontología Médica que les es aplicable (arts. 2.1 y 41.1) y su actuación como tales será incompatible con la asistencia médica al mismo paciente (art. 43.3).

Todos los actos médicos, tanto de los médicos inspectores del INSS como de los médicos al servicio de las MATEP y de los de las empresas auto-aseguradoras, tendrán carácter confidencial, respetarán el derecho a la intimidad del paciente y estarán sujetos al secreto profesional (art. 14 del CEDM).

12. Es contrario a la ética y deontología médica, recibir comisión o incentivación económica alguna, al margen de la remuneración que, en cada caso, tenga el médico establecida en función de las circunstancias del servicio prestado y de su calificación profesional (art. 40.2 y 40.4 del CEDM).

Por ello, el control de las situaciones de bajas y altas no puede estar motivado por la incentivación económica que algunas mutuas o empresas auto-aseguradoras pudieran tener con los médicos que redujeran el tiempo de baja del asegurado, o dieran un mayor número de “altas a efectos económicos) en las que le asegurado, aún continuando de baja laboral, dejaría de percibir el subsidio económico correspondiente a dicha situación.

4- Manifiesto en defensa de la Confidencialidad y el Secreto Médico

Ante el deber del profesional de la medicina de guardar secreto médico y el derecho de todo paciente a la intimidad y la confidencialidad de sus datos, y ante la facilidad que existe hoy día para vulnerar dichos derechos, la plataforma en defensa de la confidencialidad y el secreto médico propugna:

La intimidad es un valor ético y jurídico amparado por la Constitución y por la legislación vigente en nuestro país, y como tal hay que demandarlo y protegerlo por profesionales y usuarios.

El valor supremo de la vida y la defensa de la salud son motivo de que en la intimidad de la consulta médica se revelen secretos que no se confían ni siquiera a los más allegados, por eso la confidencialidad y el secreto médico son imprescindibles en la relación médico-paciente.

Los datos médicos pertenecen a cada paciente, y éste tiene todos los derechos sobre los mismos. El profesional sanitario a quien el paciente se los confía, actuará como depositario, ejerciendo esos derechos como agente y responsable ante el paciente.

Los datos médicos son tan relevantes que si falla la confidencialidad no sólo está en peligro la intimidad, sino el ejercicio de otros derechos fundamentales, como el derecho al trabajo, a la educación, o la defensa de la salud y de la vida. El derecho a la confidencialidad que tiene todo paciente es la única garantía para la defensa de su intimidad.

El paciente tiene el derecho a ser informado de un modo que pueda comprender: acerca del responsable, destino y uso de sus datos personales; a que se requiera su consentimiento previo para la recogida y utilización de los datos, y el derecho a acceder, rectificar y cancelar dichos datos; en definitiva, el paciente tiene autonomía y poder de disposición sobre sus datos personales. Como establece el Tribunal Constitucional, todo paciente tiene el derecho fundamental a la protección de sus datos de carácter personal, que persigue garantizar un poder de control sobre los datos, su uso y su destino.

El secreto es un deber del médico y un derecho del paciente. El secreto médico se ha de proteger en el tratamiento de los datos sanitarios, ya sea en medios manuales o informatizados, como se establece en la legislación vigente, exigiendo las medidas de seguridad apropiadas que garanticen la protección de los datos personales de los pacientes. Sin estas medidas de seguridad no se deberán tratar los datos de salud.

Sólo en contadas ocasiones y bajo el imperio de la Ley, el derecho a la confidencialidad puede subordinarse a otras consideraciones. El allanamiento de la intimidad, como el de la propia morada, sólo puede justificarse por derechos superiores de otros o el bien común, como en el caso de la salud

pública, pero debe tenerse en cuenta que, a diferencia de la morada y otros bienes, la intimidad perdida no se puede restituir.

En casi todas las ocasiones, el anonimato estricto es idéntico al secreto y los datos anónimos pueden cumplir casi todas las tareas de administración. Sólo contadas informaciones clínicas personalizadas son relevantes para la gestión clínica y ninguna es relevante para la gestión de la información misma, por lo que ninguna de estas excusas puede utilizarse para justificar el almacenamiento masivo o centralizado de información sanitaria personalizada.

La informatización de las consultas y la historia electrónica de salud constituyen un factor de progreso, no obstante, en su utilización deben considerarse los peligros para la confidencialidad de los datos, por su almacenamiento fácil de ocultar, su infinita capacidad de copia y transferencia, indetectable y de ínfimo coste, y sus ilimitadas posibilidades de procesamiento y cruce. No puede garantizarse que la protección de los datos médicos centralizados sea infranqueable, teniendo en cuenta que el interés y el valor de tanta información son elevados: basta una única fuga, en un único punto para que los daños sean catastróficos e irreparables. El almacenamiento masivo centralizado de la información clínica es el que mayores riesgos supone para el secreto y la confidencialidad, comparando con las bases de datos distribuidas. Deben por tanto primarse soluciones tecnológicas pequeñas y repartidas, ya posibles, que eviten tan elevado riesgo.

La concentración de datos los hace codiciables, por lo que deben existir razones irrefutables para justificar el almacenamiento masivo o centralizado de información. La amenaza a la confidencialidad así creada, exige una total transparencia en este tipo de iniciativas, sancionadas por el consenso de grupos independientes (científicos, profesionales, judiciales, políticos, ciudadanos, económicos y comerciales) en cuanto a la pertinencia y relevancia de los datos precisos. También debe determinarse -en la fase previa a toda implantación de almacenamientos masivos o centralizados- el tiempo de almacenamiento y las garantías y medios de destrucción irreversible de la información y todas sus copias, una vez cumplida su función.

Los sistemas pequeños y repartidos permiten proteger la confidencialidad, la intimidad de los pacientes y el secreto médico, como establece el Código de Deontología Médica: los sistemas de informatización médica tendrán implantadas las medidas de seguridad necesarias que eviten el que otras personas accedan a los datos de los pacientes. Asimismo, todos los ficheros con historias clínicas y datos de salud estarán bajo la responsabilidad de un médico, y los ficheros con datos sanitarios no deberán conectarse a redes no médicas, como algunas redes institucionales. Esto, actualmente, no se respeta.

Es necesario establecer una legislación propia para proteger la intimidad de los pacientes, que nadie pueda ser discriminado por información relativa a la salud y la salvaguarda del secreto médico, en desarrollo específico de los artículos 14 y 18 de la Constitución. Es vital que la salud de una persona y los datos relativos a la misma nunca puedan ser usadas en su contra o para su discriminación, sean o no sus depositarios “legítimos”.

Es necesario que todos los ciudadanos defiendan y requieran el secreto médico a los profesionales sanitarios que les atienden. La legislación es importante, pero han de ser los propios pacientes los que exijan su derecho a estar informados sobre qué se hace con sus datos, a decidir quién los maneja y a defender el secreto médico.

El secreto es asimismo una prerrogativa del médico, manifestación de su derecho a la objeción de conciencia en las relaciones administrativas, profesionales o de cualquier otra índole, paralelas a la surgida entre él y su paciente.

En Madrid a 23 de junio de 2003

Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (OMC); Comisión de Libertades e Informática (CLI); Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP); Plataforma 10 minutos; Red Española de Atención Primaria (REAP); Sociedad Canaria de Medicina Familiar y Comunitaria; Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (SCMFIC); Sociedad Española de Medicina General (SEMG)

5- Ética y Deontología de la segunda opinión médica

Diciembre de 2005

La Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en sesión celebrada el día 3 de diciembre de 2005, adoptó el acuerdo de aprobar, la siguiente declaración elaborada por la Comisión Central de Deontología:

ÉTICA Y DEONTOLOGÍA DE LA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

I. Introducción

1. Se ha advertido, en la práctica clínica de los últimos años, un aumento notable de la frecuencia con que se solicita una segunda opinión médica (SOM), también conocida por segunda consulta, mediante la cual se obtiene el parecer de un segundo médico sobre un problema, diagnóstico o terapéutico, que había sido previamente presentado a la atención otro facultativo.

No es nuevo el recurso a la SOM, ni faltan criterios acerca de cómo practicarla, pues la materia fue ya objeto de atención en las normas de la antigua etiqueta profesional y, más recientemente, en los códigos de deontología. Se ha de reconocer, sin embargo, que son nuevos algunos modos de proponerla y llevarla a cabo, lo mismo que lo habitual de su uso por parte de los pacientes o sus representantes, lo que se debe tanto a la eficacia y fiabilidad de los sistemas telemáticos, como a la influencia de determinados factores socio-culturales (mayor preocupación por la salud, abundante información sanitaria, democratización de la relación clínica, legislación incipiente sobre la práctica de la SOM como un derecho de los ciudadanos ante los sistemas nacionales de salud).

2. No es de extrañar, por ello, que en muchos países avanzados, entre ellos España, se esté considerando no sólo la posibilidad de incluir la SOM en la lista creciente de los derechos de los pacientes, tal como hace la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, sino que se haya procedido a regular profesional y jurídicamente su práctica en los dispares contextos de la medicina pública y la medicina privada.

3. La SOM es un fenómeno complejo. Reducido a sus términos más esquemáticos, que ayuden a situar los planteamientos éticos que siguen, conviene destacar los siguientes rasgos:
 - Puede ponerse en marcha por iniciativa de un médico, del propio paciente o de terceros.
 - Suele tener por objeto despejar dudas sobre el diagnóstico establecido o el tratamiento propuesto, buscando bien su confirmación, bien su sustitución por alternativas más fundadas o prometedoras.
 - Implica no raras veces reacciones psicológicas, importantes y cargadas de sentimiento, capaces de afectar por igual a los que intervienen en la SOM (pacientes y sus representantes, médicos, gestores de la atención sanitaria) y de deteriorar sus relaciones mutuas.
 - Puede tomar la forma de una consulta presencial del paciente, o limitarse a un examen, directo o sólo virtual, de datos clínicos y materiales diagnósticos.
 - Presenta modalidades diferentes en la medicina privada que en la pública, sometida a restricciones diversas impuestas por los servicios de salud públicos o las aseguradoras privadas.
4. La SOM presenta componentes éticos diferentes según sea la persona que la inicia y el modo de llevarla a cabo, por lo que se distinguen a continuación las principales modalidades de SOM: de un lado, la que se hace en una relación médico/paciente ordinaria, presencial; y la que puede realizarse a distancia, por medio de recursos telemáticos. En el primer caso, se ha de distinguir entre las SOM promovidas por el médico que atiende originariamente al paciente, las SOM promovidas por el propio paciente, y, finalmente, las que pueden ser iniciadas por terceros.
5. No pueden considerarse como SOM en sentido estricto la respuesta que un médico da a la petición de parecer que un colega le hace de modo informal acerca de una situación clínica oscura, o sobre las dificultades de interpretación de imágenes diagnósticas, datos analíticos o cuadros histopatológicos problemáticos. Esas consultas se hacen sin referencia a datos personales del paciente, innecesarios por otra parte, y no implican la satisfacción de honorarios.

II. Consideraciones ético-deontológicas sobre la SOM ordinaria

6. La SOM por iniciativa del médico. El médico que atiende originariamente al paciente deberá proponer una SOM cuando así lo requieren los

mejores intereses de su paciente, en especial en casos de mucha complejidad o incerteza. Lo hará siempre que se encuentre ante problemas que, a juicio del médico, sobrepasan su propia capacidad (Artículo 19.1 del CEDM). Nunca podrá la SOM tener la apariencia de una prescripción superflua o abusiva, ni podrá convertirse en instrumento de la medicina defensiva.

La gestión de la SOM impone al médico que la propone ciertas formalidades, entre las que se cuentan informar adecuadamente al paciente; obtener su consentimiento libre e informado para llevarla a cabo; la elección, por parte del paciente, del médico que ha de practicarla, o, en su caso, la libre aceptación del segundo consultor que se le recomienda; la remisión al segundo consultor de un escrito en el que constan los aspectos concretos sobre los que se le pide su parecer cualificado; la puesta a disposición del colega consultado de la documentación clínica relevante; facilitar, de conformidad con el Artículo 22.1 del CEDM, el encuentro clínico directo del paciente con el segundo consultor.

7. La SOM por iniciativa del paciente. Aunque llegue a convertirse en uno de los derechos de los pacientes universalmente reconocidos, la SOM ha de estar motivada por razones serias y llevarse por cauces de comprensión y buen entendimiento. No debería, en virtud de sus posibles efectos adversos (cfr. Artículo 32.2 del CEDM), iniciarla el paciente por motivos triviales: la autonomía genuina se basa en la racionalidad, no en el capricho. Conviene, por ello, que el paciente, antes de solicitar una SOM, trate del asunto sincera y amistosamente con el médico que le está atendiendo. Aunque disponga de libertad para consultar con el médico que desee (Artículo 7 del CEDM), deberá considerar si tiene razones suficientes para buscar una SOM de espaldas al médico que le atiende.
8. Ningún médico goza de un derecho de propiedad sobre sus pacientes. Por eso, no podrá sentir ofensa por la conducta de su paciente cuando busca una SOM, ni reprochársela como desconfiada o quisquillosa. Deberá comprender que es una aspiración muy humana y legítima la de cerciorarse de si son correctas unas decisiones de las que dependen muchas cosas de importancia. Sería impropio que, porque un paciente deseara razonablemente una SOM, su médico terminara esa relación. Sólo estaría autorizado a hacerlo, a tenor de lo que señala el Artículo 32.3 del CEDM, si el paciente siguiera el parecer expresado por el segundo consultor, frente al cual se encuentra en desacuerdo irreconciliable.

9. Se entiende así que el médico no pueda éticamente bloquear el ejercicio de la libertad clínica de su paciente, ni poner dificultades a su realización práctica. Por el contrario y a fin de preservar la relación de confianza, necesaria para una eficaz relación médico/paciente, como estipula el arriba citado Artículo 7 del CEDM, deberá facilitar su ejercicio, transmitiendo al segundo consultor lo antes posible la documentación necesaria para que pueda elaborar el parecer que se le solicita. La misma conducta deberá seguirse en la medicina pública, en virtud de los derechos del paciente a su documentación clínica (Artículo 18 de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica).
10. Ofrecer al paciente la posibilidad de obtener una SOM se convertirá en el próximo futuro en un elemento ordinario de la información que se dé al paciente sobre las posibles alternativas de tratamiento. De ese modo, los pacientes no sólo se verían libres de la repugnancia que puedan sentir a pedir un segundo parecer, sino que se incrementaría la confianza en su médico.
11. La práctica de la SOM revelará de ordinario una concordancia sustancial en las conclusiones diagnósticas y terapéuticas del médico original y del segundo consultor. Igualmente revelará también ciertas discrepancias que será necesario concordar en la medida de lo posible. En caso de no llegar a un acuerdo, los médicos, que habrán tratado de sus diferencias conforme a las normas éticas de la colegialidad y del desacuerdo educado, presentarán sus pareceres al paciente o a sus representantes y respetarán, de acuerdo con los criterios expresados en los puntos 7, 8 y 9 de este documento, la decisión que puedan tomar.
12. En ningún caso se podrá producir, de resultas de esas discrepancias, una suspensión de los cuidados que el paciente ha de recibir. Compete al consultor originario prestar esa atención hasta que otro colega se haga cargo del paciente.
13. La SOM por iniciativa de terceros. No es difícil imaginar la multitud de problemas que podrían surgir, en el contexto familiar, laboral o social, si se pudiera practicar la SOM por iniciativa de los representantes del paciente, o de empleadores y otros agentes sociales. Deberá tenerse, por principio, como contraria a la ética cualquier solicitud de SOM no autorizada por el paciente capaz o, si no disfrutara de capacidad legal, por su representante legítimo. Constituiría en cualquier caso una invasión indebida de la intimidad del paciente.

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

III. Criterios éticos para las SOM gestionadas mediante telemática

14. Los avances de la telemática han posibilitado la consulta a distancia. Eso permite solicitar y realizar SOM con consultores que ejercen en centros nacionales o extranjeros de alta cualificación, a la vez que se evitan las molestias y gastos derivados de desplazamientos y estancias fuera del propio lugar de residencia. No es de extrañar por ello que la práctica de SOM sea una de las aplicaciones más inmediatas de la telemedicina.
15. Se ha de tener en cuenta que las SOM gestionadas por medios telemáticos resultan afectadas por los problemas inherentes a la telemedicina: unos de naturaleza técnica (control de calidad y fiabilidad de la materia transmitida, identificación y acreditación de los participantes, autenticación de los mensajes), y otros propiamente éticos (obtención del consentimiento informado del paciente, confidencialidad y protección de la documentación usada, validación de los resultados). Para analizarlos y resolverlos convendrá tener en cuenta los documentos de esta Comisión Central de Deontología sobre la materia: las Normas deontológicas para la relación médico-enfermo mediante Internet, aprobadas en la sesión de 25 y 26 de julio de 2003, y la Declaración sobre normas éticas para las páginas informativas de Internet de medicina y salud en las que participan médicos colegiados, aprobada en la sesión de 28 y 29 de noviembre de 2003.
16. Con prudencia justificada, el artículo 22.1 del CEDM determina como éticamente deficiente la práctica de consultas médicas realizadas exclusivamente mediante técnicas telemáticas. Se da a entender así la conveniencia de que, en algún momento, se dé un contacto personal e inmediato entre consultor y paciente, que, en caso de la SOM, podrá ser suplido por el contacto, necesario y no sólo recomendable, entre los consultores de origen y destino. Si ese contacto no se diera, la SOM queda seriamente debilitada tanto desde el punto de vista asistencial (se reduce a evaluar meras imágenes o datos, no a genuinos pacientes) y ético (riesgo de cosificación de la relación clínica por ausencia del diálogo interpersonal).

IV. Conclusiones

- a) No deberán solicitarse SOM sobre pacientes capaces -- incluidos los menores maduros - sin que ellos las hayan solicitado o, al menos, consentido formalmente. En caso de pacientes incapaces, se deberá documentar en la petición de SOM esa incapacidad, junto con el nombre y título legal de quien la hace.
- b) Los datos relacionados con la SOM (incluidos los relacionados con el consentimiento informado y los datos médicos transmitidos por Internet) han de ser custodiados en un archivo de historias clínicas, y quedan sometidos a las regulaciones éticas y legales pertinentes.
- c) El segundo consultor, en el momento de recibir una petición de SOM, ha de procurar, dentro del respeto ético a la libertad del paciente, solicitar de éste o de su representante que se le autorice a ponerse en contacto con el médico que se ocupa de la atención del paciente: la asistencia no consensuada a un paciente por parte de más de un especialista puede desembocar en conflictos que no favorecen ni al paciente, ni a los médicos.
- d) Con respecto al cobro de honorarios es clara la norma ético-deontológica: no se pueden percibir honorarios por actos todavía no realizados. Es, por tanto, inaceptable la práctica de exigir el pago anticipado de una consulta, incluida la que se hace de forma virtual.

Madrid, 15 de diciembre de 2005

*6- Centralización informática de
datos e historias clínicas.
Principios éticos de protección de
la intimidad del paciente*

Diciembre de 2005

La Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en sesión celebrada el día 3 de diciembre de 2005, adoptó el acuerdo de aprobar, la siguiente declaración elaborada por la Comisión Central de Deontología:

CENTRALIZACIÓN INFORMÁTICA DE DATOS E HISTORIAS CLÍNICAS. PRINCIPIOS ÉTICOS DE PROTECCIÓN DE LA INTIMIDAD DEL PACIENTE

I. Introducción

1. En los últimos años, a causa del cambio en el modo de ejercer la Medicina, han surgido problemas al tener que compaginar la custodia de los datos médicos personales y el acceso adecuado a ellos para facilitar la atención de los pacientes. La mayor parte de los actores del sector salud están de acuerdo en la necesidad de informatizar la medicina; entre otros, los argumentos esgrimidos son la reducción de los errores sanitarios y la mayor accesibilidad a la información.
2. Es deber del médico guardar el secreto correspondiente a la salud de sus pacientes. Es derecho del paciente que la institución para la que trabaja el médico ponga todos los medios para salvaguardar la confidencialidad de sus datos de salud.
3. La concentración de datos los hace codiciables, por lo que deben existir razones muy poderosas para justificar el almacenamiento masivo o centralizado de información. La amenaza a la confidencialidad así creada, exige una total transparencia en este tipo de iniciativas, sancionadas por el consenso de grupos independientes (científicos, profesionales, judiciales, políticos, ciudadanos, económicos y comerciales) en cuanto a la pertinencia y relevancia de los datos precisos.
4. También debe determinarse -en la fase previa a toda implantación de almacenamientos masivos o centralizados- el tiempo de almacenamiento y las garantías y medios de destrucción irreversible de la información y todas sus copias, una vez cumplida su función. Asimismo, debe determinarse que datos se guardarán y custodiarán con fines de investigación, epidemiológicos y otros que se especifiquen.

II. Conflictos entre el acceso la custodia de la historia clínica informatizada

5. La gran mayoría de los centros sanitarios españoles comparten las mismas necesidades desde un punto de vista informático. Desde la centralización de los archivos clínicos para su consulta desde cualquier ordenador, pasando por el uso de la red para la transferencia de expedientes médicos, o el programa de gestión de un paciente, todo este tipo de procesos son compartidos por cualquier centro sanitario. La utilización de un conjunto de aplicaciones comunes en el conjunto del sistema sanitario nacional permitiría al conjunto de las administraciones públicas el poder gestionar de una manera mucho más eficiente la infraestructura sanitaria pública y poder aplicar los ahorros producidos de esta estandarización, en la implantación de mejores aplicaciones que permitan una mejor atención al paciente.
6. Los sistemas de informatización aseguran un mayor control del acceso a los datos clínicos registrados y una mayor transparencia, pero también pueden generar un mayor riesgo de acceso y divulgación no autorizada de dichos datos para fines distintos de los que llevaron a su recogida y conservación. En la medicina institucionalizada, el elevado número de personas que por cuestiones operativas tiene acceso a este tipo de información hace imposible, en la práctica, la observancia de una reserva absoluta. Los esfuerzos en medidas de seguridad no deben escatimarse, tanto más cuanto mayor sea el daño -siempre irreparable por mucho que se detecte y persiga- que podría causar un acceso no autorizado,
7. La tarjeta sanitaria informatizada puede guardar la historia clínica completa de un paciente; entonces, tiene la ventaja de que accede a la información sólo el profesional que trata al paciente y los datos no están guardados en una aplicación informática institucional. La tarjeta sanitaria puede ser también, sin que contenga datos clínicos, la llave que permite acceder a la información del paciente guardada en un sistema de información asistencial corporativo. Tiene la desventaja de que se puede perder y de que, tradicionalmente, es el hospital o el centro de salud el que cuida las historia clínica; el paciente debería llevar siempre consigo su tarjeta para que pueda ser útil en caso de accidente, agresión, etc. El sistema de tarjeta sanitaria permite que el ciudadano mantenga el control del acceso.
8. La utilización de un único programa informático en los diversos niveles de atención sanitaria, ya sea de lectura/ escritura de tarjeta sanitaria como de acceso a los bancos de datos sanitarios facilita la atención del paciente, pero hace más problemático el derecho a la confidencialidad, por lo que deben establecerse controles de acceso muy rigurosos (RD

994/1999, de 11 de junio, capítulo N). La Agencia para la Protección de Datos es la encargada de comprobar que esos controles existen y se cumplen.

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

III. Principios normativos. Principios generales

10. En la historia clínica informatizada debe quedar registrada la identidad de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido y accedido a ella en cualquier momento (Ley 41/2002, Artículo 14.1 y 3, Artículo 16.7). Es importante que custodien con diligencia sus claves de acceso, sin proceder a su revelación o puesta al alcance de otros, para proteger la información clínica, evitando tanto el acceso como la visualización de la misma por terceros. Igualmente, debe quedar registrada toda salida de información de los datos médicos, ya sea por impresión, en soporte informático, por correo electrónico, etc. Sin embargo, la responsabilidad de todos y cada uno de los profesionales que participan directa o indirectamente en la atención sanitaria de los pacientes no puede ser sustituida por ningún sistema de niveles de acceso, claves, encriptamientos y demás medidas necesarias de protección física y técnica de los sistemas de información, dado que también existen programas informáticos para descubrir claves de acceso.
11. Los profesionales sanitarios y no sanitarios que, por el desempeño de sus funciones, tienen contacto con la documentación clínica informatizada, están obligados a guardar el secreto profesional sobre esa información y sus claves de acceso; esta exigencia se mantendrá aunque se extinga el vínculo profesional. Igualmente, son responsables de la custodia y protección de la confidencialidad de dicha información. Las claves de acceso deben poder ser cambiadas cada cierto tiempo y para cada persona autorizada con el fin de proteger el acceso a los datos.
12. Es básico un acceso selectivo a los datos separando debidamente los datos relativos a identificación de las personas, datos médicos, datos administrativos, datos sociales y datos genéticos. Nadie, excepto el personal sanitario encargado de la atención asistencial de un paciente, podrá tener acceso a los datos completos de su historia clínica, ya que

exclusivamente a ellos ha dado permiso el paciente. Esta es la gran ventaja de la tarjeta sanitaria informatizada.

13. El artículo 61 de la Ley General de Sanidad sólo autoriza el acceso a la historia clínica a "los facultativos que directamente están implicados en el diagnóstico y tratamiento del enfermo, así como a afectos de inspección médica o para fines científicos". Todos los demás (familiares del enfermo sin su consentimiento, médicos o personal sanitario que no estén implicados directamente en el tratamiento o diagnóstico, personal parasanitario o no sanitario que no realice labores de inspección o científicas, mutuas y compañías de seguros -excepto sus peritos médicos y sólo ellos-) no son "personal autorizado" y, consecuentemente, si acceden a estos datos sin consentimiento de su titular pueden cometer el delito previsto, con penas severas, en el artículo 197 del Código Penal. El delito se comete tanto por acceder como por apoderarse, utilizar o modificar datos de carácter personal o familiar de otro que se hallen registrados en ficheros o soportes informáticos, electrónicos o telemáticos, o en cualquier otro tipo de archivo o registro público o privado.
14. Una historia clínica informatizada puede organizarse en tres niveles de almacenamiento: 1) datos básicos que el paciente sabe que pueden ser utilizados por cualquier profesional que participe en su asistencia, aunque no sea su médico o enfermero habitual (el médico de cabecera negociará con el paciente cuáles han de ser esos datos), 2) datos privados, a los que sólo se tiene acceso con el permiso expreso del paciente, y 3) datos reservados, a los que el paciente no tiene acceso, pues recogen las observaciones subjetivas que los profesionales consideran necesario reservar por razones asistenciales, o datos referidos a terceras personas.
15. El médico con ejercicio privado es responsable de la información sobre pacientes registrada en las aplicaciones informáticas que utilice. En el ejercicio público, también será responsable de aquellos ficheros informatizados de pacientes de los que no tenga conocimiento el responsable del centro sanitario.
16. El médico podrá cooperar en estudios de auditoria (epidemiológica, económica, de gestión), con la condición expresa de que la información en ellos utilizada no permita identificar ni directa ni indirectamente, a ningún paciente en particular (CEDM Artículo 17.5).
17. El personal con responsabilidades en los sistemas de información y redes de comunicación debe custodiar con especial cuidado identificadores y contraseñas que den acceso a los sistemas con privilegio de administrador.

La transmisión de datos médicos a través de las redes de telecomunicaciones se deberá realizar cifrando dichos datos o utilizando un sistema que garantice que la información no sea inteligible ni manipulada por terceros. Mediante el conocimiento y seguimiento de las vulnerabilidades y fallos detectados en los sistemas, los administradores pueden mejorar la seguridad de los equipos que están a su cargo.

Principios deontológicos específicos

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

- **El principio de sobriedad (pertinencia)**

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

- **El principio de transparencia**

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

- **El principio de responsabilidad**

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

- **El principio de protección universal**

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

IV. Conclusiones

19. Corresponde a los gobiernos autonómicos y central regular los conflictos entre los programas informáticos locales y los de los servicios de salud autonómicos, teniendo en cuenta que deben poner todos los medios para respetar el derecho a la confidencialidad de los pacientes. (CEDM Artículo 17A y Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre). Convendría instaurar unidades funcionales de documentación clínica dedicadas a supervisar las medidas de seguridad. No se puede olvidar que la relación médico-paciente requiere una salvaguardia y unos valores (respeto a la autonomía de los pacientes, existencia de un pacto implícito en la relación clínica, confianza social en la reserva de la profesión médica, lealtad debida al paciente), que deben custodiarse siempre si se quiere que el sistema sanitario funcione.
20. Las asociaciones de consumidores y usuarios y las de enfermos deben ser consultadas por los responsables del campo sanitario en cada autonomía para incluir en las aplicaciones informáticas los varios niveles de seguridad que dichas asociaciones soliciten. Es ésta una forma de que los pacientes participen en las decisiones y sean informados de los peligros que, para la confidencialidad, suponen las bases de datos centralizadas; tienen derecho a estar informados acerca de qué se hace con sus datos y a decidir quien los maneja.
21. Solo deben tener acceso completo a la historia clínica quienes tratan al paciente o quienes codifican los datos de la misma, ya que los profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico, el tratamiento y llevan a cabo el cuidado del paciente tienen acceso a la historia clínica de éste como instrumento imprescindible para su adecuada asistencia. Tanto los profesionales de atención primaria como de especializada deben ser informados de manera transparente por el responsable del centro sanitario sobre cómo funciona el sistema informático que utilizan y quien puede tener acceso a él.
22. Los servicios centrales de un servicio de salud autonómico, por ejemplo, que precisan datos epidemiológicos, administrativos, etc. para tomar decisiones, sólo deben tener acceso selectivo, de forma que los datos clínicos y administrativos estarán disociados (CEDM Artículo 17.2 y Ley 41/2002 Artículo 16), y también están obligados al deber de secreto. Por

tanto, deben disponerse perfiles de acceso y una segmentación conveniente, tanto de los usuarios de la aplicación informática como de las necesidades de información.

23. Los bancos de datos sanitarios extraídos de historias clínicas estarán bajo la responsabilidad de un médico y no pueden ser conectados a una red informática no médica (CEDM Artículo 17.3 y 4). Los mecanismos que permiten el registro de los datos estarán bajo su control directo sin que se deba permitir, en ningún caso, la desactivación de los mismos.
24. En la actualidad, debe desaconsejarse la centralización de los datos de las historias clínicas hasta que no mejoren las condiciones y sistemas de seguridad.
25. Los sistemas debe contar con una auditoria independiente que permita certificar sus características y seguridad así como determinar qué información y datos pertenecen a cada uno de los diferentes niveles, De igual manera y continuamente un comité independiente y específico deberá velar por la necesidad, pertinencia, relevancia y tiempo de conservación durante el período que razonablemente resulte útil para alcanzar el fin que justificó su captura y tratamiento informático. O en su caso, por interés de la salud pública, de la ciencia médica, o para fines históricos o estadísticos, los datos deben ser anónimos para asegurar la vida privada del paciente.
26. Intereses públicos como, en ocasiones, la atención continuada y compartida de los pacientes, la inspección de servicios sanitarios, la gestión y planificación sanitaria y la investigación científica, aconsejan que una ley de carácter básica, contemple y regule los casos y las circunstancias en los que será posible el acceso a la información clínica. Es necesario establecer una legislación propia para proteger la intimidad de los pacientes, para que nadie pueda ser discriminado por información relativa a la salud y para salvaguardar del secreto médico, en desarrollo de los artículos 14 y 18 de la Constitución.

Madrid, 15 de diciembre de 2005

7- Actitud de la OMC ante los colegiados con adicciones o enfermedad mental: modos de ayuda y rehabilitación

Diciembre de 2005

La Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en sesión celebrada el día 3 de diciembre de 2005, adoptó el acuerdo de aprobar, la siguiente declaración elaborada por la Comisión Central de Deontología:

ACTITUD DE LA OMC ANTE LOS COLEGIADOS CON ADICCIONES O ENFERMEDAD MENTAL: MODOS DE AYUDA Y REHABILITACIÓN

I. Justificación

1. Los médicos, al igual que los otros seres humanos, no están libres de sufrir a lo largo de su vida profesional algún trastorno mental o de desarrollar adicción al alcohol o a otras drogas. Los datos más recientes señalan que, en nuestro país y en algún momento de su vida, alrededor del 11% de los médicos padecen trastornos psíquicos o de adicción: de ellos, el 60% experimentará problemas de salud mental, un 26% conducta adictiva al alcohol y un 14% a otras drogas. Estas cifras no han de producir extrañeza a la vista de que un 30% de los médicos presentan síntomas crónicos de desgaste profesional.
2. En muchos casos, el médico no es consciente de esos problemas y se resiste a solicitar apoyo a otros compañeros; en otros, y con gran esfuerzo, intenta ocultarlos para no recurrir a una asistencia especializada. Es entonces cuestión de tiempo que puedan surgir conflictos con los compañeros o con los pacientes a los que ha de prestar asistencia.

Con independencia de las repercusiones que puedan tener en el entorno familiar y social, esos padecimientos ejercen un efecto negativo en el ámbito laboral, tanto en la relación con los compañeros, como, y ello es más grave, en la atención de los paciente, dado el riesgo incrementado de incurrir en negligencias y errores.

3. Esta Declaración trata de contribuir a la misión de la Organización Médica Colegial de velar por el correcto ejercicio de la profesión por parte de sus miembros y de proporcionarles ayuda para conseguirlo.

II. Consideraciones profesionales y sociales

4. A efectos de la presente Declaración, se considera médico enfermo a aquel que puede ver afectada negativamente su práctica profesional por causa de problemas psíquicos y/o conductas adictivas al alcohol o a otras drogas, incluidos los psicofármacos. Este estado conduce a: 1) denuncias por mala praxis, juicios y conflictos laborales; 2) bajas laborales de larga duración; 3) estados de incapacidad permanente o de inhabilitación profesional.

5. A esta situación se puede llegar por diversos motivos:

- Se trabaja con personas que sufren y piden ayuda, lo que ocasiona un importante desgaste emocional.
 - Estrés intenso durante los años que dura el periodo de formación.
 - Es frecuente no resolver los problemas, al menos completamente, lo que ocasiona frustración.
 - El incremento del número y cuantía de los juicios por negligencia ha creado un clima de temor e inseguridad ante potenciales errores médicos.
 - Existir importantes exigencias sociales que no guardan proporción con lo que el médico puede ofrecer.
 - La salud se ha convertido en un objetivo político, para el que las autoridades imponen demandas inalcanzables de ahorro y productividad.
 - Haber pasado los médicos de gozar de una consideración social elevada a una situación de menor prestigio.
 - Falta de autoestima causada por la funcionarización del médico, que le ha llevado a perder el control sobre el trabajo y el salario.
 - Fácil acceso a las sustancias de abuso y psicofármacos.
6. En los últimos decenios, la situación del “Estado de bienestar” ha conducido a que la sociedad no encuentre sentido al sufrimiento y, por tanto, no lo tolere: el sufrimiento es un fracaso de la ciencia y, en consecuencia, del médico, al que culpabiliza. Se ha producido una pérdida de la perspectiva de los valores, primando en exceso los aparentes y sociales (calidad, economía, eficacia) sobre los éticos (generosidad, honestidad, solidaridad).
7. el clima de hostilidad que domina la sociedad actual se infiltra paulatinamente en el medio laboral, viviéndolo como un estado normal; existen muchos facultativos que permanecen en silencio aunque son objeto con frecuencia de actitudes hostiles que frenan el normal desarrollo de la actividad clínica y la promoción profesional, enquistando al médico en alteraciones mentales que le empujan al desmoronamiento psíquico, a una sensación de incapacidad o de limitación acentuada, con impresión de agotamiento, laxitud y desaliento. Estos médicos acaban dudando de sus propias capacidades psicológicas y, generalmente, se ven abocados a la pérdida de su autoestima, a la autoexclusión, a las somatizaciones, a las alteraciones del estado anímico y, ocasionalmente, a conductas suicidas. La tasa de suicidio e intento de suicidio para los médicos varones es de 1.7 a 3 veces superior a la de la población general,

de 5 a 7 veces superior para las mujeres médicos; los factores de riesgo suicida son trastorno mental, especialmente depresivo, abuso de sustancias tóxicas y rasgos de personalidad predisponentes.

8. Los estudios sociológicos efectuados en distintos países europeos, para discernir el grado de satisfacción de los médicos con su situación profesional, ofrecen unas cifras alarmantes de insatisfacción y desilusión. Bien es cierto que el grado de insatisfacción es sólo moderado en algunos, pero alcanza grados extremos en un 10-15% de los médicos, para quienes se ha acuñado el término de burn-out síndrome, o “médicos quemados”, como consecuencia del estrés laboral, en quienes la insatisfacción laboral se acompaña de angustia y desinterés para la práctica de la profesión.

III. Consideraciones deontológicas.

9. El Código de Ética y Deontología Médica (1999) especifica:

- Art. 19.2. Si un médico observara que por razón de edad, enfermedad u otras causas, se deteriora su capacidad de juicio o su habilidad técnica, deberá pedir inmediatamente consejo a algún compañero de su absoluta confianza para que le ayude a decidir si debe suspender o modificar temporalmente o definitivamente su actividad profesional.
- Art. 19.3. Si el médico no fuera consciente de tales deficiencias y éstas fueran advertidas por otro compañero, éste está obligado a comunicárselo y, en caso necesario, lo pondrá en conocimiento del Colegio de Médicos, de forma objetiva y con la debida discreción. No supone esta actuación faltar al deber de confraternidad, porque el bien de los pacientes ha de ser siempre prioritario.

10. El art. 42 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.

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

12. En conclusión, existen varias razones para intervenir sin dilación en estos casos:

- 1) alta prevalencia de la patología, que cada día aumenta más;
- 2) fuerte resistencia del médico adicto o enfermo a pedir ayuda, tanto a corto como a largo plazo;
- 3) riesgo de mala praxis y sus 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.

IV. Aspectos prácticos

13. Los actores que deben intervenir en el caso del médico enfermo son la familia, los colegas, la empresa, la Administración sanitaria, el Colegio de Médicos.

14. Para que un programa de ayuda y rehabilitación a un médico enfermo tenga éxito es necesario:

- a. Garantizar todo lo posible la confidencialidad.
- b. Que la atención sea diferenciada de los servicios asistenciales generales, específica para atender al médico y altamente especializada.
- c. Que le Colegio de Médicos ejerza su responsabilidad en la autorregulación de la profesión y garante de la buena praxis, tutelando el ejercicio de la medicina al médico en rehabilitación.
- d. Utilizar la figura del “contrato terapéutico” de diversos grados como reflejo del compromiso mutuo entre el médico enfermo, el médico terapeuta y, en ocasiones, el propio Colegio de Médicos y/o la Administración o empresa.

15. En los casos de médicos con trastornos psiquiátricos de mayor riesgo (depresivos, abuso de sustancias tóxicas), o en situaciones de cambio vital, se debe fomentar su acceso a los servicios de salud mental colegiales o profesionales, con las tutelas judiciales necesarias.

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

- La conspiración del silencio: ocultación del problema por parte del enfermo, de la familia y de los colegas.
- Miedo a la estigmatización por el tipo de enfermedad, incluso entre los mismos colegas.

- Miedo a la pérdida de credibilidad y reputación (ejemplaridad contrariada).
 - Miedo a ser reconocido o a la violación de la confidencialidad (terror a la sala de espera).
 - Miedo a no volver a ejercer la profesión.
 - La prepotencia terapéutica, el mito de la invulnerabilidad y el no querer asumir el rol de paciente.
17. Los colegas del médico adicto tropiezan con una serie de obstáculos que deben eliminar para poder ayudarlo eficazmente:
- Actitud tolerante.
 - Temor a causar un perjuicio.
 - Pacto de silencio.
 - Falta de habilidad para afrontar la situación.
 - Falso respeto a la privacidad.
18. En el caso de agresiones físicas y verbales por parte de pacientes, la demanda la tiene que interponer el propio médico por lo que, además de soportar la agresión y el estrés postraumático que ésta produce, ha de mantener todo el estrés del juicio; a esto se añade la falta de seguridad en la vida privada, al conocer el agresor los datos personales por la denuncia. Dado que, en cumplimiento del deber de protección, la empresa o la administración deben garantizar la seguridad y salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionado con el trabajo, debe ser la dirección del centro sanitario quién realice la presentación de la demanda para que se pueda salvaguardar la intimidad del médico agredido.
19. La Organización Médica Colegial tiene la obligación de instar (art. 3.1 y 42.b de los Estatutos Generales) a la Administración Sanitaria a que implante las medida preventivas que se establecen en el art. 15 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales desde las distintas direcciones o gerencias.

V. Conclusiones

20. La obligación del médico es cuidar la salud de sus pacientes; estar pendiente de la salud de los colegas con los que se relaciona es una obligación aún más grave e imperiosa. La pasividad ante un colega enfermo es una conducta impropia, pues, dada la potencialidad de dañar a pacientes y colegas, constituye complicidad en el daño causado por el médico enfermo.

21. La Organización Médica colegial es la garante de una actuación médica profesional, ética y deontológicamente correctas. Para que esta actuación tenga lugar es necesaria una adecuada colaboración familiar y del centro de trabajo.
22. Los casos de médicos con problemas de adicción o enfermedades mentales, conocidos por la Junta Directiva de los Colegios de Médicos o por sus Comisiones de Ética y Deontología, deben ser valorados por colegas competentes y con experiencia en este terreno con el fin de sentar un programa terapéutico y de rehabilitación personificado. En estos casos la aplicación del PAIME (Programa de Atención Integral al Médico Enfermo) ha demostrado ser de gran ayuda y eficacia.
23. Corresponde a la Organización Médica Colegial instar a los Colegios para que acuerden con las Administraciones respectivas a fin de instaurar el PAIME en todas las Autonomías.

Madrid, 15 de diciembre de 2005

8- Intervención de los médicos ante los medios de comunicación en casos de notorio interés público

Septiembre de 2005

La Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en sesión celebrada el día 17 de septiembre de 2005, adoptó el acuerdo de aprobar, por unanimidad, la siguiente declaración elaborada por la Comisión Central de Deontología:

INTERVENCIÓN DE LOS MÉDICOS ANTE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN CASOS DE NOTORIO INTERÉS PÚBLICO

1. Es patente que existe hoy en el público un interés sin precedentes sobre los asuntos de salud y los avances de la Medicina. Las secciones o suplementos de salud y ciencia de los medios de comunicación tratan de dar satisfacción a ese interés, a la vez que con nuevas noticias y comentarios lo mantienen constantemente despierto.
2. Es natural que, en el origen o el esclarecimiento de esas noticias, los médicos jueguen un papel importante. De hecho, algunos dirigen programas de información sanitaria destinados al gran público, o colaboran en ellos de modo estable. No es infrecuente, además, que médicos o centros convoquen ruedas de prensa para difundir noticias sobre nuevas tecnologías o primicias terapéuticas. Muchas otras veces, los colegiados pueden ser invitados a intervenir en programas de muy diferente tipo. Y entonces, pueden hacerlo bien a título de expertos que dan o evalúan información sobre cuestiones médicas de actualidad; bien por ser justamente los médicos que tratan a grupos de pacientes que “son noticia”, por ser víctimas de accidentes o epidemias.
3. A la hora de intervenir ante los medios de comunicación, los médicos tendrán siempre en cuenta los deberes que les impone la deontología profesional y la ética social. Habrán de manifestarse, en toda circunstancia, de modo objetivo y prudente. Nunca podrán despertar falsas esperanzas o propagar conceptos infundados, ni lesionar la confidencialidad que deben a sus pacientes y colegas o a las instituciones sanitarias en que trabajan. Cuando informen acerca de sus propias actividades profesionales, lo harán con estricta veracidad y ponderación (CEDM 1999, art. 38.1 y 38.2).
4. Respetar y proteger celosamente el derecho a la intimidad del paciente, del secreto profesional y el respeto a sus colegas, es deber médico que ha de cumplirse con particular delicadeza y exigencia. El médico profesa la profunda convicción de que los pacientes son los dueños de la información que les concierne y que, por ello, son sólo ellos quienes disponen de la potestad de reservarla o difundirla. El médico podrá revelar esa

información cuando y en la justa medida en que sus pacientes le pidan que actúe como su portavoz y hable en su nombre.

5. Se ha hecho habitual que la información sobre los pacientes que ingresan en un hospital con ocasión de accidentes o catástrofes sea ofrecida por el director de la institución que, a título de tal, la presenta ante los representantes de los medios. Esa información debe ajustarse a las normas de la buena práctica profesional. Ello no difícil cuando consiste simplemente en leer un parte o responder verbalmente a las preguntas de los periodistas acerca de la situación de un colectivo de personas. En el caso de informar sobre pacientes individuales no sólo deberá contarse con la autorización del paciente, sino que no deberán ofrecerse evaluaciones diagnósticas o pronósticas sin el conocimiento y la autorización del médico responsable del paciente.
6. Las cautelas deben extremarse cuando las cámaras de televisión acuden al escenario de un accidente o entran en las áreas de urgencia o en las salas de un hospital. Los médicos responsables o los directores de las instituciones sanitarias deberán oponerse con la energía necesaria a que, en esas circunstancias tan sensibles y especiales, pueda sufrir menoscabo la intimidad de los pacientes y sus allegados o se falte al respeto que se debe a los profesionales que les atienden.
7. Se ha de señalar, finalmente que, la información sobre acciones violentas o presuntamente criminales (agresiones, envenenamientos, asesinatos) es asunto propio de la policía, no del os médicos. Estos están obligados a tratar a todos los pacientes con respeto y discreción que son debidos a todo ser humano. No corresponde a los médicos determinar la significación jurídica de las lesiones que observan y tratan, ni de los motivos que hayan podido tener quienes las hayan podido tener quienes las hayan causado, pues ello corresponde a quienes son profesionales en los saberes y que haceres jurídicos.

Madrid, 19 de septiembre de 2005

9- Ética de la relación profesional del médico con la industria farmacéutica y las empresas sanitarias

Mayo de 2006

La Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en sesión celebrada el día 12 de mayo de 2006, adoptó el acuerdo de aprobar, la siguiente declaración elaborada por la Comisión Central de Deontología:

ETICA DE LA RELACIÓN PROFESIONAL DEL MÉDICO CON LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA Y LAS EMPRESAS SANITARIAS

1. Al colegiarse, el médico sume públicamente le compromiso deontológico de prestar a sus pacientes una atención de calidad humana y científica (CEDM arto 18). Esto implica una ética de la prescripción basada en los principios de libertad, que la Comisión Central de Deontología desarrolló en su Declaración sobre la libertad de prescripción del médico (1998), aprobada por la Asamblea General y publicada en la revista OMC, nO 62 (febrero de 1999). En ella, se establece que la libertad de prescripción está vinculada a la responsabilidad profesional, lo cual supone que la aplicación de un medio terapéutico o diagnóstico debe ir precedida de una consideración de su validez científica, su idoneidad para un paciente determinado y su eficiencia. La Declaración hacía una mención expresa de los aspectos económicos de las decisiones médica: "El médico no puede olvidar que el dinero con que se han de pagar sus prescripciones no es suyo, sino del paciente o de las instituciones que las toman a su cargo, y que ha de hacer de él un uso racional [. ..]. Este deber deontológico de prescribir con racionalidad y economía obliga al médico a ser plenamente independiente de condicionamientos que limiten su libertad de hacer en cada caso lo mejor, también lo mejor económico, por su paciente y or quién asume sus gastos".
2. Los profundos cambios experimentados por la organización sanitaria en los últimos decenios han situado la eficiencia y el factor económico en un lugar significativo de la toma de decisiones médicas, las cuales pueden verse interferidas por intereses no siempre coincidentes con los del paciente, sujeto principal de la atención sanitaria. De este modo pueden entrar en acción al menos dos agentes que se relacionan con el médico que decide la prescripción o que toma decisiones con implicaciones económicas, que en algunas circunstancias podría verse indebidamente influido por intereses procedentes de la entidad proveedora de servicios (pública o privada) y/o de la industria o empresa sanitaria.
3. Se plantean así problemas éticos o conflictos de intereses para el médico cuyo comportamiento deberá estar movido por principios de

independencia profesional, lealtad hacia el paciente y transparencia hacia la sociedad. La ejemplaridad del médico es un valor moral muy relevante para fundamentar la confianza en la relación clínica y el respecto social hacia la profesión médica.

4. La Comisión Central de Deontología siente la necesidad de ofrecer a la colegiación algunos criterios éticos y deontológicos, que puedan contribuir, junto con otros agentes involucrados (administración sanitaria, industria farmacéutica y sanitaria, sociedades científicas, asociaciones de pacientes, entidades asistenciales) a la deliberación social en una cuestión de gran interés y con serias implicaciones para el bien común.
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.
6. Las compañías farmacéuticas tienen legítimos intereses comerciales que se traducen en la promoción de sus productos mediante las tradicionales estrategias de información y publicidad, de ordinario acompañadas de atenciones comerciales. En España existe una legislación (R. D. 1416/1994) que detalla los límites y el valor de los obsequios y la hospitalidad que un médico puede aceptar. Además de lo establecido por la norma legal, el médico procurará mantener una actitud de elegancia y sobriedad ante las atenciones comerciales y evitará con prudencia cualquier signo de ostentación publicitaria ante los pacientes.
7. Es aceptable, y aún necesario, que la industria farmacéutica organice y financie actividades científicas y de formación que suponen un elemento esencial y valioso de la educación médica continuada. Ello, sin embargo, no puede hacer olvidar que ésta es una obligación ética primaria del médico, en cuyo desarrollo práctico tiene una responsabilidad ineludible la institución en cuyo seno el médico desarrolla su actividad profesional en régimen de dedicación exclusiva o preferente.
8. Los médicos que asumen responsabilidades directivas en aquellas actividades científicas y de formación médica que reciben financiación de entidades comerciales privadas deben garantizar la independencia de los contenidos de los programas que ellos desarrollan, y expresarán

con claridad y transparencia la naturaleza del patrocinio recibido. Quedarán claramente definidos los actos de una reunión científica dedicados a la información promocional de un producto o procedimiento. El médico que participe en estos eventos en calidad de experto deberá exigir que así se declare a todos.

9. Es muy valiosa la información de la industria que facilita la transferencia tecnológica ante un nuevo producto sanitario o una nueva indicación con potencial valor añadido a la calidad asistencial. Sin embargo, es condenable la práctica de hacer a los profesionales de la Medicina objeto de estrategias promociona les meramente repetitivas y que tratan de obtener el mayor número de "impactos" publicitarios. El médico debe ponderar el tiempo que invierte en recibir información de la industria farmacéutica de acuerdo con criterios de eficiencia. Deberá mantener con los representantes de la industria farmacéutica y sanitaria una relación presidida por la utilidad, la cortesía y el respeto profesional.
10. Es incompatible con la deontología médica solicitar o aceptar contraprestaciones a cambio de prescribir un medicamento o utilizar un producto sanitario. Este principio ético fundamental no admite excepciones enmascaradas en supuestos estudios de investigación, por ejemplo de farmacovigilancia, que inducen a realizar unas determinadas prescripciones. Este criterio debe contribuir también a la reflexión, lo mismo del médico individual como de los grupos de médicos, a la hora de establecer acuerdos de colaboración con la industria sanitaria para facilitar la asistencia a congresos, actividades formativas o cualquier otro tipo de ayuda.
11. Los médicos con responsabilidades en la dirección y gestión relacionada con la adquisición de suministros sanitarios tienen un deber deontológico de ejemplaridad que rebasa el nivel mínimo que exige la norma legal, tanto ante los médicos y el personal de la 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. La cooperación entre la profesión médica y la industria sanitaria es necesaria en todos los niveles del desarrollo y uso de los medicamentos o de cualquier otro material sanitario, para garantizar la seguridad de los pacientes y la eficacia de los tratamientos. El médico, que tiene derecho a recibir una compensación razonable de la industria por su trabajo como investigador, como consultor o como docente, tiene

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

13. 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 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.
14. Algunas sociedades científicas e instituciones médicas están recomendando a sus miembros la realización de 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.
15. La Comisión Central de Deontología insta a los responsables de la formación médica, en especial de los estudiantes de Medicina, para que en las Facultades se introduzcan, ya desde los primeros años de la Licenciatura, estos valores éticos.

Madrid, 16 de mayo de 2006

*10-Declaración sobre las
calidades del certificado médico
y sobre sus diferencias con los
partes y los informes médicos.
Peculiaridades del certificado
médico de defunción.*

Noviembre de 2006

Introducción

Son muchas las circunstancias sociales en las que es necesario disponer de un testimonio cierto, verídico y preciso de la situación de salud y enfermedad de los ciudadanos. La sociedad necesita para ello servirse de los médicos, al considerarlos como expertos únicos en la evaluación y juicio de los estados de salud y enfermedad.

Los médicos tienen la obligación legal y social de certificar. Para hacerlo correctamente, necesitan, además de ejercer su saber científico, cumplir los requisitos que impone la técnica jurídica y la prudencia profesional. Para recordar las ideas más básicas que se han de tener presentes en la materia, la Comisión Central de Deontología ha preparado esta Declaración.

Lo hace porque la certificación es un acto médico, sometido a las exigencias recogidas en las normas estatutarias y deontológicas, y en concreto a lo dispuesto en el Título VI de los Estatutos Generales (art.58-61) y en el vigente Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial (Artículo 11); y a lo que, en su caso, establezcan los Códigos deontológicos de los Consejos Autonómicos de Colegios Médicos.

Con la presente Declaración, la Comisión Central de Deontología desea completar la doctrina en vigor dada en sus Declaraciones anteriores sobre la materia: sobre la Certificación médica, sobre la Autocertificación, y sobre la Ética y deontología de los partes y certificados de bajas y altas laborales en atención primaria y especializada y la función de los médicos inspectores en su control y supervisión, aprobadas por la Asamblea General en sus sesiones de 8 de octubre de 1992 (las dos primeras) y de 26 de mayo de 2001, la última.

Se espera que esta declaración redunde en una elevación de la calidad de los documentos mediante los cuales dan fe los médicos de sus observaciones, función necesaria para el buen funcionamiento de la sociedad.

1. Aclaraciones preliminares

- 1.1. Entre los documentos que el médico expide, hay unos cuyo fin es fundamentalmente asistencial y miran a la mejor asistencia clínica de sus pacientes, mientras que otros, de carácter legal, tienen una finalidad relacionada con el ejercicio de un derecho o el cumplimiento de una obligación, y de los que suelen derivarse efectos jurídicos, no meramente asistenciales.
- 1.2. Los tipos principales de esos documentos son:
Parte médico. Es, por definición, un documento breve que sirve para poner en conocimiento de alguna autoridad o del público general un hecho médico, como, por ejemplo, una situación clínica o asistencial.

Informe clínico y certificado médico. Son documentos que informan sobre datos personales de naturaleza sanitaria, que tienen por finalidad acreditar jurídica o administrativamente ante terceros un estado de salud o enfermedad, o un proceso asistencial prestado. Se distinguen por su soporte material, la finalidad para la que se solicitan, la vigencia temporal de los datos que acreditan, y el tipo de acto médico que testimonian.

- 1.3. Tanto la certificación médica como el informe clínico son con frecuencia requisitos legales exigibles para acreditar el estado de salud o enfermedad a fin de optar a determinadas prestaciones, de ejercer ciertas actividades o de acreditar hechos de trascendencia civil. En consecuencia, deberán cumplir lo dispuesto en las normas que regulan esos servicios y actividades. Su emisión es, en cierto modo, un servicio público. No puede por ello olvidarse que su emisión es una obligación legal de los médicos y un derecho de los pacientes.
- 1.4. Esas implicaciones públicas y legales justifican la necesidad de tener un adecuado conocimiento de lo que son éstos documentos. Conviene no olvidar que la incorporación de la expresión CERTIFICO en un informe médico le dota jurídicamente del valor de un certificado y otorga a su contenido un suplemento testimonial de garantía y compromiso.

2. Cualidades del certificado médico

- 2.1 Por certificado médico o certificación médica se entiende el documento expedido por el médico que tiene como fin dejar constancia de hechos ciertos relacionados con la salud, la enfermedad o la asistencia recibida por un paciente. La petición de certificados médicos viene determinada por lo general por normas legales que exigen a los ciudadanos la presentación de ese documento para que puedan optar a determinados servicios, actividades o beneficios, o para la acreditación cualificada de datos personales o situaciones civiles (por ejemplo, nacimiento, defunción, discapacidad, estado psíquico, aptitud deportiva).
- 2.2 El certificado médico se extiende siempre a petición de la parte interesada, entendiéndose por tal, al paciente, a la persona a la que el paciente autoriza por escrito, o al representante legal acreditado. En el caso de enfermos incapaces de hecho, podrá solicitar certificados el familiar que ostente su representación; si fueran menores de edad, lo harán sus padres o representantes legales. Si el menor ha cumplido 16 años está emancipado, regirán las reglas que se aplican a los mayores de edad.

- 2.3 Ante la solicitud de certificado o informe médico por parte de las compañías de seguros, se deberá atender a las siguientes reglas:
- a) La emisión, por parte del médico que atiende habitualmente a un paciente, de certificados o informes médicos a una compañía de seguros requiere el consentimiento informado y expreso del paciente. Sin tal consentimiento no debe el médico proporcionar tal información. El traslado de esa información deberá hacerse en condiciones que garanticen su confidencialidad, lo que hace aconsejable que esos documentos se remitan a los servicios médicos de las aseguradoras.
 - b) Si el médico realiza el reconocimiento del paciente por encargo de una compañía de seguros, deberá informar al paciente, antes de actuar, del título en virtud del cual actúa, y de que su informe y conclusiones se entregarán a la aseguradora. El paciente tiene derecho, antes de que se remita el informe a la compañía, a ser informado de los resultados del reconocimiento y a ser advertido de las consecuencias que de esa remisión pudieran derivarse.
- 2.4 Como principio general, la autocertificación se ha de tener como contraria a la ética profesional.
- 2.5 El certificado médico debe entregarse únicamente al paciente, a la persona que legítimamente lo ha solicitado, o a la que haya sido autorizada para ese fin por el paciente.
- 2.6 El certificado es un documento que no va dirigido a nadie en particular. Ello obliga a tener presente que, independientemente de la explicación dada por el solicitante legítimo, el certificado puede ser utilizado para cualquier otro fin, lo que obliga a extremar la prudencia tanto en la forma como en el contenido de esos documentos. Ello pone de relieve la necesidad de seguir criterios estrictos de exactitud, precisión terminológica y circunspección, evitando cualquier tipo de deformación complaciente acomodaticia del hecho médico observado.
- 2.7 El certificado médico debe expedirse en el impreso oficial editado por el Consejo General de Colegios de Médicos de España. La Ley puede permitir utilizar otro tipo de impresos.
- 2.8 La emisión de certificados es una obligación profesional, derivada del derecho legalmente reconocido al paciente de obtener los certificados médicos acreditativos de su estado de salud.
- 2.9 El médico no está obligado a expedir un certificado si la carencia de la competencia específica o la falta de datos o pruebas no le permiten afirmar los hechos que habrían de ser acreditados. Muchos problemas de este tipo, que puede presentarse en situaciones muy dispares,

podrán derivarse a personas o instituciones establecidas por la sociedad (certificado médico de aptitud deportiva, solicitudes de inmigrantes para obtener el permiso de residencia, certificación de capacidad para determinadas funciones, iniciación de un expediente de in-capacitación).

- 2.10 Cuando así lo establezca una disposición legal o reglamentaria, la expedición de certificados es gratuita por parte del médico. En tal caso, los médicos, en la práctica privada sólo podrán cargar honorarios en razón de los reconocimientos y exámenes que hayan tenido que practicar. Los médicos que prestan asistencia en centros públicos o por cuenta de terceros nunca podrán cobrar honorarios, pues la emisión del certificado cae dentro del concepto de prestación sanitaria. Los médicos que presten servicios en Mutuas de Seguro Libre deberán atenderse a lo determinado en la póliza contratada por el solicitante.
- 2.11 El certificado médico oficial sirve para dar fe de un estado de salud actual y contemporáneo, lo que se refleja en la fecha de petición y expedición del documento.
- 2.12 El certificado médico está sujeto a las reglas de la responsabilidad profesional. La falta de exactitud o de verdad en un certificado médico puede ser causa tanto de responsabilidad penal, a tenor de lo establecido por el artículo 397 del Código Penal, como de responsabilidad civil, con obligación de reparar el daño causado. El incumplimiento de lo dispuesto en el artículo 11 del Código de Ética y Deontología Médica constituye una infracción deontológica, sancionable de acuerdo con lo establecido en los Estatutos de la Organización Médica Colegial.
- 2.13 Teniendo en cuenta que su contenido es garantía de un hecho, están ética y legalmente prohibidos los certificados médicos de complacencia.

3. Peculiaridades del certificado médico de defunción.

- 3.1 Es un documento médico-legal obligatorio, que la Ley de Registro Civil denomina parte facultativo de defunción, que siempre ha de expedir un médico. Ha de extenderlo el médico que asistió al paciente durante el proceso que le condujo a la muerte, o el que estuvo presente en los últimos momentos, o el que le atendió durante su última enfermedad. Sólo en último caso, podrá redactarlo cualquier otro médico que haya reconocido el cadáver y pueda reconstruir fiablemente los mecanismos de muerte.
- 3.2 No debe expedirse el certificado médico de defunción en casos de muerte violenta o sospechosos de criminalidad. En tales circunstancias, el médico deberá redactar un parte de defunción

dirigido al Juzgado de Guardia para que se practique la autopsia judicial.

- 3.3 En el certificado médico de defunción deben constar además de los datos de identificación del médico y del paciente, las causas inmediata y fundamental de la muerte, y la hora de la muerte.
- 3.4 El certificado de defunción debe realizarse siempre en el impreso oficial distribuido por los Colegios Oficiales de Médicos. Su expedición es gratuita. Las peculiares circunstancias humanas que rodean al fallecimiento de una persona convertirían la percepción de honorarios por certificar la defunción en un abuso particularmente degradante. Debe rechazarse enérgicamente la práctica en contrario, introducida en algunos lugares por las agencias funerarias.

4. Informes médicos

- 4.1 El informe médico es un documento mediante el cual el médico responsable de un paciente, o el que lo ha atendido en un determinado episodio asistencial, da a conocer aspectos médicos relacionados con los trastornos que sufre, los métodos diagnósticos y terapéuticos aplicados, y, si procede, las limitaciones funcionales que se puedan derivar.
- 4.2 El informe médico sirve para dejar constancia de un estado de salud, incluso anterior al de la fecha de petición. Su vigencia, por tanto, no está limitada a un periodo de tiempo.
- 4.3 La petición de informe médico puede estar vinculada a motivos tanto de interés particular, como de orden legal o público.
- 4.4 El valor de prueba y de garantía que el ordenamiento jurídico y la sociedad confieren a los informes médicos obligan a extremar el rigor de su contenido, y a evitar incluir en ellos términos ambiguos o informaciones insuficientes o excesivas que puedan confundir al destinatario.
- 4.5 Entre los informes médicos se ha de incluir el informe de alta médica, que es el documento emitido por el médico responsable al finalizar cada proceso asistencial de un paciente en un centro sanitario, y en el que incluyen, además de un breve resumen de la historia clínica, los datos más relevantes de la actividad asistencial prestada durante el ingreso, y las correspondientes recomendaciones terapéuticas.

5. Recomendaciones éticas

- 5.1 Sólo se han de emitir certificados o informes médicos a solicitud del paciente; y, en su interés, a petición de la persona que él haya autorizado a tal fin.

- 5.2 Nunca se certificará sobre lo no observado o no comprobado personalmente. Cuando se incluyen en el certificado declaraciones del paciente o inferencias que el médico hace a partir de los datos clínicos, se ha de hacer mención expresa de esa decisiva circunstancia.
- 5.3 Se ha de describir con exactitud y rigor lo constatado, usando para ello expresiones precisas y prudentes, libres de comentarios personales.
- 5.4 Se ha de evitar al máximo el empleo de tecnicismos; si ello fuera inevitable, se ha de aclarar cuál es su significado para hacerlos comprensibles en lenguaje común.
- 5.5 No se deben incluir en los certificados o informes médicos valoraciones deontológicas o jurídicas de los hechos constatados, ni valoraciones críticas sobre la actuación de los profesionales que han intervenido. En un certificado médico están fuera de lugar las expresiones que pudieran desacreditar o desprestigiar a otros médicos.
- 5.6 Es obligado hacer constar la fecha en que se expide el certificado, seguida de la firma del médico que certifica.
- 5.7 Es conveniente dejar en la historia clínica relación de los documentos que se han entregado al paciente, indicando el motivo de haberlos emitido. Es también recomendable guardar una copia de ellos.
- 5.8 Siempre que se realiza un certificado o informe médico debe tenerse presente que el documento puede ser presentado en cualquier parte, surtiendo efectos distintos para los que inicialmente fue solicitado. Por ello, conviene insistir, se emitirán bajo ningún concepto documentos médicos de complacencia.

Madrid a 21 de noviembre de 2006

11-Declaración sobre la historia clínica: Aspectos Éticos y Deontológicos

Noviembre de 2006

I.- Introducción.

1. La eficacia en la atención médica exige el que todos los datos relativos a la salud y a la enfermedad de un paciente queden recogidos en un documento, que en un momento determinado, pueda ser consultado por el propio médico o por otro profesional sanitario. De este modo, se garantiza una continuidad en la asistencia, la posibilidad de seguir la evolución del paciente y guardar de un modo objetivo los datos suministrados por el paciente y sus familiares, así como las observaciones, exploraciones y datos complementarios.
2. Las nuevas formas de ejercicio médico, el diferente tipo de relación médico- paciente, los cambios operados en los paradigmas que rigen esta relación, exigen un nuevo modelo de documento, más formal, más complejo, en el que no sólo participan médicos, sino también otros profesionales sanitarios. El ejercicio de este tipo de medicina ha roto, de alguna manera, esa relación íntima y personal de un médico con su paciente, haciendo partícipe de las intimidades y confidencias contenidas en la historia a otras personas, no necesariamente del estamento sanitario, que dificulta la guarda del secreto profesional. Pero el hecho de que la historia pase por muchas manos, no puede ir en detrimento de la guarda escrupulosa de la confidencialidad y del secreto de lo en ella contenido.

El principio deontológico de que la historia clínica se redacta y conserva para la asistencia del paciente es sagrado y debe prevalecer por encima de cualquier otro derecho. Cada vez que una historia clínica se reabre, con ocasión de un nuevo proceso patológico, revisión de los anteriores, por razones científicas, de inspección o judiciales, se debe hacer bajo los mismos principios éticos y deontológicos que inspiraron la primera vez en la que en presencia del paciente se inició este documento.

La historia clínica de un paciente es un continuo, aunque cada acto médico, allí reflejado, sea un acto único en cuanto tal, respondiendo de él el médico que lo realiza, pero es un todo indivisible en cuanto a los datos allí reflejados a cuya confidencialidad nos obliga la ley moral y legal.

3. La necesidad de preservar y garantizar los derechos y deberes de los pacientes, de los médicos y eventualmente de terceros, que podrían encontrar en la historia clínica una fuente documental para otros propósitos distintos a los asistenciales, pero igualmente lícitos y legítimos, ha hecho necesaria una normativa que regule este complejo documento, no sólo en sus aspectos clínicos y deontológicos, sino también administrativos y judiciales.

El que exista una amplia regulación legal, que afortunadamente va de la mano de las normas deontológicas, debe entenderse desde la exigencia de la tutela jurídica de todos los intereses en juego, algunos de ellos de máximo rango al incidir sobre derechos de la personalidad protegidos por el título primero de la Constitución Española (CE), como Derechos Fundamentales. Pero nunca ha de perderse de vista que la historia clínica es, ante todo, un documento clínico, sometido a las normas del arte médico y de la Deontología Médica que lo regula.

4. Los conflictos que se generan en su interpretación son importantes, de ahí que desde distintos foros se haya reclamado a esta Comisión Central de Deontología un documento en el que se haga una interpretación médico-deontológica de esta materia a la luz del Código de Ética y Deontología Médica
5. Cómo señala el Art.7 del Código de Ética y Deontología Médica (CEDM): “La eficacia de la asistencia médica exige una plena relación de confianza entre el médico y su paciente”. Sólo es posible el conocimiento de los problemas y padecimientos de un enfermo si este los confía a su médico sin ningún tipo de reservas, a sabiendas de que esas manifestaciones, a veces banales, a veces trascendentes, quedaran preservadas bajo secreto profesional. El médico redactor o consultor de una historia, no puede olvidar nunca que los bienes y valores que están contenidos en la historia son de una importancia extraordinaria ya que están directamente relacionados con uno de los derechos fundamentales del individuo: el derecho a la intimidad del que emanan otros no menos importantes como el honor, la dignidad, la libertad, la integridad física y la salud.
6. La Comisión Central de Deontología y Derecho Médico, sin ignorar la normativa legal al respecto, ha considerado necesario pronunciarse sobre la naturaleza ética de la historia clínica y de las situaciones que en su entorno clínico se pudieran suscitar, proclamando solemnemente que: si un médico tuviese la certeza de que unos datos especialmente sensibles, que por su especial relevancia y trascendencia jamás deberían ser revelados no van a ser custodiados con las garantías necesarias, no debe consignarlos en la historia, aunque ello vaya en detrimento de la asistencia.

II.- Naturaleza de la Historia Clínica.

7. La Historia Clínica es el documento fundamental en el que se plasma la relación médico- paciente, ya que expresa la manifestación libre y voluntaria por parte del enfermo, exponiendo, a veces, sentimientos íntimos tal y como éste los vive. La Historia Clínica debe recoger los datos de la anamnesis y de la exploración del paciente, así como la aceptación

consciente y voluntaria de las exploraciones y consultas propuestas, las negativas a recibir tratamientos o rehusar cierto tipo de exploraciones. La historia clínica puede recoger informaciones proporcionadas por familiares o personas allegadas, siempre que sean de interés para el diagnóstico y tratamiento. Finalmente el médico puede plasmar opiniones para justificar una determinada toma de decisión. Será obligado, sin perjuicio de los deberes de otros profesionales, que el médico consigne en la historia la evolución del enfermo y cuantos acontecimientos e incidencias sean relevantes en el proceso asistencial. Las anotaciones que se realicen deben ser relevantes para el proceso asistencial, veraces y respetuosas para con el interesado y su familia. No es ético filtrar o modificar los datos clínicos pensando en una eventual reclamación judicial.

8. Es un mandato deontológico y legal que todos los actos médicos, en el curso de un proceso asistencial, queden fielmente reflejados en su historia, teniendo el médico el deber y el derecho irrenunciable de redactarla. (Art. 13.1 CED) Es el máximo responsable de su redacción y actualización, y debe enriquecerla con sus aportaciones científicas y personales, estando obligado a guardar y hacer guardar los secretos que conociera, bien directamente por el propio enfermo, o a través de otros colegas o por la consulta de la propia historia. Ni siquiera la muerte del enfermo le eximirá de esta obligación (Art. 14 y 15 CEDM y Art. 18.4 de la Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente).
9. La finalidad fundamental de la Historia Clínica es facilitar y vertebrar la asistencia sanitaria del enfermo. Para ello debe contener todos los datos e información generados en cada uno de los actos médicos en los que el paciente se haya visto involucrado a lo largo de su vida. Igualmente la historia debe contener las exploraciones y datos que se hayan obtenido aun cuando estos estén dentro de la normalidad o hayan sido negativos. No debe darse por supuesto el hecho de que, si no se consignan, los hallazgos son normales o negativos. Debe contener los datos que justifiquen los diversos procedimientos diagnósticos y terapéuticos empleados, así como los documentos acreditativos de la información recibida por el paciente y del consentimiento otorgado por éste a dichos procedimientos.

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

10. El idioma no debe ser una barrera que se interponga entre el paciente y su médico, ni un obstáculo para que la Historia Clínica se pueda consultar por otros colegas. Quien la redacta debe ser consciente de que los datos

que él consigna hoy y que son fundamentales para tratar al paciente, serán consultados mañana por otro médico y también entonces serán vitales. Por ello, es una exigencia ética cuidar el léxico, no usar términos particulares o localistas, no utilizar abreviaturas aunque sean de uso común y escribir con letra legible.

11. El trabajo en equipo, tanto en Centros de Salud como en el medio hospitalario, hace que diferentes médicos puedan tener acceso a la historia clínica con ocasión del mismo proceso. El autor de cada acto médico debe quedar inequívocamente identificado en la historia, pues sólo él responde ética y legalmente del mismo. Las discrepancias diagnósticas y terapéuticas pueden y deben quedar reflejada en la historia, pero guardando la compostura que las relaciones interprofesionales exigen y sin transformar este documento en un medio en el que se diriman diferencias ajenas al caso clínico.
12. El médico, por mandato deontológico (Art. 13.2 CEDM) y legal y, en su caso, la Institución en la que trabaja, están obligados a poner en práctica los medios para: conservar la documentación clínica, impedir el acceso o uso no autorizado, la falsificación o eliminación de datos, el robo, la adulteración maliciosa o la pérdida o destrucción accidental de la historia durante el tiempo que se juzgue necesaria su conservación, que nunca será inferior a cinco años, (LRAP Art. 17) .

III.- Propiedad de la Historia Clínica y acceso a la misma

13. Dado que la finalidad fundamental de la historia clínica es facilitar la asistencia médica, cualquier utilización de la historia con otra finalidad distinta a ésta deberá cumplir, en principio y con mínimas excepciones, dos exigencias éticas: No vulnerar la confidencialidad, en ningún caso, y contar con el consentimiento del paciente y del médico (Art. 13.4 CEDM).
14. El art. 18.1 CE garantiza el derecho a la intimidad personal y a la propia imagen como derechos fundamentales. Pero, como tiene establecido la doctrina del Tribunal Constitucional, estos derechos no son absolutos. En ocasiones, la protección a ultranza de los mismos puede entrar en colisión con los intereses generales de la sociedad o de terceros, lo que hace necesario dar una solución a este problema con el menor daño posible. La doctrina constitucional establece que cuando se lesionan derechos fundamentales en beneficio del bien común, habrá que procurar que el daño sea mínimo siguiendo un estricto criterio de proporcionalidad: el daño producido no puede ser mayor que el beneficio que se pretende obtener al vulnerar tal derecho. Sin perjuicio de lo establecido en otras normas, es la Ley 41/2002, la que desarrolla positivamente lo relacionado con la historia

clínica, en su Art. 7.1 dice: “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”.

Solamente por tanto, ante situaciones muy concretas, cuando el bien público o común deba prevalecer sobre el particular y el principio de justicia se imponga sobre el de autonomía, el médico podrá revelar datos confidenciales del paciente sin incurrir en falta deontológica, pero siempre lo hará de forma restringida, con discreción y revelando lo justo y necesario y a quién exclusivamente la ley autorice (Art. 16.2 CEDM). Es este uno de los casos en los que el médico se sitúa en la posición de garante, especialmente si el enfermo no pudiera defenderse por sí mismo.

15. La doctrina mayoritaria entre los tratadistas de Derecho Civil en consonancia con la Ley General de Sanidad, el Real Decreto 63/ 1995 y algunos Decretos autonómicos, es que la propiedad de la Historia Clínica pertenece a la Institución para la cual trabaja el médico. Pero es incuestionable que en la elaboración de la historia hay tres actores, con derechos y obligaciones bien definidas, lo que permite hablar de copropiedad.

- a) El enfermo es el elemento fundamental. Sin él no hay historia. Participa activamente comunicando sus síntomas, sus antecedentes familiares y personales. Participa pasivamente dejándose explorar y sometándose a las exploraciones que se le indiquen. Le da legitimidad al acto al consentir.
- b) El médico dirige la anamnesis, las exploraciones, las pruebas diagnósticas y realiza el juicio clínico y propone el tratamiento. Es el garante de la confidencialidad mientras la historia está en su poder. Le da legitimidad al acto médico respetando el principio de autonomía del paciente.
- c) El centro facilita los medios materiales y humanos para que se pueda realizar el acto médico. A veces también facilita los medios terapéuticos. Tiene por imperativo legal la obligación de guarda y custodia de la Historia.

16. Dado que ninguna de las tres partes tiene un dominio absoluto sobre la historia, habrá derechos de unas que generan deberes para las otras.

- a) Derechos del paciente: El paciente tiene derecho a exigir que sus datos consten en una historia; a que esta se custodie con garantías, materiales y morales, a consultarla, a tener una copia de la misma o a parte de ella; tiene derecho a delegar en un representante para que lo pueda hacer en su nombre, a autorizar a personal no sanitario su

consulta, a prohibir que terceras personas puedan acceder a ella y a decidir el destino de la misma tras su muerte. Se obliga a ser veraz en sus manifestaciones al personal sanitario.

- b) El médico tiene derecho a redactar la historia de sus pacientes, y a que como autor de la misma nadie la pueda modificar, enmendar, sustituir, amputar. A reservarse, en exclusiva, un espacio de confidencialidad para hacer sus anotaciones subjetivas (Art.18.3 LRAP: "... ni en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas"); a limitar los derechos de los pacientes y de la Administración cuando, dada su posición de garante, tenga que velar por el derecho de confidencialidad de ciertos datos pertenecientes a terceros y traídos a la historia en interés clínico del paciente; a seleccionar la información que se debe suministrar al juez y a la Administración sanitaria en función del asunto a resolver.
 - c) c) El centro o la Institución tienen el derecho de propiedad sobre las pruebas que se hayan realizado a sus expensas, a disponer la forma en que las historias deben clasificarse y sobre que tipo de soporte, así como establecer los regímenes de guarda, uso y custodia. (Art. 13.2 CEDM)
17. En la historia clínica figuran las exposiciones relevantes realizadas por el paciente respecto a sus antecedentes personales, y a los datos de terceras personas por él conocidos, en general padres y hermanos (antecedentes familiares), pero existen, a veces, interpretaciones o juicios personales del médico responsable del paciente o datos y opiniones recogidos por el médico de familiares o allegados , a veces fundamentales para el diagnóstico, pero que deberían ser secretos para el enfermo, de ahí la conveniencia de que el paciente no tenga un acceso absoluto y total a la historia clínica íntegra. Por ejemplo, el conocimiento del etilismo del paciente puede ser un dato fundamental para el médico que lo atiende, pero el modo en que el facultativo ha tenido acceso a esta información pudiera crear situaciones de conflicto entre el paciente y el informante, ya que el médico deberá reflejar en la historia la fuente de información, puesto que podría ser necesaria su comprobación en un determinado momento. Cualquier información proveniente de terceros, que el médico considere conveniente incluir en la historia clínica de un paciente, deberá señalar la fuente de la que procede, y se registrará con prudencia y respeto, tanto para el propio paciente como para las demás personas (médicos o personal sanitario) que hubieran intervenido en la asistencia del mismo.

En ocasiones, es el propio bien del paciente el que desaconseja el acceso sin límites a su propia historia clínica. Determinadas enfermedades psiquiátricas o ciertos datos genéticos, incluidos en la historia, podrían desaconsejar el acceso a ellos del paciente, ya que podrían no ser correctamente interpretados o crear una situación de angustia e incertidumbre hacia su salud en el futuro.

IV.- Acceso de terceros a la Historia Clínica.

18. Si se admite que, en determinadas situaciones, el paciente puede tener restringido el acceso a la historia clínica, esta limitación debe, con mayor razón, aplicarse a otras personas que pueden acceder a la misma (médicos, diplomados en enfermería, servicios administrativos y de inspección, etc.). Un médico, por el sólo hecho de serlo, no puede tener acceso a cualquier historia clínica si dicho acceso no está motivado y fundamentado en la asistencia al paciente, en la medida que ésta lo requiera o en la realización de estudios clínicos o epidemiológicos que, a su vez, cuenten con la autorización del Comité Ético de Investigación Clínica correspondiente (Art. 16 y SS. LRAP).
19. Los jueces puedan ordenar el secuestro o la remisión de una historia clínica, especialmente cuando ésta sea un elemento de prueba o convicción en asunto criminal, existiendo entonces el deber de entregarla, so pena de incurrir en un delito de desobediencia. Pero, a veces, lo que al juez le interesa, no es la totalidad de la historia, sino una parte de la misma. En este caso, el facultativo debe informar al juez de la existencia en la misma de datos que, siendo irrelevantes para la causa investigada, son sensibles por lo que sería conveniente segregarlos del total de la historia. Una vez que la historia se halle en poder del Juez, será éste el garante de su custodia y de la preservación del secreto.

En los procedimientos no penales (ámbito del derecho privado) no está plenamente justificado el acceso automático de la autoridad judicial a la historia clínica completa. En estos casos, el médico debe solicitar que se le concreten los extremos de la misma que son interés judicial. No se puede perder de vista que, en los procesos civiles, en los que se dirimen asuntos privados, puede haber datos de la historia clínica, obtenidos para otra finalidad y en otro contexto, que se podrían utilizar para favorecer a una de las partes en detrimento de otra: por ejemplo, datos de una enfermedad mental o drogadicción contenidos en la historia de un paciente que se utilizasen por su cónyuge en un proceso civil de separación matrimonial o en la adscripción de la custodia de los hijos.

20. El acceso de terceros a la historia clínica, con fines no estrictamente asistenciales, conducentes a la supervisión y mejora de la calidad y eficiencia asistencial debe ser aceptada, pero de tal modo que el paciente no pueda ser directamente identificado, salvo los casos en que el paciente lo autorice explícitamente (Art. 16. LRAP). Los procesos de inspección administrativa suelen tener por finalidad obtener determinados datos para auditorias de la calidad asistencial o para el control del gasto médico o farmacéutico, así como posibilitar estudios estadísticos de innegable valor sanitario y social, pero en todos ellos no es estrictamente necesaria la identificación del paciente, motivo por el que deben separarse en la historia clínica los datos de identificación de los demás datos en ella contenidos.
21. En el acceso a la historia clínica por parte de familiares o allegados del paciente, se deben contemplar varios supuestos:
 - a. En el supuesto de que el paciente esté vivo, posea capacidad plena y otorgue su consentimiento, sus familiares debidamente autorizados por el paciente accederán a su historia clínica con las mismas limitaciones que las establecidas para el propio paciente.
 - b. En los supuestos, que el paciente esté vivo, pero haya sido declarado incapaz o en el caso que hubiera fallecido, deberá tenerse en cuenta que el derecho a la intimidad no se pierde bajo ninguna de las dos situaciones citadas, por lo que el médico está éticamente obligado a preservar el secreto del historial clínico y, en principio, el acceso de terceras personas a la historia debe estar restringido. En dichos supuestos los solicitantes deberán motivar su petición de acceso y esta debería estar tutelada médica y judicialmente.
 - c. En el supuesto de que una persona prohíba el acceso de cualquiera a su historia clínica tras su muerte, ésta prohibición deberá respetarse siempre que se compruebe su veracidad (Art. 18.4 LRAP). En el supuesto de que un tercero solicite información contenida en la historia, justificándola en que en la misma hay datos relevantes para su salud, se le facilitará estrictamente la información necesaria, pero no deberá tener acceso directo a la historia.
22. Cualquiera que sea su edad, toda persona tiene derecho a que su intimidad sea preservada frente a terceros, incluidos los padres (Ley Orgánica 1/96, de 15 de Enero, de Protección Jurídica del Menor). El menor puede facilitar a su médico datos que deban ser preservados.

Sin embargo, los padres, legal y moralmente, son los responsables de los hijos, las leyes civiles y penales les exigen velar por ellos, educarlos y darles

alimentos (lo que incluye los tratamientos médicos). Por tanto, tienen el deber de informarse de todo aquello que les concierne como obligación, lo cual implica que tienen derecho al acceso a la historia de sus hijos, pero no como si fuese su propia historia. El Art. 9.3 (c de la LRAP) establece la mayoría de edad plena a los efectos de tomar decisiones en torno a su salud en los 16 años. Entre los 12 y los 16 años el menor puede tener cierta autonomía, dependiendo de su madurez intelectual y emocional, pero entendemos que los padres, como legítimos representantes y responsables legales y morales de los actos del menor, tienen derecho al acceso a la historia.

El médico tiene el deber de consignar en la historia todos los actos médicos realizados sobre menores y no plegarse a presiones y complicidades (casos de abortos, enfermedades de transmisión sexual, píldora postcoital, drogadicción, etc.)

V.- Conservación de la historia clínica.

23. La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (LRAP) constituye la normativa legal básica aplicable en todo el Estado, correspondiendo su desarrollo a las Comunidades Autónomas, que han fijado plazos de conservación de la historia clínica muy diferentes. Así, la Ley catalana fija un plazo de veinte años a contar desde la muerte del paciente, mientras que la Ley gallega y la Estatal señalan un plazo mucho más corto, cinco años desde la última asistencia prestada al paciente o desde su fallecimiento, aunque la primera señala una serie de documentos que deberán conservarse indefinidamente.

Aunque el Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial de España, al igual que otros códigos deontológicos europeos, no establece la extensión temporal del deber de los médicos de conservar las historias clínicas de sus pacientes, éstas deberán conservarse al menos 20 años desde el fallecimiento del paciente.

24. Siendo la finalidad fundamental de la historia clínica la de facilitar la asistencia al paciente, esta debería conservarse durante toda su vida. Pero no sólo existen razones asistenciales, sino que también existen factores de naturaleza jurídica, histórica, epidemiológica y de investigación que obligan a su conservación después del fallecimiento. La historia clínica no solo constituye un elemento esencial de defensa de los derechos jurídicos del paciente, sino que también puede, en ocasiones, ser un elemento decisivo para salvaguardar los derechos

jurídicos de terceros (reclamaciones civiles o penales, sucesorias, patrimoniales, etc.) Aquellas historias clínicas que pudieran ser consideradas como elemento probatorio de un delito deberán ser conservadas, como mínimo, hasta que se cumpla el plazo de prescripción del mismo.

En las historias se encierra una información preciosa para el progreso de la medicina, por lo que el material en ellas contenido no se debería destruir. Por ello transcurridos 20 años desde la muerte del paciente, las historias se deberían conservar disociando la identidad del paciente de los datos clínicos, de este modo se concilian los dos intereses en juego: la intimidad y la ciencia.

25. Cuando el médico cese en el ejercicio privado individual, las historias clínicas serán transferidas al médico que se haga cargo de los pacientes, previo consentimiento de éstos, o, en su defecto, al correspondiente Colegio Oficial de Médicos.

Madrid 24 y 25 de Noviembre de 2006

12-Ética de la relación profesional del médico con la industria farmacéutica y las empresas sanitarias

Mayo de 2006

La Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en sesión celebrada el día 12 de mayo de 2006, adoptó el acuerdo de aprobar, la siguiente declaración elaborada por la Comisión Central de Deontología:

ETICA DE LA RELACIÓN PROFESIONAL DEL MÉDICO CON LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA Y LAS EMPRESAS SANITARIAS

1. Al colegiarse, el médico sume públicamente le compromiso deontológico de prestar a sus pacientes una atención de calidad humana y científica (CEDM arto 18). Esto implica una ética de la prescripción basada en los principios de libertad, que la Comisión Central de Deontología desarrolló en su Declaración sobre la libertad de prescripción del médico (1998), aprobada por la Asamblea General y publicada en la revista OMC, nO 62 (febrero de 1999). En ella, se establece que la libertad de prescripción está vinculada a la responsabilidad profesional, lo cual supone que la aplicación de un medio terapéutico o diagnóstico debe ir precedida de una consideración de su validez científica, su idoneidad para un paciente determinado y su eficiencia. La Declaración hacía una mención expresa de los aspectos económicos de las decisiones médica: "El médico no puede olvidar que el dinero con que se han de pagar sus prescripciones no es suyo, sino del paciente o de las instituciones que las toman a su cargo, y que ha de hacer de él un uso racional [. . .]. Este deber deontológico de prescribir con racionalidad y economía obliga al médico a ser plenamente independiente de condicionamientos que limiten su libertad de hacer en cada caso lo mejor, también lo mejor económico, por su paciente y or quién asume sus gastos".
2. Los profundos cambios experimentados por la organización sanitaria en los últimos decenios han situado la eficiencia y el factor económico en un lugar significativo de la toma de decisiones médicas, las cuales pueden verse interferidas por intereses no siempre coincidentes con los del paciente, sujeto principal de la atención sanitaria. De este modo pueden entrar en acción al menos dos agentes que se relacionan con el médico que decide la prescripción o que toma decisiones con implicaciones económicas, que en algunas circunstancias podría verse indebidamente influido por intereses procedentes de la entidad proveedora de servicios (pública o privada) y/o de la industria o empresa sanitaria.
3. Se plantean así problemas éticos o conflictos de intereses para el médico cuyo comportamiento deberá estar movido por principios de

independencia profesional, lealtad hacia el paciente y transparencia hacia la sociedad. La ejemplaridad del médico es un valor moral muy relevante para fundamentar la confianza en la relación clínica y el respecto social hacia la profesión médica.

4. La Comisión Central de Deontología siente la necesidad de ofrecer a la colegiación algunos criterios éticos y deontológicos, que puedan contribuir, junto con otros agentes involucrados (administración sanitaria, industria farmacéutica y sanitaria, sociedades científicas, asociaciones de pacientes, entidades asistenciales) a la deliberación social en una cuestión de gran interés y con serias implicaciones para el bien común.
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.
6. Las compañías farmacéuticas tienen legítimos intereses comerciales que se traducen en la promoción de sus productos mediante las tradicionales estrategias de información y publicidad, de ordinario acompañadas de atenciones comerciales. En España existe una legislación (R. D. 1416/1994) que detalla los límites y el valor de los obsequios y la hospitalidad que un médico puede aceptar. Además de lo establecido por la norma legal, el médico procurará mantener una actitud de elegancia y sobriedad ante las atenciones comerciales y evitará con prudencia cualquier signo de ostentación publicitaria ante los pacientes.
7. Es aceptable, y aún necesario, que la industria farmacéutica organice y financie actividades científicas y de formación que suponen un elemento esencial y valioso de la educación médica continuada. Ello, sin embargo, no puede hacer olvidar que ésta es una obligación ética primaria del médico, en cuyo desarrollo práctico tiene una responsabilidad ineludible la institución en cuyo seno el médico desarrolla su actividad profesional en régimen de dedicación exclusiva o preferente.
8. Los médicos que asumen responsabilidades directivas en aquellas actividades científicas y de formación médica que reciben financiación de entidades comerciales privadas deben garantizar la independencia

de los contenidos de los programas que ellos desarrollan, y expresarán con claridad y transparencia la naturaleza del patrocinio recibido. Quedarán claramente definidos los actos de una reunión científica dedicados a la información promocional de un producto o procedimiento. El médico que participe en estos eventos en calidad de experto deberá exigir que así se declare a todos.

9. Es muy valiosa la información de la industria que facilita la transferencia tecnológica ante un nuevo producto sanitario o una nueva indicación con potencial valor añadido a la calidad asistencial. Sin embargo, es condenable la práctica de hacer a los profesionales de la Medicina objeto de estrategias promocionales meramente repetitivas y que tratan de obtener el mayor número de "impactos" publicitarios. El médico debe ponderar el tiempo que invierte en recibir información de la industria farmacéutica de acuerdo con criterios de eficiencia. Deberá mantener con los representantes de la industria farmacéutica y sanitaria una relación presidida por la utilidad, la cortesía y el respeto profesional.
10. Es incompatible con la deontología médica solicitar o aceptar contraprestaciones a cambio de prescribir un medicamento o utilizar un producto sanitario. Este principio ético fundamental no admite excepciones enmascaradas en supuestos estudios de investigación, por ejemplo de farmacovigilancia, que inducen a realizar unas determinadas prescripciones. Este criterio debe contribuir también a la reflexión, lo mismo del médico individual como de los grupos de médicos, a la hora de establecer acuerdos de colaboración con la industria sanitaria para facilitar la asistencia a congresos, actividades formativas o cualquier otro tipo de ayuda.
11. Los médicos con responsabilidades en la dirección y gestión relacionada con la adquisición de suministros sanitarios tienen un deber deontológico de ejemplaridad que rebasa el nivel mínimo que exige la norma legal, tanto ante los médicos y el personal de la 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. La cooperación entre la profesión médica y la industria sanitaria es necesaria en todos los niveles del desarrollo y uso de los medicamentos o de cualquier otro material sanitario, para garantizar la seguridad de los pacientes y la eficacia de los tratamientos. El médico, que tiene

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

13. 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 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.
14. Algunas sociedades científicas e instituciones médicas están recomendando a sus miembros la realización de 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.
15. La Comisión Central de Deontología insta a los responsables de la formación médica, en especial de los estudiantes de Medicina, para que en las Facultades se introduzcan, ya desde los primeros años de la Licenciatura, estos valores éticos.

Madrid, 16 de mayo de 2006

13-Declaración de la Comisión Central de Deontología sobre la Objeción de Conciencia del médico

Junio de 1997

La Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en sesión celebrada el día 31 de mayo de 1997, adoptó el acuerdo de aprobar la Declaración sobre " Objeción de Conciencia", elaborada por la Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado, que a continuación se transcribe:

DECLARACION DE LA COMISION CENTRAL DE DEONTOLOGIA SOBRE LA OBJECION DE CONCIENCIA DEL MÉDICO

INTRODUCCION

1. La objeción de conciencia del médico se ha convertido últimamente, tanto dentro como fuera de la profesión, en objeto de debate. Es lógico que, en la medida en que se multiplica y se hace más explícito el pluralismo ético de nuestra sociedad, crezca el número de episodios en que el médico presente objeción de conciencia, es decir, se produzcan situaciones de conflicto entre, por un lado, lo que prescriben las leyes., ordenan los gestores sanitarios o desean los paciente y, por otro, lo que los médicos pueden hacer en conciencia.
2. La Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado ha sido interrogada en tiempos recientes sobre algunos aspectos de la objeción de conciencia del médico, tales como su dignidad ética, las acciones a las que puede ser aplicada, o la extensión e intensidad de la protección corporativa al médico objetor.
3. No son muchos los puntos de referencia deontológicos y jurídicos sobre la objeción de conciencia. El Código de Ética y Deontología Médica vigente no la soslaya, pero la trata de modo incompleto. Por su parte, ninguna de las normas legales específicas sobre materias objetables (leyes vigentes sobre el aborto o la reproducción asistida humana, por ejemplo) incluyen referencia alguna a la objeción de conciencia del médico.
4. Par a orientar la conducta de los médicos, la Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado estima conveniente ofrecer la presente Declaración para completar y con firmar la doctrina deontológica sobre la objeción de conciencia , para orientar la conducta profesional de los médicos, y para contribuir al debate social y a abrir camino a una regulación omnicompresiva, legal y deontológica, sobre la materia.

PRINCIPIOS ÉTICOS, SOCIOLÓGICOS Y JURÍDICOS

1. La negativa del médico a realizar, por motivos éticos o religiosos, determinados actos que son ordenados o tolerados por la autoridad es un acción de gran dignidad ética cuando las razones aducidas por el médico son serias, sinceras y constantes, y se refieren a cuestiones graves y fundamentales. El objetor siente ha cia los actos que rechaza en conciencia una repugnancia moral profunda, hasta el punto de que someterse a lo que se le ordena o pide equivaldría a traicionar su propia identidad y conciencia, a manchar su dignidad de agente moral. Como dice el art. 18 de la Guía de ética Médica Europea, v nuestro Código de Ética v Deontología Médica repite casi literalmente, "*Es conforme a la ética que el médico, en razón de sus convicciones personales, se niegue a intervenir en procesos de reproducción o en casos de interrupción de la gestación o abortos*".
2. Como signo de madurez cívica y de progreso m oral y político, las sociedades modernas aceptan el gesto de la objeción pacífica, sin tomar represalias o ejercer discriminaciones contra el objetor, en el común respeto a los principios de libertad ideológica y de no discriminación como derechos fundamentales de las personas, consagrados en todas las Constituciones. La tolerancia a la genuina objeción de conciencia es algo connatural a la sociedad de hoy , en la que el pluralismo é tico es aceptado como una realidad privilegiada, a la que han de sacrificarse otros valores, de alta funcionalidad y eficacia, pero de dignidad ética inferior.
3. La objeción de con ciencia es también un bien jurídico básico, que no existe porque haya sido reconocido por la ley , sino que es reconocido por la ley porque significa y manifiesta el respeto civil debido a la identidad moral de las personas. La sentencia de Tribunal Constitucional de 11 de abril de 1985, en respuesta al recurso de inconstitucionalidad planteado a la Ley Orgánica de reforma del art. 417 bis del anterior Código Penal, declara, entre otras cosas, que tal objeción de conciencia ex iste por sí misma, esto es, que no necesita ser regulada, pues forma parte del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocida por el art. 16.1 de la Constitución Española. Su ejercicio, añade la jurisprudencia constitucional española, es de aplicación directa, por cuanto se trata de uno de los derechos fundamentales.

ASPECTOS PRÁCTICOS

1. El ejercicio de la objeción de conciencia puede dar origen a situaciones tensas y potencialmente conflictivas. Cuando opone su objeción, el médico debe mostrar siempre una actitud serena y llena de respeto hacia los pacientes, los colegas y las autoridades cuyas convicciones difieren de las suyas, tal como lo señalan los arts. 27.1 y 35.3 del Código de Ética y Deontología Médica. En una situación tan peculiar, cualquier gesto violento está fuera de lugar.
2. La objeción de conciencia, que se refiere al rechazo de ciertas acciones, nada tiene que ver con el rechazo de las personas. El médico objetor, aún absteniéndose de practicar el acto objetado, está sin embargo, obligado, en especial en caso de urgencia, a prestar cualquier otra atención médica, antecedente o subsiguiente, a la persona que se somete a la intervención objetada.
3. Sería éticamente intolerable que un colegiado que objetara en conciencia en la institución en la que trabaja a salariado, practicara la acción objetada cuando trabaja por propia cuenta. Tal conducta sería signo de doblez moral que causaría grave descrédito a la profesión médica, pues revelaría que es el afán de lucro el móvil esencial de su comportamiento. La Comisión Central de Deontología es de la opinión que en la legislación que en su día regule la objeción de conciencia profesional se penalice con la máxima dureza posible a quienes hicieran un uso espurio e indigno de la objeción.
4. Con vistas a la prestación de la ayuda y asesoramiento del Colegio de Médicos que señala el art. 27.2 del Código de Ética y Deontología Médica, la Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado sugiere la creación de un procedimiento, voluntario y confidencial, mediante el cual el colegiado objetor comunique al Presidente del Colegio de Médicos en el que está inscrito su condición de tal.
5. En el aspecto laboral, la objeción de conciencia nunca podrá suponer ni una ventaja ni una desventaja para el médico que objeta. No podrá dar ocasión a situaciones de "castigo" o marginación, ni a discriminaciones negativas. La Organización Médica Colegial deberá oponerse con todas sus fuerzas a cualquier convocatoria para plazas, en instituciones públicas o privadas, en las que los médicos objetores sufrieran discriminación por el mismo hecho de objetar. Independientemente de lo que los Tribunales de Justicia pudieran determinar acerca de la ilegalidad o anticonstitucionalidad de tales convocatorias, la Organización Médica Colegial debe intervenir desde posiciones deontológicas y estatutarias para hacer valer el derecho de

todos los colegiados, sin distinción, a no ser limitados en su ejercicio profesional cuando éste discurre por un correcto cauce deontológico (Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial, art. 42.e).

6. De igual modo, la objeción de conciencia jamás podrá suponer, para el que objeta, la obtención de ventajas laborales. De gradaría su dignidad ética el médico que interpusiera objeción de conciencia para reducir su carga de trabajo o para excluirse de ser vicios molestos. El médico objetor demostrará la rectitud de su intención cumpliendo de buena gana la tarea que se le asigne para sustituir el trabajo del que se ha abstenido por razón de conciencia.
7. Es indudable que, en el futuro, al acentuarse el pluralismo ético de la sociedad, crecerá el número de las acciones que pueda el médico rechazar en conciencia. Parece claro que a la clásica objeción al aborto, a las intervenciones de reproducción humana (esterilización, contracepción y contra gestación, fecundación asistida, embriología clínica), se puedan añadir otras, como, por ejemplo, el rechazo pacifista a colaborar con la Medicina militar, a practicar la eutanasia, a colaborar en la ayuda médica al suicidio, o a ejecutar ciertos protocolos clínicos. También podrán los médicos negarse a cumplir aquellas órdenes de contenido económico o administrativo, impuestas por la autoridad sanitaria, si violentaran su conciencia y libertad o pudieran causar perjuicio o daño a los enfermos.
8. Nunca, sin embargo, será legítimo trivializar la materia objetada. Si, por un lado, la conciencia recta impone con firmeza innegociable el deber de objetar cuando la gravedad objetiva de la materia a sí lo exige, obliga, por otro y con la misma firmeza, a mostrar una tolerancia amplia y amistosa hacia la legítima diversidad ideológica y profesional.

Madrid, 3 de junio de 1997

14-Fronteras Internas del ejercicio profesional. Consideraciones deontológicas sobre los conflictos de límites entre médicos generalistas y médicos especialistas y de estos entre sí

Mayo de 2007

La Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en sesión celebrada el día 25 de mayo de 2.007, adoptó el acuerdo de aprobar la siguiente Declaración elaborada por la Comisión Central de Deontología:

"Fronteras Internas del ejercicio profesional"
Consideraciones deontológicas sobre los conflictos de límites entre médicos generalistas y médicos especialistas y de estos entre sí

I. Introducción

En 1998, se publicó una Declaración sobre las fronteras internas del ejercicio profesional, preparada por la Comisión Central de Deontología y ofrecida por la Asamblea General de la Organización Médica Colegial a la colegiación y a los organismos profesionales como documento abierto de trabajo.

La Declaración obtuvo un eco favorable, hizo disminuir de modo radical la denuncia de los conflictos a los que trataba de poner remedio e, incluso, fue citada como fuente de doctrina valiosa en algunas sentencias judiciales. Ello no significa que de vez en cuando surjan nuevos conflictos, al parecer inevitables, ni que algunos médicos soliciten que se delimite de modo nítido el campo de actuación cada una de las especialidades médicas. Pretenden esos profesionales, además de circunscribir el área de su propia actividad, instaurar una suerte de derecho exclusivo a aplicar determinadas técnicas nuevas, a actuar sobre ciertas áreas del cuerpo, a ejecutar en exclusiva algunas funciones o intervenciones, de modo que su realización por otros especialistas fuera considerada como una intromisión contraria a las normas deontológicas y legales.

Estos conflictos fronterizos se presentan con intensidad similar en la Medicina privada y en la pública, favorecidos por la tendencia creciente a la sub o súper especialización, condicionada a su vez por la complejidad cognitiva e instrumental de las distintas especialidades y la proliferación de tecnologías cada vez más caras, sofisticadas y de vida corta. Algunos han llegado a tildar esas intromisiones de intrusismo, gracias a una interpretación deformada del significado legal y jurisprudencial del término, que de ser "la realización de los actos propios de una profesión por quién carece de la titulación académica expedida o reconocida en España", pasaría a convertirse en la realización de actos propios de una especialidad por quien carece del título correspondiente.

Las especialidades médicas, según tal hermenéutica, resultarían elevadas a la categoría de profesiones específicas.

Es, por otra parte, patente que la fijación de unas fronteras rígidas entre las especialidades médicas modificaría la dinámica del acceso a los puestos de trabajo, y favorecería posturas cerradas en defensa de intereses económicos y de rango profesional que, aunque justificables, no pueden tenerse por intangibles. El problema de los límites internos de la profesión médica no es una cuestión meramente doctrinal o de intereses privados de un pequeño número de colegiados. Es, por el contrario, asunto capaz de provocar conflictos generales y de trascendencia indudable. Parece, pues, pertinente volver a proponer, a la vista de los cambios legislativos y profesionales ocurridos desde 1998, una nueva versión de la Declaración sobre las fronteras internas del ejercicio profesional.

II. Consideraciones jurídicas

No hay prácticamente en nuestra legislación, estatal o autonómica, normas que señalen límites al ejercicio de las distintas especialidades médicas, y las pocas que podrían aducirse están tan difuminadas que pueden considerarse inexistentes. Ni siquiera puede hablarse de una frontera externa que cierre herméticamente el ejercicio de las especialidades médicas a quienes no son médicos. Hoy, en los hospitales, públicos o privados, la práctica de la Medicina en equipo implica que no pocos profesionales no médicos (biólogos, químicos, farmacéuticos, bromatólogos) intervengan en fases diversas de procedimientos diagnósticos o terapéuticos. Un breve repaso a la legislación relativa a los límites internos del ejercicio de las especialidades permite comprobar la indefinición existente.

No hay alusión alguna a ellos ni en la Ley 14/1986, General de Sanidad, ni en el R.O. 127/1984, regulador de la obtención del título de especialidades médicas, ni en la Resolución, de 25 de abril de 1996, que desarrollo ese Real Decreto. La Ley 44/2003, de Ordenación de Profesiones Sanitarias, se limitó, en esta materia, a reiterar lo establecido en la normativa precedente. Con la aparición del Código Penal de 1995, se planteó un debate jurídico en torno a la cuestión de si el artº 403.1, inciso segundo, podría ser interpretado como indicativo de un delito de intrusismo intraprofesional, tal como mantenía un sector doctrinal. Pero es patente que el texto de este artículo no determina que ha de entenderse por "actos propios de una profesión" y está necesitado de ser interpretado por la investigación doctrinal y la jurisprudencia para adquirir la precisión necesaria.

El debate doctrinal sigue siendo presa de conclusiones contradictorias; por el contrario, la jurisprudencia, incluida la constitucional, tiende a considerar que no hay en nuestro sistema jurídico apoyos para atribuir a los especialistas la exclusiva sobre determinados actos médicos, o para prohibir su realización a médicos no especialistas o a titulados en otra especialidad, más o menos próxima. Sin perjuicio de lo anterior, los casos de abuso manifiesto pueden ser sancionados penalmente como delitos de estafa o faltas de imprudencia profesional, en el supuesto de intervenciones con manifiesta carencia de pericia, de formación o de capacidad. Por otra parte cabe la actividad sancionadora administrativa o colegial si se vulneran las prohibiciones en materia de especialidades.

III. Consideraciones profesionales

Tampoco los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial o el Código de Ética y Deontología Médica ofrecen criterios precisos sobre el particular. Desde una perspectiva histórico-profesional, es lógico ese silencio legislativo y deontológico. En efecto, las especialidades médicas no son el resultado de un proyecto racional de distribución de tareas; nacieron, por el contrario, de una evolución histórica mediada por fuerzas y motivos tan heterogéneos y casuales, que hacen imposible una delimitación racional y consistente de sus respectivos territorios particulares. La parcelación del trabajo de los especialistas en los hospitales públicos no está fundada en criterios éticos, sino en razones de racionalización y distribución interna del trabajo. Hay, sin embargo, algunos conceptos que, indirectamente, arrojan alguna luz sobre el problema:

Según establece el artº 6.2.a) de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, corresponde a los Licenciados en Medicina la indicación y realización de las actividades dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención de las enfermedades y al diagnóstico, tratamiento, terapéutica y rehabilitación de 105 pacientes, así como al enjuiciamiento y pronóstico de 105 procesos objeto de atención. Se puede, pues, afirmar que son actos médicos y por tanto genuinos y exclusivos de los médicos el diagnóstico y tratamiento de los procesos patológicos, el enjuiciamiento clínico de las situaciones de los pacientes, la interpretación de las pruebas diagnósticas y la adopción de medidas para prevenir la enfermedad y mantener la salud. Ahí está la frontera que separa la Medicina de las otras profesiones sanitarias o parasanitarias.

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 solo por especialistas.

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

Actos paramédicos solo los pueden realizar miembros de profesiones distintas de la Medicina (enfermeros, matronas, ópticos, foniatras, psicólogos, etc), bajo la dirección o indicación de un médico. Aunque por la comprensividad del título (el que puede lo más puede lo menos), un Licenciado en Medicina podría realizar actos para médicos propios de otras profesiones, no sería ético que así lo hiciera, y mucho menos si los practicara de modo frecuente y como actividad habitual. Tan reprobable éticamente sería fijar fronteras artificiales que establecieran una especie de área reservada en exclusiva a ciertos especialistas para actuar sobre determinados sistemas orgánicos o ejercer determinadas prácticas preventivas, diagnósticas o rehabilitadoras, como considerar que no existe límite alguno y que cualquiera puede dedicarse, habitual y públicamente, a ejercer como especialista sin serlo. Los actos especializados deben quedar reservados a los médicos que posean el título correspondiente, sin perjuicio de que cualquier Titulado en Medicina y Cirugía pueda en ocasiones realizar actos que, en otras circunstancias, quedarían reservados a los especialistas.

Las fronteras entre las técnicas asistenciales que son de común aceptación existen, aunque sea permeables. A ningún médico, si posee la destreza y los conocimientos necesarios, se le puede impedir que los aplique en beneficio de sus pacientes, tenga o no título de especialista. No ha de olvidarse que, si bien los Estatutos Generales de la OMC incluyen, entre los derechos de los colegiados el de "no ser limitados en el ejercicio de la profesión ...", ese derecho exige en correspondencia que tal ejercicio "discurra por un correcto cauce deontológico".

Además, es deber primordial de los médicos mantener entre si relaciones de confraternidad y "tratarse entre sí con la debida deferencia, respeto y lealtad", deberes que sólo ceden ante los derechos del paciente (CEDM, arto 31). Desde un punto de vista deontológico hemos de plantearnos si el ejercicio

de una especialidad por quién carece del correspondiente título y ha evitado el esfuerzo de obtenerlo, no podría constituir una falta de lealtad, cuya corrección correspondería a los Colegios provinciales que, específicamente, tienen atribuida la función de "sancionar los actos de los colegiados que practiquen una competencia desleal ...".

El título de especialista confiere los derechos que señala la Ley y supone una legítima presunción de preparación, conocimientos y destreza, pero no supone de por sí y de modo indefinido, automático y perpetuo la posesión de la necesaria competencia. No se puede olvidar que el médico especialista está legal y éticamente obligado a mantenerse al día, a no exceder su capacidad, y a no incurrir en errores por falta de preparación o por exceso de confianza (CEDM, arto 21). Por ello, en caso de que su actuación redundase en daño de un paciente, se verá obligado a justificar su competencia actual: la posesión del título no le confiere inmunidad ante la negligencia o falta de buen juicio. Tal exigencia se impone con más apremio al médico que no poseyera la titulación de especialista, que obviamente encontrará más dificultades para justificarla.

IV. Conclusiones

1. Aunque no existe, ni legal ni éticamente, reserva de actuación profesional sobre un paciente a favor de quién ostente el título de especialista, la Comisión Central de Deontología estima que, desde el punto de vista ético, el criterio decisivo para el ejercicio profesional responsable es el de hallarse en posesión de la competencia necesaria para realizar la correspondiente intervención médica. Considera igualmente la Comisión que el procedimiento habitual y ordinario para la adquisición y actualización de dicha competencia es el seguimiento de los oportunos programas de formación inicial y continuada de cada especialidad.
2. Es contrario a la Ética y Deontología Médica 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 a los pacientes.

3. La principal lealtad del médico es la que le vincula a su paciente y "la salud de éste debe anteponerse a cualquier otra conveniencia" (CEDM, art 4). En caso de actuaciones que sobrepasen su capacidad, el médico deberá comunicarlo al paciente y proponerle recurrir a un colega suficientemente capacitado en la materia.
4. El médico que sin poseer el título de especialista, o titulado en otra especialidad diferente, proyecta una determinada intervención que puede considerarse típica de una especialidad de la que no está titulado, está obligado a considerar si posee realmente los conocimientos, las habilidades y la experiencia necesarias para llevarla a cabo y para asumir las consecuencias de su actuación. En todo caso, está obligado a comunicar previamente tal extremo al paciente como parte de la información que a éste le es debida.
5. Asimismo, está obligado a justificar ante su Colegio y eventualmente ante los Tribunales de Justicia las razones de su decisión y a demostrar de modo convincente que posee la competencia necesaria para ejecutarla: no más, pero tampoco menos.
6. Nunca un médico, fuera de las situaciones de extrema urgencia, puede sobrepasar los límites de su capacidad sin contar con la ayuda inmediata de un colega competente en la materia (CEDM, art 19). Este criterio no sólo es válido para el periodo de la primera formación especializada, sino que constituye un mandato deontológico permanente y universal.
7. El ejercicio de la Medicina está basado en el conocimiento científico y en la destreza técnica, cuyo mantenimiento y actualización son un deber individual del médico (CEDM, art 21). Hay, por ello, una estrecha relación entre la frecuencia con que una intervención se practica y la calidad de la atención prestada.
8. El médico debe gozar de libertad de prescripción, imprescindible para prestar sin interferencias extrañas el mejor servicio a sus pacientes, pero tal libertad implica, obligada mente, un fuerte sentido de la responsabilidad que le lleve a reconocer y aceptar las consecuencias de sus actos.
9. Todo médico está obligado a conocer bien los límites reales de su capacidad y no puede ignorar los riesgos a que se expone si, por actuar en áreas en las que no haya adquirido la necesaria experiencia, se produjeran consecuencias desafortunadas.

10. Nadie está obligado a hacer más de lo que puede, Si un médico no se considera cualificado para realizar una determinada intervención y percibiera que, por motivos de urgencia y otra circunstancia, la vida o la integridad de un enfermo corren un grave e inminente peligro si no se aplica tal intervención, deberá. A la vez que solicita la ayuda de otro colega debidamente preparado, actuar Sin demora y en la medida a que alcance su capacidad.

15-Contratación de médicos de otras nacionalidades con imperfecto conocimiento del español

Mayo de 2007

La Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en sesión celebrada el día 25 de mayo de 2007, adoptó el acuerdo de aprobar el siguiente informe elaborado por la Comisión Central de Deontología, sobre la **contratación de médicos de otras nacionalidades con imperfecto conocimiento del español**, solicitado por el Colegio Oficial de Médicos de Soria:

I N F O R M E

I HECHOS

Consulta planteada a la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico por el Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Soria, acerca de lo siguiente: “Se están produciendo contrataciones por parte de la Administración Autónoma (Gerencia de Salud de Castilla y León-SACYL) de médicos extranjeros, fundamentalmente de países del Este Europeo pertenecientes a la Unión Europea que se colegian y ejercen la medicina en ocasiones con desconocimiento total de nuestro idioma, si bien se les suele poner un interprete que procuran que sea sanitario (Enfermero/a), la cuestión es si de debe permitir el ejercicio profesional sin restricciones del médico que desconoce el idioma de los pacientes que debe atender y que consideraciones colaterales podrían hacerse (interferencia del interprete, restricciones y limitaciones, pautas de actuación colegial, etc).”

II ANTECEDENTES

En la consulta se plantean tres cuestiones: la de si se puede ejercer sin conocer la lengua oficial del Estado, el español, qué interferencias tendría un intérprete y qué actuaciones colegiales se pueden poner en marcha.

La cuestión fundamental se plantea en virtud de lo dispuesto en el Art. 3, del Tratado Constitutivo de la Unión Europea en el cual se establece que la supresión de los obstáculos a la libre circulación de personas y servicios constituye uno de los objetivos de la Comunidad.

En el Consejo Europeo celebrado en Lisboa el 23 y 24 de Marzo de 2000, la Comisión adoptó el criterio de que la prestación de servicios en cualquier Estado miembro debería ser tan sencilla como en el propio. Y en la reunión de Estocolmo de Marzo de 2001, bajo el lema: “Nuevos mercados de trabajo europeos abiertos a todos y accesibles para todos”, se adquirió el compromiso de establecer unas directivas claras, flexibles y precisas para cumplir estos fines. La respuesta ha sido la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento, de

7/09/2005 por la que se establecen los requisitos para las cualificaciones profesionales.

Esta Directiva, en su considerando 3, dice: La garantía que confiere la presente Directiva a las personas que han adquirido sus cualificaciones profesionales en un Estado miembro para acceder a la misma profesión y ejercerla en otro Estado miembro, con los mismos derechos que los nacionales, debe entenderse sin perjuicio del cumplimiento por el profesional emigrante de las condiciones de ejercicio no discriminatorias que pueda imponerle este último Estado miembro, siempre que tales condiciones estén justificadas objetivamente y sean proporcionadas.

Es evidente pues que los derechos que pueden tener los médicos de los distintos Estados Miembros a ejercer en España vendrán condicionados por las exigencias, que estando justificadas, imponga ésta cómo Estado receptor.

III FUNDAMENTOS DE DERECHO Y DEONTOLÓGICOS

1. Directiva 2005/36/CE, de 07/09/2005 Artículo 53. Conocimientos lingüísticos.

Los beneficiarios del reconocimiento de sus cualificaciones profesionales deberán poseer los conocimientos lingüísticos necesarios para el ejercicio de la profesión en el Estado Miembro de acogida.

2. El Comité Permanente de los Médicos Europeos, ya en 1977, cuando ya era una realidad muy viva la libre circulación de médicos entre los países de la CEE de entonces, adoptó el Acuerdo CP1977/55, que, textual y lacónicamente, dice:

“El conocimiento de la lengua del país de acogida constituye para el medico emigrante un deber deontológico con el fin de garantizar el ejercicio correcto de la medicina”

3. Código de Ética y Deontología Médica de España. Capítulo III, Relaciones del Medico con sus pacientes.

4. Ley Básica reguladora de la Autonomía del paciente.

Capítulos IV, Del consentimiento Informado y V, de la Historia Clínica.

5. Ley del Medicamento (Ley 29/2006) Art. 77 De la Prescripción:

...3: *“la receta médica será válida en todo el territorio nacional y se editará en lengua oficial del estado y en las cooficiales de las comunidades autónomas”.*

...5: *El facultativo incluirá las pertinentes advertencias para el farmacéutico y para el paciente”*

IV CONSIDERACIONES

7. La comunicación es el elemento esencial de la relación médico paciente, no es posible un acto médico pleno si no hay una comunicación fluida entre médico y paciente, no sólo oral, sino gestual, de interpretación de silencios y de símbolos. Sería incluso deseable que el médico fuese capaz de comprender hasta los localismos del lugar en que ejerce. El desconocimiento de la lengua impone una barrera infranqueable al paciente y al médico para llevar a cabo una relación guiada por emociones, afectos e información, que en modo alguno puede ser suplida por un intérprete.
8. Del acto médico se derivan una serie de actuaciones administrativas que exigen el conocimiento de la lengua: Redacción de la Historia Clínica, de Certificados, de la prescripción, de Documentos Médico-Legales, etc. Todos ellos son derechos para los pacientes y deberes para el médico.
9. Toda la legislación Nacional e Internacional está dirigida a proteger los derechos de los pacientes, a que estos tengan un médico libremente elegido, que les garantice una asistencia eficaz, actualizada y segura, que les permita recibir una información directa, comprensible y adecuada a su nivel cultural e intelectual, que les garantice la confidencialidad, y que sea capaz de confeccionar una historia clínica como garantía para futuras actuaciones clínicas y que les permita mantener una relación de mutua confianza basada en el respeto y la comprensión.
10. La Directiva 2005/36/CE, a cuyo amparo se producen estas contrataciones, exige claramente, en su Art. 53, el suficiente conocimiento de la lengua del país de acogida al profesional que pretenda ejercer en otro país.
11. Entendemos por tanto, que es una exigencia ética y legal, que el médico conozca la lengua de sus pacientes y es un derecho de estos el exigir poder comunicarse con ellos en una lengua de común conocimiento.
12. El Consejo General de Colegios de Médicos tiene la potestad para fijar los criterios de colegiación (Art. 2, apartado K de los vigentes Estatutos), así como velar para que el ejercicio profesional se adecue a los intereses de los ciudadanos, por ello puede dictar las normas pertinentes para garantizar que todos los colegiados conocen el español.

13. Un hecho distinto es que, accidentalmente y en interés de un paciente, un médico español se haga valer de un intérprete para atender a un paciente extranjero, residente permanente o temporalmente en España.
14. Un traductor, aunque sea sanitario, no puede suplir el papel que el médico representa en el acto médico y en los documentos médico-legales que de él se derivan. El médico no podría asumir la responsabilidad legal y ética que se derivase de un acto médico mediatizado por un traductor. Ni el farmacéutico podría ejercer plenamente su función dispensando una prescripción que no ha hecho de su puño y letra el médico, sino un traductor.

V CONCLUSIONES

1. Es un deber deontológico para ejercer la Medicina en España, tanto en el ámbito de la Sanidad pública, como de la privada, poseer un conocimiento suficiente de la lengua española, que le permita ejercer con seguridad y garantías; y que permita al enfermo comunicar sus padecimientos y problemas con la certeza de que son bien comprendidos e interpretados y poder así recibir del médico los consejos y la información que el acto médico exige.
2. Se propone al Consejo General de Colegios de Médicos que se dicten las normas que aseguren que todos los pacientes serán atendidos por Médicos con un nivel adecuado de español.

Madrid a 28 de mayo de 2007

16-La Ética Médica en la atención del menor maduro

Marzo de 2008

La Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en sesión celebrada los días 28 y 29 de marzo de 2008, adoptó el acuerdo de aprobar, por unanimidad, la siguiente Declaración elaborada por la Comisión Central de Deontología y Derecho Médicos sobre:

LA ETICA MÉDICA EN LA ATENCIÓN DEL MENOR MADURO

1. Conceptos fundamentales

- 1.1.** Por menor maduro entendemos a los menores de 18 años que por haber alcanzado una capacidad para comprender, evaluar, expresar y jerarquizar el alcance de sus acciones se les debe reconocer autonomía para tomar decisiones en función de su nivel de madurez.
- 1.2.** Las teorías evolutivas consideran que la madurez y la conciencia moral se adquieren progresivamente y no aparecen en un momento concreto, siendo el periodo comprendido entre los 12 y 15 años donde se alcanzan los valores sobre la justicia como equidad y los compromisos sociales. Sin embargo algunos necesitan más tiempo y siguen evolucionando hasta incluso pasados los 18 años.
- 1.3.** La valoración de la capacidad de un menor es subjetiva. No existen métodos objetivos válidos y fiables para evaluarlo. Cada paciente debe evaluarse de forma independiente y en función del hecho concreto y de su complejidad.
- 1.4.** Cuando cualquier menor vaya a ser sometido a cualquier acto médico, será el médico, desde su posición de garante, el que valore la capacidad de este menor para consentir.
- 1.5.** El médico responsable deberá tener en cuenta la capacidad del menor para juzgar y valorar la situación y para comprender el acto médico y sus consecuencias. Así mismo, el menor debe ser capaz de dar motivos razonables que fundamenten su parecer, siendo capaz de ponderar los riesgos y beneficios de su decisión.
- 1.6.** El médico evitará cometer el error de considerar inmaduro o incapaz al menor que tenga un sistema de valores distinto al suyo. No se puede valorar la madurez del menor en función de su mayor o menor afinidad al sistema de valores políticos, religiosos, morales o culturales del médico.
- 1.7.** Los mayores de 12 años tienen derecho legal a ser oídos con antelación a cualquier acto médico. La opinión del menor será

tomada en consideración como un factor que será más determinante en función del grado de madurez.

- 1.8. Todo paciente menor, que el médico considere maduro, debe recibir la información sobre el diagnóstico, pronóstico y posibilidades de tratamiento de su enfermedad.
- 1.9. En ningún momento se debe olvidar que son los padres del menor los que en principio están más capacitados para valorar su grado de madurez por lo que, siempre que sea posible, se les deberá incluir en la valoración del menor.

2. Aspectos jurídicos

- 2.1. En el mundo actual los menores tienen mucho más peso en la sociedad. Se le presta mucha más atención en los medios de comunicación y cada vez hay más leyes que velan por sus derechos y procuran su protección. Así la Ley Orgánica 1/1996 de protección jurídica del menor, como el Convenio de Oviedo, recogen estas nuevas tendencias de conceder al menor un nuevo status jurídico y social, reconociéndole la titularidad de derechos y una capacidad progresiva para ejercerlos.
- 2.2. A pesar de ello, la legislación sobre el consentimiento del menor maduro está sujeta a distintas interpretaciones, existiendo así sentencias dictadas por diferentes juzgados y audiencias provinciales que son contradictorias.
- 2.3. El Código Civil se refiere a este asunto en sus arts. 154 y 162:

Art. 154: Los hijos no emancipados están bajo la potestad de sus progenitores. La patria potestad se ejercerá siempre en beneficio de los hijos (...) Los padres podrán en el ejercicio de su potestad recabar el auxilio de la autoridad.

Art. 162: Los padres que ostenten la patria potestad tienen la representación legal de sus hijos menores no emancipados (...) Se exceptúan los actos relativos a derechos de la personalidad u otros que el hijo, de acuerdo con las leyes y con sus condiciones de madurez, pueda realizar por si mismo.
- 2.4. La Ley 41/2002 “básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica”, reconoce explícitamente la evolución de la madurez en los menores:

Art. 5.2: El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.

Art. 9.3: Se otorgará el consentimiento por representación cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni moramente de comprender el alcance de la intervención (...) El consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.

Art. 9.4: La interrupción voluntaria del embarazo, la práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por disposiciones especiales de aplicación.

- 2.5. Por lo tanto, parece quedar claro que la Ley 41/2002 especifica que, a partir de los 12 años, el consentimiento lo dará el representante legal del menor (normalmente los padres) después de haber escuchado su opinión. Pero esta capacidad para representar queda subordinada a que las decisiones sean en interés del menor.
- 2.6. Además, la Ley 41/2002 establece una nueva mayoría de edad sanitaria a los 16 años. A partir de esta edad los padres no pueden tomar decisiones sobre la salud de sus hijos independientemente de estos, a no ser que se trate de menores incapaces o incapacitados, en cuyo caso tendría que intervenir la autoridad judicial.
- 2.7. Sin embargo, la misma Ley, para otorgar el consentimiento en casos de interrupción voluntaria del embarazo, la práctica de ensayos clínicos y la práctica de reproducción humana asistida mantiene la mayoría de edad a los 18 años.
- 2.8. Finalmente, la Ley 41/2002 indica que entre los 16 y 18 años y en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres deben ser informados y su opinión tenida en cuenta.
- 2.9. La jurisprudencia del Tribunal Constitucional y el Tribunal Supremo han sido constantes y coincidentes, al señalar que los jueces pueden

ordenar un tratamiento o un ingreso hospitalario para salvar la vida de un paciente en contra de su voluntad o en contra de la voluntad de los representantes legales de un menor.

- 2.10.** Los casos de objeción de conciencia (reconocida en el art. 16.1 de la Constitución Española) que se le planteen al médico en la asistencia del menor maduro se resolverán de idéntico modo a como se haría si se tratase de un adulto, si bien el médico debe extremar la diligencia para que el menor sea atendido.

3. Aspectos éticos

- 3.1.** El vigente Código de Ética y Deontología Médica en su art. 4.1, manifiesta que “respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad son deberes primordiales del médico” y en su art. 4.2 dice que “la salud del paciente debe anteponerse a cualquier otra conveniencia”.
- 3.2.** Por otro lado, el art. 9.2 expresa que “el médico ha de respetar el derecho del paciente a rechazar total o parcialmente una prueba diagnóstica o un tratamiento”. Además este artículo faculta al médico a suspender su relación con un paciente si llega al convencimiento de no existir hacia él la necesaria confianza.
- 3.3.** Con respecto al menor maduro el Código deja la cuestión bastante abierta. Así en su art. 10.6 dice “la opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y grado de madurez”, y para situaciones de urgencia el art. 10.5 dice que “si el enfermo no estuviera en condiciones de dar su consentimiento por ser menor de edad, estar incapacitado o por urgencia de la situación y resultase imposible obtenerlo de su familia o representante legal, el médico deberá prestar los cuidados que le dicte su conciencia profesional”.
- 3.4.** El médico puede negarse por motivos de conciencia a realizar determinados actos (art. 9.3 y 26.1 del Código y Declaración sobre objeción de conciencia de la OMC de 31 de mayo de 1997).
- 3.5.** Para ejercer la objeción de conciencia se recomienda comunicarlo al inmediato superior mediante un escrito firmado y remitir al paciente a la unidad o servicio donde pueda ser atendida su solicitud. Es conveniente que el escrito sea remitido igualmente al Colegio de Médicos a efectos de un posible amparo.

- 3.6. El médico que atiende a un menor se sitúa en la posición de garante y le corresponde administrar el principio de beneficencia cuando no sea de aplicación el de autonomía, bien por incapacidad temporal o permanente, bien por minoría de edad. Esta posición de garante le exige el verificar que las decisiones tomadas por los representantes legales (patria potestad o tutela) se aplican en beneficio del menor.

4. Aspectos referentes a la familia del menor

- 4.1. El concepto de menor maduro no implica la eliminación de la intervención de los padres como garantes de su salud. Aún en las situaciones en las que el menor sea considerado maduro por el médico y por lo tanto con capacidad para decidir, los padres o tutores legales deben ser informados sobre el acto médico que se pretende llevar a cabo y recabar su consentimiento.
- 4.2. Si los padres desconocen la intervención médica, no podrán procurar que la información que reciben los menores sea veraz ni podrán pedir una segunda opinión.
- 4.3. Un primer problema se plantea cuando entran en conflicto por un lado el derecho de los menores maduros a la intimidad, confidencialidad y autonomía y, por otro lado, el derecho y deber de los padres o tutores de proteger a los menores a su cargo.
- 4.4. Si el médico decide realizar cualquier acto médico a una menor de 16 años pero maduro, sin informar y obtener el consentimiento de los padres, estará respetando el derecho de la confidencialidad del menor, pero vulnerará el derecho que los responsables de la patria potestad tienen a ser informados. Este conflicto es a la vez ético y legal y cada profesional debe sopesar cuidadosamente las implicaciones y consecuencias. Se debe seguir la misma pauta, que para semejantes casos de conflictos de derechos sigue la jurisprudencia del Tribunal Constitucional: vulnerar exclusiva y mínimamente aquellos derechos que resulten imprescindibles. Serían muy pocos los casos en que preservar la confidencialidad de un menor exige a los padres del conocimiento de los hechos y de las tomas de decisión.
- 4.5. Otro problema se plantea cuando hay una discordancia de pareceres entre el menor maduro y sus padres o tutores legales con respecto a una intervención diagnóstica o terapéutica concreta propuesta por el médico. En estos supuestos el médico deberá valorar si hay alguna

alternativa aceptable médicamente para satisfacer los deseos de los padres y del menor.

- 4.6. Si no existe alternativa razonable, persiste el conflicto y el menor maduro tiene menos de 16 años, el médico debe prestar especial atención a las siguientes cuestiones: a) cuando la intervención médica es necesaria e inaplazable, el médico tiene que evitar que las opiniones de los padres generen un riesgo o daño al menor. Debe actuar tratando de convencerlos y si persiste la negativa denunciarlo al ministerio público (fiscal); b) cuando la intervención no es urgente pero exige una actuación a medio plazo, el médico debería instar una vigilancia por medio de servicios sociales si observa una actitud negativa de los padres ante la enfermedad del menor; c) cualquier rechazo de tratamiento por parte de los padres por razones religiosas o culturales que pudiera suponer un riesgo para el menor, debe ser puesto en conocimiento de la autoridad judicial.
- 4.7. En situaciones conflictivas el facultativo debe evitar posturas extremas intentando actuaciones intermedias y aprovechando la ocasión para informar y educar adecuadamente.
- 4.8. En las situaciones de urgencia prevalecerá la opinión del médico, el cual tomara las decisiones oportunas para respetar la vida humana y la dignidad de la persona. Si hay tiempo se debe consultar a la autoridad judicial. Los jueces pueden ordenar actos médicos para salvar la vida de un paciente.
- 4.9. El médico tiene la obligación legal de informar siempre a los padres en casos de actuaciones de grave riesgo para la salud, en casos de aborto y esterilización, en la práctica de ensayos clínicos y la práctica de reproducción humana asistida, así como de obtener su consentimiento previo.
- 4.10. El ingreso obligatorio debe realizarse siempre que haya un riesgo importante para el menor o se trate de una urgencia vital. Se debe poner siempre en conocimiento de la autoridad judicial aunque los padres den su consentimiento.

Madrid, 31 de marzo de 2008

17-Tiempos mínimos en las consultas médicas

Septiembre de 2008

La Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en sesión celebrada el día 13 de septiembre de 2008, adoptó el acuerdo de aprobar, por unanimidad, la siguiente Declaración elaborada por la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico:

Tiempos mínimos en las consultas médicas

Antecedentes

1. En los últimos años se ha producido en España una progresiva masificación de las consultas médicas que se ha traducido en una fácilmente comprobable disminución de los tiempos de atención a los pacientes, con un serio riesgo para la calidad asistencial y, por consiguiente, para la salud de los pacientes. Esta situación genera preocupación tanto en la profesión médica como en la sociedad, habida cuenta de que ya no se trata de un déficit coyuntural, sino de un problema crónico, creciente y refractario a las soluciones que hasta ahora se han intentado aplicar.
2. En los Colegios de Médicos se percibe la inquietud de los colegiados de diferentes especialidades y se reciben quejas ante la dificultad para prestar la adecuada dedicación de tiempo a los pacientes. Estas demandas de solución para el déficit de tiempo en las consultas se ha traducido en un creciente movimiento reivindicativo liderado inicialmente por los facultativos de Atención Primaria -donde se producen situaciones de especial gravedad- pero en el que se encuentran igualmente presentes los dedicados a la Atención Especializada.

Consideraciones

1. Es bien conocido que bastantes de los principales problemas que hoy afectan a los profesionales médicos (stress, absentismo, síndrome del burn out, adicciones, denuncias por mala praxis, agresiones, etc.) están muy ligados a la excesiva presión asistencial y a las condiciones de precariedad en las que muchos médicos llevan a cabo su trabajo.
2. El acto médico está encaminado a curar, aliviar, consolar y promover la salud de nuestros semejantes. Es, por tanto, un acto profesional de ayuda y servicio, cargado de significado ético, pero es también un acto legal, regido por las normas jurídicas, en las que ambas partes tienen

derechos y obligaciones. Para el cumplimiento de estas exigencias éticas y legales no basta con poseer los conocimientos técnicos necesarios, se precisa también un clima idóneo para que la relación médico-paciente sea también adecuada y confiada. Es responsabilidad de las autoridades sanitarias proporcionar los mecanismos necesarios para que los médicos puedan trabajar con seguridad, primero, y con comodidad después, disponiendo de los medios razonables, entre los cuales es primordial el necesario tiempo de consulta.

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, recogido en el Código de Ética y Deontología Médica:

Art.18.1. "Todos los pacientes tienen derecho a una atención médica de calidad humana y científica. El médico tiene la responsabilidad de prestarla, cualquiera que sea la modalidad de su práctica profesional y se compromete a emplear los recursos de la ciencia médica de manera adecuada a su paciente, según el arte médico, los conocimientos científicos vigentes y las posibilidades a su alcance".

Art. 20.1. "El médico debe disponer de... las condiciones técnicas que le permitan actuar con independencia y garantía de calidad. En caso de que no se cumplan estas condiciones deberá informar de ello al organismo gestor de la asistencia y al paciente".

Art. 20.2. "Individualmente o por mediación de sus Organizaciones el médico debe llamar la atención de la comunidad sobre las deficiencias que impiden el correcto ejercicio de su profesión".

4. Nos encontramos ante un problema complejo y multifactorial, donde solo un diagnóstico acertado permitirá alcanzar soluciones eficaces. Son varias las razones que se pueden argumentar para explicar la actual masificación asistencial, entre otras: a) la mayor accesibilidad a los importantes y cada vez más numerosos avances en la atención sanitaria; b) el aumento de las expectativas de la sociedad con respecto a su salud que alcanza en ocasiones una actitud; consumista; c) la mayor longevidad de la población; d) el incremento de la población asistida; e) la gratuidad prácticamente total de la asistencia en el sistema público.

5. Este exceso continuado de pacientes en las consultas hace necesario establecer unos límites, con unas condiciones mínimas exigibles. Ante la dificultad de señalar de un modo rígido el tiempo por consulta que se pueda correlacionar con una garantía de calidad asistencial, algunas sociedades científicas han realizado interesantes estudios que permiten establecer recomendaciones orientativas sobre el tiempo que se requiere en función de la naturaleza de las consultas de una determinada especialidad. Por otro lado, también 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.

6. Compaginar estos aspectos y definir un tiempo concreto para cada acto médico resulta complejo y debe ser el criterio profesional del médico el que haga un último juicio práctico sobre el tiempo de consulta, según las necesidades individuales de cada paciente. Sin embargo, cuando se programan consultas o cuando es el propio paciente quien solicita la asistencia médica como ocurre en las consultas de Atención Primaria, las agendas deben tener límites. La emblemática reivindicación de al menos "10 minutos" para las consultas de Atención Primaria tiene un significado simbólico, pero no deja de ser una buena referencia para señalar un "mínimo decente". El sentido común indica que por debajo de este tiempo no se puede plantear una entrevista clínica y una exploración física en condiciones dignas. Por tanto, no es aceptable que se organicen agendas asistenciales con una asignación de un tiempo menor. Por otro lado, también se deben establecer límites en el tiempo en que un médico realiza una tarea asistencial sin una pausa de descanso, aunque esto pueda ser variable en función de las características de la actividad realizada. Se debe denunciar que con frecuencia estas condiciones básicas tanto en la dedicación de tiempo a cada paciente como en la prolongación de la consulta atendida por un solo médico están siendo gravemente ignoradas, con el correspondiente riesgo para la seguridad de los pacientes y de los facultativos.

7. En este contexto, al analizar la distribución de tiempo de la actividad de un médico, conviene tener presente que, para mantener la competencia profesional, la asistencia clínica debe complementarse con la formación continuada. La función del médico no es solo realizar tareas asistenciales, necesitando también disponer de tiempo en su

jornada laboral para la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades, así como para la docencia y la investigación. En este necesario equilibrio, sufrimos un preocupante desajuste debido a que la excesiva presión de la tarea asistencial ha invadido en muchos centros sanitarios el necesario espacio para la formación y la investigación.

8. Es lógico que exista una cierta tensión entre la demanda de servicios sanitarios y la inevitable limitación de recursos de cualquier sistema de aseguramiento, ya sea público o privado, lo cual también incluye la disponibilidad de tiempo de los profesionales. La distribución de recursos es, sin duda, un desafío ético para la gestión de cualquier organización sanitaria, donde se debe combinar la optimización de los medios disponibles con el razonable y justificado incremento de los mismos. En este sentido el Código de Ética y Deontología Médica establece:

Artículo 6.1. "El médico ha de ser consciente de sus deberes profesionales para con la comunidad y está obligado a procurar la mayor eficacia de su trabajo y el rendimiento óptimo de los medios que la sociedad pone a su disposición".

*Artículo 6.2. "Siendo **el sistema sanitario** el instrumento principal de la sociedad para la atención y promoción de la salud, los médicos han de velar para que en el 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".*

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 además ser 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.
10. Debido a estas condiciones de masificación, con demasiada frecuencia la asistencia médica se presta en condiciones que no cumplen los mínimos requisitos de seguridad en el trabajo, por cuanto que están expuestos a la ira de los ciudadanos cuando ven defraudadas sus

expectativas tantas veces prometidas, acompañada de una legislación cada vez más exigente. Hay que tener en cuenta que la *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica*, al igual que las exigencias que establece la Deontológica Médica, exhortan y obligan a realizar una Historia Clínica completa e informar adecuadamente al paciente para obtener su consentimiento.

Estos requerimientos éticos y legales son imposibles de cumplir en las condiciones en las que muchos médicos se ven obligados a trabajar.

11. Hay que reconocer la complejidad que entraña la gestión sanitaria, sin embargo ha llegado el momento de denunciar con firmeza la tibieza y el conformismo político ante las deficiencias organizativas. Por un lado se hace alarde de un sistema sanitario de alta eficiencia con un notable grado de satisfacción por parte de los usuarios, pero se deja de explicar que es a costa de mantener a los médicos en una situación de tensión y precariedad que ha generado un preocupante clima de malestar y desilusión en la profesión médica.
12. No es difícil reconocer que el problema no es solo cuantitativo, sino también, y sobre todo, cualitativo. Los esfuerzos por aumentar recursos sin reformas profundas de la gestión están resultando estériles y decepcionantes.

Las necesarias reformas en la gestión que los expertos vienen recomendando, deben contemplar la recuperación de la dignidad de la profesión médica. Es necesario dotar al facultativo de una mayor autonomía en la organización de su actividad asistencial, acorde con la responsabilidad que asume, lo cual está estrechamente vinculado a la disponibilidad de un tiempo razonable en la consulta médica.

Conclusiones

- Primera.** El tiempo necesario para cada acto médico debe ser fijado por el criterio profesional del médico que hard, ad casum, un juicio practico sobre el tiempo de consulta teniendo en cuenta las necesidades individuales de cada paciente y la obligación de procurar la mayor eficacia de su trabajo, así como el rendimiento Óptimo de los medios que la sociedad pone a su disposición. Sin embargo, en condiciones

ordinarias, se debe establecer un tiempo "mínimo decente" como límite infranqueable.

- Segunda.** Se debe cesar en el discurso de satisfacción sobre la sanidad española, que tanto abunda en las declaraciones políticas y solicitar un análisis de la situación real, que sea creíble y permanezca alejado de intereses electoralistas.
- Tercera.** Los Colegios de Médicos deben acoger y amparar las denuncias que, en el ejercicio de su responsabilidad deontológica, realizan los colegiados con respecto al déficit de tiempo en sus consultas, promoviendo la búsqueda de soluciones, sobre todo estructurales, en colaboración con las Sociedades Científicas, las organizaciones sindicales y todos los agentes implicados en la Sanidad.
- Cuarta.** Se recomienda que los Colegios Provinciales de Médicos, con sus Consejos Autonómicos y el Consejo General de Colegios de Médicos de España, como instituciones responsables ante la sociedad en sus respectivos ámbitos de la dignidad de la asistencia médica, redoblen sus esfuerzos en el ejercicio de la responsabilidad que les corresponde en el ordenamiento de la profesión ante las situaciones de masificación asistencial que amenazan la calidad de la asistencia, con especial repercusión en los grupos más vulnerables de la sociedad.

Madrid, 15 de septiembre de 2008

18-Los valores de la medicina en la investigación

Elaborado por la Comisión “*Los Valores de la Medicina del siglo XXI*” de la Organización Médica Colegial de España.

Coordinador: Marcos Gómez Sancho

Rogelio Altisent Jacinto Batiz Luis Ciprés Casanovas Pablo Fernández Gutiérrez José Antonio Herranz Martínez Manuel Pérez Martí Joan Viñas

Introducción

Investigar en medicina es buscar respuestas a las preguntas que plantean los problemas de salud del ser humano, y por ello la investigación debe estar siempre presente como una actitud en la práctica clínica, cualquiera que sea la especialidad o el nivel asistencial, puesto que la Medicina se cuestiona permanentemente nuevos interrogantes en su misión al servicio de la Humanidad.

Se puede afirmar, por tanto, que la investigación es un imperativo moral para la comunidad que forman los profesionales de la salud y especialmente para los médicos.

Modelos de investigación

Gracias al modelo biomédico de la investigación y a la aplicación de los avances científicos y tecnológicos a las ciencias de la salud se han producido avances indiscutibles que han supuesto enormes beneficios para la humanidad. Sin embargo, un enfoque exclusivamente biológico se ha mostrado insuficiente para dar respuesta a las necesidades de salud de las personas. Es importante considerar que la interacción de los factores biomédicos y genéticos con los sociales y psicológicos influyen en las causas y el desarrollo de las enfermedades.

Si pretendemos que la investigación en el siglo XXI responda a las necesidades de una medicina más humanizada es preciso que el modelo clásico de predominio técnico-experimental se complemente con dos áreas que conviene impulsar.

En primer lugar es necesario trasladar al campo de la investigación el modelo biopsicosocial. Este enfoque centrado en la dimensión más genuinamente humana es imprescindible para comprender al paciente y su modo de reaccionar

ante la enfermedad y el sufrimiento. Para ello es preciso potenciar la investigación cualitativa.

En segundo lugar es importante dar un mayor impulso a la investigación en epidemiología y salud pública. Los trabajos y las inversiones que se realicen para promover la salud deben fundamentarse en datos epidemiológicos rigurosos. Conviene tener presente que la dimensión comunitaria puede ser decisiva para dar soluciones a determinados problemas de salud, tomando en consideración el impacto, positivo o negativo, de los medios de comunicación.

Aplicaciones y prioridades

La Administración, las agencias de investigación y las organizaciones sanitarias deben garantizar que las prioridades al seleccionar proyectos sean las auténticas necesidades de salud, prestando una especial atención a los estudios que por falta de rendimiento económico no reciben financiación de la industria.

Establecer las prioridades de la investigación médica es una cuestión de ética social a la que no siempre se ha prestado la debida atención. Basta recordar, como ha señalado la Organización Mundial de la Salud, que sólo el 5% del gasto mundial en investigación sanitaria está relacionado con las necesidades de los países en vías de desarrollo, que son los que sufren el 93% de la mortalidad prematura.

Es de especial importancia la investigación sobre las causas de mortalidad prematura evitable, como por ejemplo: accidentes (de circulación, de trabajo, etc.), hábitos tóxicos, estilos de vida poco saludables (sedentarismo, alimentación...), suicidio, etc.

La investigación sobre cuidados paliativos y tratamiento del dolor está todavía en sus inicios y se debe seguir impulsando. La calidad de vida de quienes sufren enfermedades crónicas, degenerativas o en situación terminal, plantea ya un desafío que será creciente en el futuro. La investigación deberá ayudar a encontrar mejores formas de tratar la morbilidad, la discapacidad y la dependencia que la prolongación de la vida conlleva.

Se hace necesario incrementar la investigación sobre aspectos de la tecnología médica, que abarque tanto los sistemas de información y procesamiento de datos como los medios de diagnóstico y tratamiento, promoviendo la evaluación de la tecnología y de los resultados. De igual modo debe estudiarse la efectividad real de las actuaciones sanitarias, no basándose sólo en los resultados de los ensayos clínicos que por definición modifican la realidad de la asistencia diaria.

Además, es necesario ampliar o intensificar la investigación en una serie de problemas y áreas de la salud que son objeto de preocupación o expectación social, como son las medicinas alternativas, enfermedades raras, actividades preventivas, salud mental y educación para la salud desde la infancia.

La ética de la investigación, además de respetar los principios de autonomía, beneficencia y no maleficencia, exige cumplir criterios de eficiencia y equidad. También es muy relevante considerar los aspectos éticos de la comunicación del conocimiento, que incluye la transparencia y la declaración de intereses, tanto por parte de los autores como de los editores. Se debe exigir publicar los resultados negativos de un producto para que se conozcan antes de repetir la investigación con otros pacientes.

Los médicos deben siempre tener al paciente como su primer interés y la investigación debe ir en su beneficio; ante un conflicto de intereses siempre debe prevalecer el interés del paciente.

Este documento sobre los Valores de la Investigación en Medicina se dirige a los médicos y también se ofrece para su reflexión a todos los profesionales de la salud, asociaciones de pacientes y agentes del mundo de la investigación biomédica: Universidades, Agencias de investigación e Industria Farmacéutica.

19-Ética de la sedación en la agonía

Febrero de 2009

La Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en sesión celebrada el día 21 de febrero de 2009, adoptó el acuerdo de aprobar la siguiente Declaración elaborada por la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico de este Organismo:

ÉTICA DE LA SEDACIÓN EN LA AGONÍA

Introducción:

1. En Medicina se entiende por sedación la administración de fármacos para disminuir la ansiedad, la angustia y, eventualmente, la conciencia del enfermo.

En Medicina Paliativa se entiende por sedación la administración de fármacos apropiados para disminuir el nivel de conciencia del enfermo ante la presencia de un síntoma refractario a los tratamientos disponibles.

2. Los pacientes que padecen una enfermedad en fase terminal¹, oncológica o no, presentan, a veces, en sus momentos finales algún síntoma que provoca un sufrimiento insoportable, que puede ser difícil o, en ocasiones, imposible de controlar.
3. La frontera entre lo que es una sedación en la agonía y la eutanasia activa se encuentra en los fines primarios de una y otra. En la sedación se busca conseguir, con la dosis mínima necesaria de fármacos, un nivel de conciencia en el que el paciente no sufra, ni física, ni emocionalmente, aunque de forma indirecta pudiera acortar la vida. En la eutanasia se busca deliberadamente la muerte inmediata. La diferencia es clara si se observa desde la Ética y la Deontología Médica.

¹ Fase terminal es aquella en la que la enfermedad avanzada se encuentra en fase evolutiva e irreversible con síntomas múltiples, impacto emocional, pérdida de autonomía, con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses, en un contexto de fragilidad progresiva

4. La sedación en la agonía se ha de considerar hoy como un tratamiento adecuado para aquellos enfermos que, en los pocos días u horas que preceden a su muerte, son presa de sufrimientos intolerables que no han respondido a los tratamientos adecuados.
5. La necesidad de disminuir la conciencia de un enfermo en las horas anteriores de su muerte ha sido y es objeto de controversia, en sus aspectos clínicos, éticos, legales y religiosos. Además, quienes no conocen las indicaciones y la técnica de la sedación o carecen de experiencia en medicina paliativa, pueden confundirla con una forma encubierta de eutanasia.
6. La Comisión Central de Deontología estima oportuno ofrecer criterios sobre los aspectos éticos de la sedación en la agonía, a fin de mostrar que si está bien indicada, bien realizada y autorizada por el enfermo o en su defecto por la familia, constituye una buena práctica médica en el adecuado contexto asistencial.

El respeto médico a la vida del enfermo en fase terminal:

7. La Ética y la Deontología Médica establecen como deberes fundamentales respetar la vida y la dignidad de todos los enfermos, así como poseer los conocimientos y la competencia debidos para prestarles una asistencia de calidad profesional y humana. Estos deberes cobran una particular relevancia en la atención a los enfermos en fase terminal, a quienes se les debe ofrecer el tratamiento paliativo que mejor contribuya a aliviar el sufrimiento, manteniendo su dignidad, lo que incluye la renuncia a tratamientos inútiles o desproporcionados de los que sólo puede esperarse un alargamiento penoso de sus vidas.
8. Respetar la vida y la dignidad de los enfermos implica atender su voluntad, expresada verbalmente o por escrito, que deberá constar siempre en la historia clínica, mitigar su dolor y otros síntomas con la prudencia y energía necesarias, sabiendo que se está actuando sobre un organismo particularmente vulnerable cuando su curación ya no es posible.
9. En la situación de enfermedad terminal, la ética médica impone también la obligación de acompañar y consolar, que no son tareas delegables o de menor importancia, sino actos médicos de gran relevancia para la calidad asistencial. No tiene cabida hoy, en una medicina verdaderamente humana, la incompetencia terapéutica ante el sufrimiento terminal, ya tome la forma de tratamientos inadecuados por dosis insuficientes o excesivas, ya la del abandono.

Valor ético y humano de la sedación en la fase de agonía²

10. Tiempo atrás, cuando no se había desarrollado la medicina paliativa, la sedación en la agonía pudo haber sido ignorada u objeto de abuso. Hoy, una correcta asistencia implica que se recurra a ella sólo cuando está adecuadamente indicada, es decir, tras haber fracasado todos los tratamientos disponibles para el alivio de los síntomas.

La sedación en la agonía representa el último recurso aplicable al enfermo para hacer frente a síntomas biológicos, emocionales o existenciales cuando otros recursos terapéuticos hayan demostrado su ineficacia.

11. La sedación, en sí misma, es un recurso terapéutico más y por tanto éticamente neutro; lo que puede hacer a la sedación éticamente aceptable o reprobable es el fin que busca y las circunstancias en que se aplica. Los equipos que atienden a enfermos en fase terminal necesitan una probada competencia en los aspectos clínicos y éticos de la medicina paliativa, a fin de que la sedación sea indicada y aplicada adecuadamente. No se la podrá convertir en un recurso que, en vez de servir a los mejores intereses del enfermo, sirva para reducir el esfuerzo del médico. La sedación en la fase de agonía es un recurso final: será aceptable éticamente, cuando exista una indicación médica correcta y se hayan agotado los demás recursos terapéuticos.
12. La sedación implica, para el enfermo, una decisión de profundo significado antropológico: la de renunciar a experimentar conscientemente la propia muerte. Tiene también para su familia importantes efectos psicológicos y afectivos. Tal decisión no puede tomarse a la ligera por el equipo asistencial, sino que ha de ser resultado de una deliberación sopesada y una reflexión compartida acerca de la necesidad de disminuir el nivel de conciencia del enfermo como estrategia terapéutica.

² Fase de agonía es la que precede a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual, y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad de relación e ingesta y pronóstico de vida en horas o días.

Las indicaciones de la sedación en la fase de agonía:

13. 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 enfermo. No es legítima la sedación ante síntomas difíciles³ de controlar, pero que no han demostrado su condición de refractarios⁴
14. 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.

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.

15. Es necesario transmitir a la familia que el enfermo adecuadamente sedado no sufre.
16. Como en cualquier otro tratamiento se debe realizar una evaluación continua del nivel de sedación en el que se encuentra y necesita el enfermo⁵. En la historia clínica y en las hojas de evolución deberán registrarse con el detalle necesario los datos relativos al ajuste de las dosis de los fármacos utilizados, a la evolución clínica de la sedación en la agonía y a los cuidados básicos administrados.
17. Para evaluar, desde un contexto ético-profesional, si está justificada la indicación de la sedación en un enfermo agónico, es preciso considerar los siguientes criterios:

17.1.- La aplicación de sedación en la agonía exige, del médico, la comprobación cierta y consolidada de las siguientes circunstancias:

³ El término DIFÍCIL puede aplicarse a un síntoma que para su adecuado control precisa de una intervención terapéutica intensiva, más allá de los medios habituales, tanto desde el punto de vista farmacológico, instrumental y/o psicológico.

⁴ El término REFRACTARIO puede aplicarse a un síntoma cuando éste no puede ser adecuadamente controlado a pesar de los intensos esfuerzos para hallar un tratamiento tolerable en un plazo de tiempo razonable sin que comprometa la conciencia del enfermo.

⁵ Esta evaluación sistemática del nivel de sedación se puede realizar empleando la escala de Ramsay: Nivel I (Agitado, angustiado), Nivel II (tranquilo, orientado y colaborador), Nivel III (Respuesta a estímulos verbales), Nivel IV (Respuesta rápida a la presión glabellar o estímulos dolorosos), Nivel V (Respuesta perezosa a la presión glabellar o estímulos dolorosos), Nivel VI (no respuesta).

- a. Que existe una sintomatología intensa y refractaria al tratamiento.
- b. Que los datos clínicos indican una situación de muerte inminente o muy próxima.
- c. Que el enfermo o, en su defecto la familia, ha otorgado el adecuado consentimiento informado de la sedación en la agonía.⁶
- d. Que el enfermo ha tenido oportunidad de satisfacer sus necesidades familiares, sociales y espirituales.

Si tuviera dudas de la citada indicación, el médico responsable deberá solicitar el parecer de un colega experimentado en el control de síntomas. Además el médico dejará constancia razonada de esa conclusión en la historia clínica, especificando la naturaleza e intensidad de los síntomas y las medidas que empleó para aliviarlos (fármacos, dosis y recursos materiales y humanos utilizados) e informará de sus decisiones a los otros miembros del equipo asistencial.

17.2.- Es un deber deontológico abordar con decisión la sedación en la agonía, incluso cuando de ese tratamiento se pudiera derivar, como efecto secundario, una anticipación de la muerte.⁷

17.3.- 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, por el cuidado y el aseo de su cuerpo.

18. La sedación en la agonía no es un tratamiento excepcional; el incremento de personas que precisan cuidados paliativos constituye actualmente un paradigma que debe estar presente en la enseñanza de las Facultades de Medicina y en los Programas de Formación Continuada y en la conciencia de todos los médicos.

Madrid, 23 de febrero de 2009

⁶ Ley 41/2002, de Autonomía del Paciente. Art.9.3a

⁷ Art. 27.1 del Código de Ética y Deontología Médica.

20-Compromiso de Badajoz sobre la enseñanza de la Ética y la Deontología Médica

Mayo de 2009

Documento de consenso entre la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina de España y las Comisiones de Deontología de los Colegios de Médicos de España.

1. Atendiendo al significado que tiene la función del médico en nuestra sociedad y de las relaciones existentes entre la ética y el derecho se considera imprescindible dar a conocer y profundizar en la enseñanza de la ética y deontologías médicas, como base de las conductas del médico.
2. Tanto la ética médica como la deontología profesional no pueden ser consideradas como un aspecto accesorio de la medicina, sino un elemento que la caracterice.
3. Formación de grado: La Organización Médica Colegial y las autoridades académicas han de colaborar para que la ética médica y la deontología sean partes relevantes del programa docente del grado de medicina. Los contenidos de ética médica y deontología deben incorporarse en los planes de estudios del grado de medicina, como así lo recoge el libro blanco de la titulación y la Orden ECI/332/2008 que establece los requisitos para la verificación de los títulos de médicos.

Los contenidos de ética médica y deontología deberían impartirse en un proceso longitudinal que abarque tanto los cursos iniciales como la fase clínica de la enseñanza. Además estos contenidos pueden ser transversales a varios programas docentes. En cualquier caso, los contenidos de ética médica y deontología deben quedar bien definidos en las guías docentes correspondientes. Los contenidos de ética médica y deontología deben incluir referencias suficientes tanto al Código de Ética y Deontología Médica de la OMC y a otros códigos deontológicos profesionales como a los principios básicos de la ética médica y la bioética, así como a los valores profesionales. En esta docencia se debe tener en cuenta la colaboración de médicos que, aunque no estén formalmente incorporados a los cuadros docentes de las facultades, puedan participar en la docencia, especialmente si tienen experiencia acreditada o son miembros de las comisiones deontológicas o de otras comisiones de bioética.

Formación a lo largo de la vida. La enseñanza de los deberes que competen al médico en el ejercicio de su profesión estará inspirada en el Código de Ética y Deontología elaborado por la Organización Médica Colegial. Debe garantizarse esta formación y actualización permanentemente. El objetivo básico y fundamental de esa enseñanza debe concretarse en el conocimiento del Código de Ética y Deontología de la Organización Médica Colegial. Las comisiones de deontología de los colegios de médicos deben tener un papel director y

coordinador de esta enseñanza a los médicos, cooperando y proponiendo iniciativas formadoras mediante: cursos de formación continuada, cursos monográficos, seminarios, etc. De igual modo, las comisiones de deontología ejercerán una función de asesoramiento a todos los médicos colegiados. Las comisiones de deontología deben participar activamente en foros de debate con los agentes sociales: asociaciones de pacientes, de padres y madres de alumnos, asociaciones de consumidores, medios de comunicación, etc, para divulgar los principios deontológicos y establecer un debate social sobre temas de actualidad.

Badajoz, a 30 de mayo de 2009

21-Comunicado de la OMC sobre negligencias médicas

Julio de 2009

Desde la Organización Médica Colegial (OMC) hemos venido asistiendo con preocupación y cautela a la situación desencadenada tras el fallecimiento del bebé Rayán y éramos conscientes que tarde o temprano este luctuoso acontecimiento acabaría derivando hacia el debate público sobre las llamadas “negligencias médicas”, concepto al que se alude cuando se producen problemas asistenciales sobre pacientes, independientemente de las profesiones inculpadas así como de las instituciones donde se produce el acto.

El detonante puede estar en algunas declaraciones del Presidente del Consejo General de Enfermería, Máximo González Jurado, donde refiere que si el implicado hubiera sido un médico no habría tenido la noticia el impacto que ha producido la muerte del pequeño marroquí, y especialmente nos hemos indignado porque habíamos valorado el buen hacer que desde el primer instante en que se conoció la noticia el máximo órgano de representación de los enfermeros españoles había desempeñado, como es de esperar de un órgano colegial profesional, que no es ni más ni menos que respaldar al profesional afecto, por una parte, y poner en marcha los mecanismos para esclarecer los hechos, aplicando si fuera necesario las facultades sancionadoras que nuestros Estatutos nos confieren.

No se trata de entrar en un debate estéril porque, además, en la Organización Médica Colegial creemos que estas declaraciones se han formulado en un contexto de tensión. Desde luego no han sido afortunadas las palabras de Máximo González y más cuando sabemos que estamos trabajando de lleno por la seguridad de los pacientes y de la práctica asistencial y que, aunque la responsabilidad final de un acto profesional recaiga en quien lo realiza, nuestro trabajo actual se desarrolla en el ámbito de equipos asistenciales y en organizaciones complejas donde todos los factores que inciden sobre nuestra práctica asistencial tendremos que valorarlos en el análisis de lo ocurrido.

No es este el camino ideal para avanzar juntos. Ambas profesiones hemos puesto proa a la búsqueda de la excelencia profesional y a la discusión sosegada que el mandato de la LOPS nos da. Comentarios como estos contribuyen poco a este nuevo escenario. Sólo los pacientes y su mejor asistencia mantienen viva la obligación del entendimiento.

17 de julio de 2009

22-Comunicado de la OMC sobre el fallecimiento del futbolista Daniel Jarque

Agosto de 2009

Ante los múltiples comentarios que se están vertiendo sobre el reciente fallecimiento del jugador de fútbol D. Daniel Jarque, el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos considera necesario realizar las siguientes manifestaciones:

1. En primer lugar, lamentar la pérdida de una vida humana.
2. Según las informaciones obtenidas por los medios de comunicación el fallecimiento no se produjo mientras se realizaba un esfuerzo, por lo que no cabe hablar de muerte súbita de un deportista.
3. Esta forma de muerte es la más habitual en muchos pacientes portadores de patologías graves, aunque también puede verse excepcionalmente en algunos pacientes sin patología previa conocida.
4. Con los datos actuales no se puede afirmar que el jugador sufriera un infarto de miocardio u otra patología. Por lo cual es preciso esperar a los resultados de la autopsia para conocer la causa de muerte y ofrecer un diagnóstico ajustado que evite especulaciones.
5. Los últimos fallecimientos de deportistas han producido una importante sensibilización en la sociedad actual. Ante lo cual es preciso volver a recordar a la sociedad que:
 - El riesgo de muerte súbita es muy llamativo pero poco frecuente.
 - En el deporte de alto nivel, los reconocimientos médico-deportivos son adecuados a las recomendaciones de sociedades científicas y a las posibilidades científico médicas de las que disponemos en la actualidad.
 - Con los conocimientos actuales, el riesgo de muerte súbita no es posible hacerlo desaparecer en todos los casos pues resulta imposible diagnosticar en vida algunas patologías que pueden provocarlo.
6. La práctica de deporte adecuado a cada persona es siempre y fundamentalmente beneficiosa para la población. El riesgo de padecer un episodio de muerte súbita del deportista es muy bajo, especialmente en jóvenes. Cualquier deportista o persona que realice ejercicio físico debería, en caso de duda o sobreesfuerzo importante, atender siempre las recomendaciones de su médico. Igualmente, es recomendable consultar con el médico siempre que se noten molestias o malestar con el esfuerzo.

23-Se está creando una alarma y angustia exagerada en torno a la Gripe A

Septiembre de 2009

Para la Organización Médica Colegial (OMC) no se debe minusvalorar la importancia de esta pandemia gripal, pero tampoco exagerarla –como hasta ahora está sucediendo- convirtiéndola en foco exclusivo de preocupación sanitaria. El 95% de los casos serán leves y se resolverán entre 3 días y una semana como cualquier otra gripe.

Ante las constantes y variadas informaciones que sobre la Gripe A se están difundiendo en todos los medios de comunicación, el Consejo General de Colegios de Médicos quiere hacer un llamamiento a la población para ayudar a situar este problema en su justa dimensión.

La gripe es una enfermedad viral que se suele padecer durante el invierno en forma de epidemia (epidemia estacional) y afecta todos los años a una gran parte de la población.

Se trata de una enfermedad leve cuyos síntomas más característicos son fiebre, tos, secreción nasal, dolor de cabeza, dolor de garganta, dolores musculares y sensación de cansancio, lo que obliga a guardar a algunos días de reposo.

La variante de este año, la denominada Gripe A, es más contagiosa que la gripe estacional, pero sin embargo es más benigna y su mortalidad es menor. Deberán seguirse idénticas medidas de prevención y tratamiento habituales que con la gripe de todos los años. En la mayor parte de los casos los síntomas serán leves remitirán de forma natural sin necesidad de medicinas e incluso de asistencia médica.

La situación actual

Contamos además con la experiencia de lo sucedido en los países con invierno austral (que coincide con el verano en España) donde no han dispuesto de vacuna y ha dejado en toda esa parte del mundo 1.796 fallecidos por esta causa y hasta la fecha, cuando cualquier gripe estacional de las que pasamos todos los años deja sólo en nuestro país entre 1.500 y 3.000 muertos. O lo que está sucediendo en Estados Unidos, en donde se han detectado un millón de casos y sólo se han contabilizado 556 defunciones. Está claro que la percepción social que se está teniendo de esta gripe no se corresponde con su nivel real de impacto, inferior – en cuanto a fallecimientos- al de la gripe estacional de los años anteriores y por supuesto al de otras causas de fallecimiento por enfermedades graves que es preciso atender. Se ofrecen previsiones que indican que 1 de cada 3 ciudadanos europeos enfermará por la nueva gripe entre 2009 y 2010, pero hay que añadir que la mayor parte de ellos lo hará de forma prácticamente asintomática o con sintomatología muy benigna; es decir, el 95% de los casos serán leves y se resolverán entre 3 días y una semana como cualquier otra gripe.

El caso de las embarazadas

La repercusión alcanzada en los medios de comunicación sobre la incidencia de la gripe A en embarazadas ha hecho saltar unas alarmas injustificadas.

Cualquier mujer embarazada es más vulnerable ante cualquier problema de salud. En el tercer trimestre de embarazo, debido a la presión abdominal que el feto realiza y que condiciona la función cardio respiratoria de la embarazada, cualquier gripe o proceso respiratorio puede complicarse con mas frecuencia que en el resto de la población. Pero ese riesgo en valores absolutos es mínimo. Por todo ello en el caso de la Gripe A la probabilidad de ingreso hospitalario por esta causa es de tres por millón, mientras que en mujeres no embarazadas es de uno por millón.

Por otro lado es preciso aclarar que estar embarazada no aumenta la probabilidad de contagiarse por gripe A. La gripe A no provoca abortos ni malformaciones del feto. Se debe continuar la lactancia natural aunque se tenga gripe A, porque siguiendo las normas higiénicas habituales no hay ningún problema para el lactante.

Vacunación

Como en otras gripes, la vacunación es una medida preventiva parcialmente eficaz. Sin embargo, aunque las vacunas son seguras, también pueden presentar efectos adversos y por esta razón la vacuna sólo debe administrarse a los grupos de riesgo que hayan establecido las Autoridades sanitarias. Los beneficios de la inmunización que se esperan de una vacuna deben ser siempre superiores a los riesgos potenciales, sobre todo para personas sanas, de las cuales buena parte de ellas no enfermarían y si lo hicieran, en el 95% de los casos presentarían una sintomatología benigna.

Tratamiento

En cuanto a los tratamientos, los fármacos antivirales sólo deben ser utilizados en enfermos graves y en pacientes con enfermedades crónicas importantes, y desde luego son ineficaces en niños y en adultos sanos. Algunos virus además, desarrollan resistencias a los antivirales limitando la eficacia del tratamiento, por lo que siempre deben ser prescritos por el médico.

Alarma Exagerada

Sabemos ya con datos, por la experiencia del invierno en los países del hemisferio sur, donde sin vacuna disponible, la gripe A es una enfermedad benigna, con menos mortalidad que la gripe de todos los años. La diferencia es responder como en algunos países con un pánico, miedo y descontrol o como en otros con normalidad, tranquilidad, organización y eficacia para tratar adecuadamente solo los casos que se compliquen.

Desde el Consejo General de Colegios de Médicos queremos informar a la población, sin alarmarla, para que todos podamos hacer un buen uso de los recursos de salud. Los comportamientos que se derivarían de una alarma exagerada impedirían no sólo la adecuada atención a quienes realmente lo necesitasen sino que también dificultarían la atención debida al resto de pacientes que -a causa de otras enfermedades importantes- son atendidos por nuestros servicios sanitarios.

En resumen

1. La gripe A es muy contagiosa y leve; más leve que la gripe de todos los años (gripe estacional). Por lo cual ante la gripe A no se deben tomar grandes medidas sino un comportamiento similar al de la gripe de años anteriores para paliar los síntomas comunes a la misma como malestar general, decaimiento, fiebre, dolor de garganta y articulares... Se debe consultar al médico cuando se añadan signos de gravedad como dificultad para respirar, tos con expectoración sanguinolenta .
2. Los antivirales no curan ni previenen la gripe A pero ayudan en el control de los casos graves. Como todos los medicamentos, tienen efectos secundarios y su uso inadecuado facilita la aparición de resistencias es decir disminución o desaparición de su eficacia contra el virus. No son útiles en el caso de pacientes sin complicaciones, por lo que se deben reservar para tratar casos graves y en aquellos pacientes que por su condición el médico los considere necesario.
3. La vacuna contra la gripe A es experimental, y por ahora aún no se conoce ni su seguridad ni su eficacia. Debe ser la autoridad sanitaria quien defina aquellos grupos de población que por sus características sea aconsejable su vacunación
4. Las consecuencias más graves de las pandemias previas y de la actual fueron provocados por la pobreza, desnutrición, vivienda insalubre, falta de higiene, de antibióticos y de unos sistemas sanitarios eficaces. Las

pandemias previas dejaron de provocar gran mortalidad desde el momento en que se dispuso de antibióticos para tratar las neumonías que complican la gripe. Esas pandemias no tuvieron nunca una segunda “ola” de mayor agresividad.

5. Es preciso que los ciudadanos tengan muy presente que además de la gripe A, los servicios sanitarios tienen que atender a los miles de enfermos agudos y crónicos habituales, por lo que no conviene saturar la actividad de los médicos y enfermeras con pacientes leves de gripe A.
6. En este año y el próximo la epidemia de gripe A provocará probablemente más casos de gripe (porque es más contagiosa), pero serán de menor gravedad y con menor mortalidad en todos los grupos de edad.
7. Las medidas “espectaculares” de recepción y atención en centros de salud, hospitales, etc., dan la falsa idea de que se puede disminuir la contagiosidad y gravedad, pero son ineficaces. Por consiguiente todos debemos actuar con normalidad y sentido común.

Recuerde que:

La Gripe A se está comportando de forma más benigna que la gripe estacional de años anteriores y, simplemente, como medidas de precaución para esta y para cualquier otra enfermedad infecto-contagiosa, es conveniente:

- Lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón.
- Mantenerse alejado de las personas que tengan infección respiratoria.
- No compartir alimentos, vasos o cubiertos.
- Recoger siempre el moco y la saliva en pañuelos desechables.
- Ventilar y permitir la entrada del sol en la casa y en todos los lugares cerrados.
- Mantener limpios los espacios comunes como cocina, baño, utensilios, así como juguetes, teléfonos u objetos de uso común.
- Realizar una alimentación equilibrada. Comer frutas y verduras ricas en
- vitaminas A y C (zanahoria, naranja, mandarina, lima, limón, piña, etc.).
- Mantener una buena hidratación bebiendo con frecuencia.

Madrid, 1 de septiembre de 2009

24-Ética de la responsabilidad ante la gripe A

Septiembre de 2009

El Consejo General de Colegios de Médicos desea aportar una serie de consideraciones sobre la ética de la prevención que proporcionen elementos de juicio y serenidad ante el clima de preocupación social y profesional que se ha generado por la epidemia de la nueva gripe A.

La medicina preventiva se caracteriza por la intervención anticipativa, es decir, por la actuación antes de que aparezca o se desarrolle un problema de salud, pero lógicamente con el objetivo de lograr un mejor pronóstico y un beneficio para el paciente, lo cual debe estar sustentado en pruebas científicas muy afinadas del mismo modo que se le exige a cualquier tratamiento curativo. Y dado que en las intervenciones preventivas actuamos sobre sujetos sanos, el rigor en la prueba de efectividad y en la evitación de efectos adversos se hace mucho más necesario y exigente.

Esto significa que las actividades preventivas también se rigen por los valores esenciales de la medicina. Por esta razón prevención y anticipación no son conceptos sinónimos. La anticipación no se convierte en prevención de manera automática y para que constituya una intervención responsable es preciso ponderar los beneficios y los riesgos, informando adecuadamente a los pacientes y a la sociedad. La prevención es una anticipación efectiva, segura, razonable, clemente, equitativa y sensata.

Las intervenciones preventivas y anticipativas gozan actualmente de una gran popularidad, avaladas por el conocido aforismo de que “más vale prevenir que curar”; sin embargo, no siempre se traducen en cambios positivos en la mejora de la salud futura del individuo o de la comunidad.

A estos efectos, conviene señalar que existe un clima de creciente consumismo sanitario donde todo lo preventivo tiene un mercado asegurado, habiéndose generando un fenómeno de tolerancia en el rigor que se debería exigir en la publicidad. La resultante es un sector comercial muy agresivo y creciente, donde se mueven grandes intereses y se pueden generar serios perjuicios, porque no todas las personas tienen recursos para elaborar un criterio que les permita discriminar la información cierta de la engañosa (alimentación, pruebas de detección precoz, test genéticos, consensos, medicamentos, vacunas, etc.). En este punto la profesión médica debe asumir una **especial responsabilidad deontológica que impida avalar injustificadamente** –ya sea como individuos o institucionalmente- propuestas que carecen de suficientes garantías, o que se prestan a la confusión, especialmente cuando median intereses ajenos al bien común.

En este sentido también se debe extremar la prudencia a la hora de presentar escenarios de riesgo para la población, de modo que la información se ofrezca de **manera comprensible** para la ciudadanía, procurando tener en cuenta el modo en que puede ser interpretada. Esto es muy relevante para evitar daños colaterales que se podrían sortear con una adecuada explicación. Por ejemplo, ante la alarma generada por la epidemia de Gripe A se ha producido una reducción preocupante de las donaciones de sangre que no tiene una justificación razonable y pone en verdadero peligro la vida de personas necesitadas de transfusiones. La organización de planes especiales para afrontar una potencial emergencia debe poder hacerse en un clima de serenidad, muy conveniente para que resulten beneficiosos.

En medicina hay una serie de **principios éticos generales** que son aplicables y exigibles al escenario preventivo.

De acuerdo con el principio de **“beneficencia” no se debe admitir una intervención preventiva sin disponer de las pruebas** sobre su efecto beneficioso para la salud de la población, lo cual significa que la prevención no puede tener un estatuto de inmunidad a la crítica a la hora de demostrar su beneficio. Recordar esto es importante porque en ocasiones se ha concedido a la prevención una tolerancia injustificada ante los requisitos científicos exigibles a cualquier intervención sanitaria.

En relación con la Gripe A, en algunos momentos ha parecido como si mencionar la **palabra “prevención”** tuviera un efecto taumatúrgico de modo que se pasaba a poner la carga de la prueba sobre quienes se plantean preguntas o dudas razonables sobre algunas propuestas preventivas. En medicina curativa no se acepta manejar tratamientos cuya eficacia no se haya demostrado, sin embargo, a veces se ha consentido que bajo la bandera de la prevención se pueda **sortear el rigor científico de la medicina** de nuestro tiempo.

El principio de **“no-maleficencia”** obliga a valorar los posibles efectos colaterales que las intervenciones preventivas pueden provocar: falsos positivos o negativos en la detección precoz, el sobrediagnóstico o los potenciales efectos secundarios de cualquier tratamiento farmacológico preventivo. Esto es **especialmente relevante** cuando **se interviene sobre población sana**. Bajo este principio también se debe acoger la consideración sobre cualquier tratamiento antivírico para la Gripe A, llevando a cabo un riguroso balance del riesgo y el beneficio esperable, teniendo en cuenta que la gripe se considera una enfermedad auto-limitada en una persona previamente sana.

En este sentido sería especialmente preocupante que por presiones políticas o por una actitud defensiva ante campañas de opinión pública se realizaran intervenciones preventivas sin las adecuadas garantías de seguridad, ignorando el principio de precaución que, por su perfil científico, todo profesional de la medicina debería contemplar. De hecho, deberíamos aplicar correctamente el llamado principio de la precaución: no se es más precavido por proponer cosas que pueden o no ser efectivas, sino por recomendar actuaciones en las cuales los beneficios exceden sobradamente a los riesgos y costes inherentes a cualquier intervención sanitaria.

El **principio bioético de justicia** (en su dimensión de equidad) aplicado a la prevención exige priorizar las intervenciones en los grupos poblacionales que mejor lo vayan a rentabilizar. Una determinada actividad se aplicaría inadecuadamente cuando el beneficio fuera superado por el daño, pero también cuando supone una dilapidación de recursos que acaba afectando a la justicia distributiva. Es decir, podría llegar a ocurrir que alguien con alta probabilidad de beneficio no pueda recibir un recurso porque se ha gastado en una aplicación imprudente en personas con nula o muy escasa rentabilidad.

Los fracasos en la eficiencia sanitaria tarde o temprano acaban afectando a la equidad, porque los recursos nunca serán ilimitados.

El **respeto a la “autonomía”** de los ciudadanos ante las medidas preventivas es un aspecto especialmente delicado por las dificultades que pueden darse en momentos de emergencia. Sin embargo la filosofía del consentimiento informado sigue vigente y por tanto siempre que sea posible el paciente debe ser informado adecuadamente de lo que puede esperar de una determinada actividad preventiva, tanto de los beneficios como de los riesgos. De igual modo se debe explicar de manera comprensible cual es el riesgo que se asume en caso de no aceptar la intervención preventiva.

Esto es un desafío profesional de primer orden, en la medida que exige un esfuerzo de actualización del conocimiento, recurriendo a fuentes de información solventes que sean a la vez independientes de intereses ajenos a la salud de nuestros pacientes. Divulgar sin alarmismos y hacer pedagogía con la información disponible es un deber y sin duda un arte al que no podemos renunciar por lealtad a los ciudadanos y la sociedad.

Son momentos para promover **la confianza social** en la autoridad sanitaria, en los médicos y demás profesionales de la salud, al igual que en los medios de comunicación, tan decisivos en una sociedad libre y democrática.

Hacemos un llamamiento a que los servicios de salud de las Comunidades Autónomas se mantengan **unidos por una ética de la responsabilidad**, que nos exige valorar las consecuencias sociales de las informaciones y las medidas que se adoptan, por el bien los ciudadanos y la sociedad en su conjunto.

Madrid, veinticinco de septiembre de 2009

25-La Objeción de Conciencia es un derecho de todos los ciudadanos

Agosto de 2009

La OMC recuerda que la Constitución española y la LOPS respaldan la objeción de conciencia como un derecho de todos los ciudadanos y reclama un proceso de validación para los médicos y otros profesionales sanitarios que deseen acogerse al mismo.

Si todos somos iguales ante la Ley, es impensable que se pueda hablar de “desobediencia civil” en el ámbito sanitario y no en el ámbito judicial cuando, por ejemplo, algunos Magistrados se acogieron a la objeción de conciencia ante la tramitación de expedientes matrimoniales entre personas del mismo sexo.

Con relación a la posibilidad de que las menores de 16 años puedan abortar sin consentimiento paterno y las declaraciones hechas por el ministro de Justicia, Francisco Caamaño, en el sentido de que “no cabe objeción de conciencia” para los médicos, el Consejo General de Colegios de Médicos ha manifestado su rotundo rechazo a este planteamiento y ha reiterando que “no se debe discriminar a nadie a causa de sus principios”.

En este sentido recuerda que la naturaleza jurídico-constitucional de la objeción de conciencia sanitaria es la de un derecho fundamental, que forma parte del contenido esencial de las libertades del artículo 16 de la Constitución (libertad ideológica y religiosa), y más en concreto de la libertad de conciencia, como núcleo común de ambas libertades. Así se desprende de los análisis de la doctrina y de las posiciones del derecho comparado, y muy especialmente del pronunciamiento del Tribunal Constitucional contenido en la Sentencia 161/1987, de 27 de Octubre. También la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) remite a las normas éticas de los Colegios Profesionales. Por consiguiente, y aun cuando las leyes reguladoras en esta materia son escasas, la objeción de conciencia es un derecho constitucional, al igual que es un derecho para el paciente exigir la mejor prestación sanitaria.

La objeción de conciencia sanitaria difícilmente podrá ser considerada como una desobediencia civil, si el Consejo Fiscal, en su Dictamen sobre el proyecto de Ley del aborto aprobaron por mayoría la advertencia de su posible inconstitucionalidad.

Por otro lado, si somos todos iguales ante la Ley, es impensable que se pueda hablar de desobediencia civil en el ámbito sanitario y no en el ámbito judicial cuando, por ejemplo, algunos Magistrados se acogieron a la objeción de conciencia solicitando abstenerse en la tramitación de expedientes matrimoniales entre personas del mismo sexo que se tramitaban en sus juzgados, posteriormente resuelto por el Tribunal Supremo ó en otros múltiples casos.

Es evidente que no existe una legislación homogénea sobre objeción de conciencia y la presencia únicamente de respuestas reactivas a casos concretos dependientes del ordenamiento jurídico, dado que nuestra Constitución sólo la contempla en casos relacionados con el servicio militar y en el ámbito de los medios de comunicación.

De ahí que desde la Organización Médica Colegial de España se haya solicitado, con todo el respeto a las modificaciones legislativas en curso, la necesidad “urgente” de que la nueva ley del aborto incluya durante su tramitación parlamentaria la objeción de conciencia del personal sanitario que intervenga directamente en ellas, como así se recoge en casi todos los países con legislaciones despenalizadoras del aborto. En ellos la objeción de conciencia viene reconocida como un derecho específico, con cláusulas que prohíben la discriminación de los facultativos que se nieguen por motivos de conciencia a participar en las prácticas abortivas, máxime si como en nuestra futura Ley del Aborto, se pasará de ser un delito despenalizado en ciertos supuestos a convertirse en un “derecho”, el “derecho a abortar de la mujer”.

En definitiva, en una “prestación sanitaria”, en un derecho limitado exclusivamente por unos plazos, y como un acto médico exigible y reclamable, con lo que el médico ó el profesional sanitario, en todo caso, quedaría en una posición de excepción, y no como se ha apuntado por el Ministerio de Justicia de desobedientes civiles.

El derecho a la objeción de conciencia es un criterio universal de la profesión médica, que no es exclusivo de los médicos, sino que también pueden ejercerlo los pacientes (por ejemplo, cuando se oponen a recibir un determinado tratamiento). El conflicto puede surgir cuando la defensa de unos principios lesionan los derechos, legalmente establecidos, que pueda reclamar una de las partes. Por ello la objeción de conciencia hay que establecerla en el contexto general de la Medicina, no sólo del aborto, garantizando la seguridad jurídica de todos –incluido el nasciturus, en el caso del aborto -.

El Consejo General de Colegios de Médicos, a través de su Comisión Central de Deontología, considera imprescindible la validación deontológica de los casos de auténtica objeción de conciencia, y por ello ha propuesto un proceso de validación de objeción de conciencia que, reconocido por la autoridad sanitaria, supeditaría la dispensa de la obligación legal de aquellos médicos que lo solicitasen, al dictamen que el Colegio de Médicos emitiese tras analizar cada uno de los casos. Esta labor de los Colegios de Médicos sería perfectamente coherente con el concepto legal y constitucional que envuelve a la objeción de conciencia.

17 de agosto de 2009

26-Criterios y recomendaciones para el registro colegial de la Objeción de Conciencia

Noviembre de 2009

El Código de Ética y Deontología Médica (Art. 26.2) y la Declaración de la Comisión Central de Deontología sobre Objeción de Conciencia recientemente aprobada contemplan que el médico colegiado que plantea objeción de conciencia (OC) a la realización de una determinada práctica profesional puede comunicar a su Colegio esta condición con el fin de recibir asesoramiento y la ayuda necesaria para garantizar este derecho.

La realización de este registro por parte del Colegio de Médicos tiene la finalidad de dar mayor seguridad al médico y puede contribuir a la mediación en casos de conflicto. Se efectuará mediante la comunicación al Secretario General del Colegio Provincial y se recogerá en una ficha confidencial donde conste el nombre del colegiado y la prestación sanitaria a la que se plantea la OC.

El amparo que la corporación garantiza al colegiado que hace la OC aconseja realizar una validación o ratificación sobre la autenticidad de la OC comunicada, lo cual sería una función delegada en la Comisión de Deontología del correspondiente Colegio Provincial.

Este procedimiento **no puede interpretarse como una limitación al derecho constitucional** que asiste al colegiado y debe entenderse como un asesoramiento que permite advertir y reconducir aquellos casos en que se pudiera suscitar la OC de manera inadecuada -por ejemplo, se ha planteado equivocadamente la posibilidad de hacer objeción de conciencia a la sedación paliativa de manera genérica-.

El registro será siempre personal, voluntario y confidencial. No debe confundirse el registro con la creación de una lista. En modo alguno pueden existir “listas” con los médicos que ejercen el derecho a la OC. Es muy importante garantizar que la identidad del colegiado objetor sea tratada de acuerdo con la doctrina del “confidente necesario”, es decir que sea conocida tan solo por quien sea imprescindible para la gestión del registro.

Esto significa que cuando la Comisión de Deontología realice la “validación” de los registros se procederá sobre el motivo de objeción, de tal manera que habitualmente no será necesario identificar al médico que plantea la OC. Este criterio de confidencialidad es igualmente aplicable a la comunicación que el médico que objeta debe realizar a su inmediato superior en la institución donde desarrolla la asistencia, de modo que solo debería tener conocimiento de la identidad del objetor quien precisa de esa información para reorganizar la actividad asistencial.

La posibilidad de proceder a registrar la OC en el Colegio de Médicos ante actuaciones profesionales previsibles por la especialidad o por el servicio donde un médico ejerce, **no supone una restricción al derecho de OC en una situación sobrevenida de manera imprevista**, siendo en este caso igualmente aconsejable ponerse en contacto de manera inmediata con el Colegio Provincial.

Madrid a catorce de noviembre de 2009

27-Declaración de la OMC sobre el proyecto de ley de la salud sexual y reproductiva (ley del aborto)

Diciembre de 2009

Con motivo del debate parlamentario de la nueva Ley del Aborto, la Organización Médica Colegial, consciente de los deberes que tiene para con los ciudadanos en general y los médicos en particular, expone públicamente sus compromisos éticos en materia sanitaria, que afectan a unos como beneficiarios de los actos médicos y a los otros como agentes necesarios para su realización, por lo que elevan a la opinión pública las siguientes consideraciones:

Primera

De acuerdo con el Código de Ética y Deontología Médica, la profesión médica está al servicio de la vida humana.

Segunda

Los médicos colegiados aceptarán, como no puede ser de otra manera, las leyes emanadas del Parlamento, pero sometiéndolas siempre al valor superior de la libertad de conciencia de cada uno. La Objeción de Conciencia es un Derecho fundamental e irrenunciable. Por ello, la Organización Médica Colegial ve con satisfacción que se reafirme el Derecho Constitucional a la objeción de conciencia para todos aquellos profesionales que deban intervenir como cooperadores necesarios en la práctica de un aborto.

Tercera

Los médicos rechazamos que se utilice el argumento de que la nueva Ley les dotará de una mayor seguridad jurídica a la hora de realizar una interrupción voluntaria del embarazo, ya que no se ajusta a la verdad. Ni los médicos y menos aún el nasciturus, estarán mejor protegidos que con la ley anterior.

Cuarta

Este Proyecto de Ley establece un periodo de 14 semanas durante el cual la mujer será libre para abortar. Este límite es difícil de precisar con el rigor que las leyes exigen a pesar de los medios técnicos actualmente disponibles, por lo que se introduce un aspecto subjetivo, que aconseja establecer algunas cautelas.

Quinta

Por lo anteriormente mencionado consideramos necesario unas mínimas garantías:

- Establecer un sistema que impida irregularidades en los informes médicos, que avalan que el embarazo supone un peligro para la salud psíquica o física de la embarazada.
- Debería elaborarse un protocolo de consentimiento informado que ofrezca las debidas garantías de validez y respeto a la opinión y autonomía de la mujer, con información de la naturaleza de la intervención y sus riesgos.
- Se debería dar un periodo suficiente de reflexión e informar de las ayudas sociales públicas y privadas a las que podrá acogerse en el caso de que decida continuar con la gestación.
- Deberían restablecerse en los hospitales públicos y en cualquier centro en que se realicen abortos, las Comisiones técnico-éticas que establezcan la legalidad o no de la interrupción voluntaria del embarazo. Una decisión tan importante y de consecuencias irreversibles, cual es un aborto, no puede ser adoptada por un solo facultativo.
- La interrupción voluntaria del embarazo en menores entre 16 años y la mayoría de edad, no se realizará nunca sin su consentimiento. Vemos con satisfacción que se han tenido en cuenta las sugerencias de la Organización Médica Colegial acerca de la conveniencia e importancia que tiene informar a los padres o tutores, para no privar a la menor de su consejo, apoyo y ayuda.

Madrid, 11 de diciembre de 2009

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

28-Declaración de la OMC sobre la actuación médica ante la huelga de hambre de Aminatu Haidar

Diciembre de 2009

Legalmente hay normativa en España que permite respetar la voluntad de rechazar la alimentación y, de momento, así lo ha interpretado la autoridad judicial en este caso.

El problema que se plantea desde el punto de vista ético y deontológico admite algunas consideraciones.

1. La Deontología Médica obliga a respetar las decisiones libres de una persona competente y, por lo tanto, un médico no puede forzar a alimentarse a una persona capaz. Sin embargo, debe informarle sobre los riesgos que para su salud entraña su decisión. Así mismo, deberá valorar hasta qué punto se trata de una decisión libre, sin manipulaciones ni coacciones.
2. Si el médico recibiera la orden judicial de alimentar a la persona en contra de su voluntad, la orden del juez se debería cumplir, salvo que el médico optara por plantear la objeción de conciencia, en cuyo caso recibirá el amparo de la Corporación Colegial.
3. La Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la atención a personas en huelga de hambre analiza con detalle estas situaciones y prioriza el respeto a la voluntad del huelguista, pero señalando que esto no significa abandonarle médicamente. Se subraya la importancia de dialogar privadamente con el paciente para clarificar los matices de su posición, pues sobre todo en conflictos políticos, el respeto a la negativa a tomar alimento se puede conciliar con una hidratación, lo cual concede un margen de tiempo que siempre facilita una salida negociada.
4. Conviene aclarar que no se trata de una persona en régimen penitenciario, ni de un caso de eutanasia, ni de una tentativa de suicidio. La huelga de hambre como medio de protesta pacífica es una situación diferente.

Madrid, 14 diciembre 2009

29-Declaración sobre la Objeción de Conciencia

Octubre de 2009

1. Es éticamente reprobable que un colegiado que objetara en conciencia en la institución en la que trabaja como asalariado, practique dicha acción objetada cuando trabaja por cuenta propia. Tal conducta sería signo de doblez moral que causaría grave descrédito a la profesión médica, pues revelaría que el afán de lucro es el móvil esencial de ese comportamiento.
2. El ejercicio de la OC no exime al médico de prestar cualquier otra atención médica, especialmente en casos de urgencia, a la persona causante de su objeción, incluso aunque esta urgencia tenga que ver con la actividad objetada.
3. El médico objetor debe comunicar su condición a los responsables de la Institución para la que trabaje. Podrá asimismo comunicarlo a su Colegio profesional.
4. La OC nunca puede significar discriminación de ningún tipo para el médico que la práctica. El médico objetor nunca debe sufrir presiones en el ejercicio de sus funciones por su condición de objetor. El profesional que objete nunca obtendrá ventajas laborales de su condición y aceptará de buen grado otras tareas que se le asignen en la Institución para la que trabaje.
5. En la Medicina actual pueden ser numerosas las causas que motiven la objeción de conciencia, entre otras: interrupción voluntaria del embarazo, contracepción, terapias con células madre embrionarias, eutanasia, rechazo y demanda de tratamientos, alimentación forzada de reclusos en huelga de hambre; pueden crear serios conflictos morales y de práctica diaria que deberán ser afrontados desde la reflexión y la serenidad.

Madrid, 26 de octubre de 2009

30-Cómo dar bien las malas noticias

Septiembre de 2010

La Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en sesión celebrada el día 25 de septiembre de 2010, adoptó el acuerdo de aprobar la declaración elaborada por la Comisión Central de Deontología y Derecho Médicos sobre:

“CÓMO DAR BIEN LAS MALAS NOTICIAS”

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 o no permita que lo sean sus familiares y cuando hay una sospecha bien fundada de que la información puede perjudicarlo por razones de necesidad terapéutica o de forma temporal. 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 posteriormente.

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.

Madrid, 27 de septiembre de 2010

31-Compromisos y exigencias de la profesión ante la crisis económica, de valores y de gobierno en el SNS.

Octubre de 2011

INDICE

Compromisos y exigencias de la profesión ante la crisis económica, de valores y de gobierno en el SNS	Pg. 3
Posicionamiento institucional de la Organización Médica Colegial (OMC) ante la actual situación económica, profesional y social	Pg.6
Manifestamos	Pg.7
Ofrecemos	Pg.9
Exigimos	Pg.10
Epílogo.....	Pg.12

Ideas para un Discurso Reflexivo de la Profesión Médica

¿Dónde estamos? ¿Cómo hemos llegado hasta aquí?

La insuficiencia económico financiera crónica en el Sistema Nacional de Salud (SNS), es consecuencia de los crecimientos anuales del gasto sanitario por encima del PIB de las últimas décadas, de la compleja realidad política, sanitaria y económica, del comportamiento expansivo de los propulsores del gasto, así como de los problemas inveterados en la dirección y gestión de los servicios de salud.

Las transferencias sanitarias, si bien han tenido aspectos positivos en el acercamiento de las decisiones a los ciudadanos, han introducido importantes costes de interferencia políticos en nuestro sistema público de salud. El traspaso de competencias sanitarias a las diferentes Comunidades Autónomas (CCAA) se ha efectuado en ausencia de instrumentos y mecanismos efectivos de planificación y coordinación, premisa clave para garantizar la gobernabilidad del conjunto sistema, y dotar de coherencia interna y de estabilidad institucional al propio proceso de descentralización.

A todo ello se añaden desigualdades en la oferta de servicios, junto a la descoordinación entre las CCAA surgiendo entre ellas verdaderas fronteras sanitarias puestas de manifiesto en la ausencia de políticas comunes y de cooperación interterritorial como por ejemplo: la falta de evaluación rigurosa para la introducción de nuevas tecnologías (manteniéndose un ineficiente fraccionamiento de las Agencias de Evaluación), o el trato desigual que se ofrece a ciudadanos de otras CCAA en el acceso a los servicios sanitarios, por no citar aspectos como: sistemas informáticos no interoperables entre los diferentes Servicios Regionales de Salud, TSI que sólo son de utilidad en cada Comunidad Autónoma, políticas de salud pública descoordinadas, sin que el Ministerio de Sanidad haya asumido su papel coordinador y garante de la equidad.

Gestión ineficiente y descoordinación funcional han sido la norma general en las políticas públicas de los últimos años, que la profesión médica ha denunciado reiteradamente y para la que de forma insistente se ha pedido un gran acuerdo político que permitiera introducir reformas necesarias para mejorar los procesos de racionalidad y un mejor gobierno del SNS y sus instituciones.

Si bien es cierto que todos los gobiernos de Europa están inmersos en un proceso continuo de reformulación de sus Sistemas de Salud para poder afrontar los retos de sostenibilidad ante la crisis sistémica, así como dar respuesta a las necesidades de eficiencia, calidad, cobertura y equidad, no es menos cierto que la incapacidad o la falta de voluntad política de nuestros gobernantes no han permitido alcanzar, en nuestro país, la respuesta adecuada y así poder lograr los acuerdos necesarios.

¿Cuáles son las consecuencias?

La crisis económico financiera global ha impactado críticamente en la mayoría de las economías avanzadas, muy particularmente en la eurozona.

En nuestro país, y a pesar de las reformas estructurales emprendidas (mercado de trabajo, pensiones, cajas de ahorro,...) el débil crecimiento económico hace difícil lograr la sostenibilidad de la deuda, añade incertidumbre a las entidades financieras en su necesaria recapitalización y pone en riesgo la consolidación fiscal.

La necesidad ineludible de cumplimiento estricto de los objetivos de déficit público ha desencadenado recortes apresurados e indiscriminados en el presupuesto de gasto sanitario de determinadas CC.AA. de consecuencias imprevisibles.

Cabra esperar de nuestras autoridades políticas, por razones de credibilidad y confianza, una mayor transparencia que nos permita conocer con total veracidad el déficit presupuestario real de las CC.AA., su distribución y componente estructural, así como las proyecciones de gasto y ajustes fiscales previstos, para as sentirnos todos corresponsables con la sostenibilidad de una función social preferente como es la sanidad pública.

A pesar de haberse duplicado prácticamente el gasto sanitario público en la última década, los indicadores de salud que contribuyen de forma relevante al estado de salud o enfermedad de las personas y poblaciones no han mejorado sensiblemente en nuestro país.

Si bien conocemos que el tabaquismo, obesidad, alcohol, sedentarismo, drogodependencias y otros factores son causa directa de la mayor parte de la morbi-mortalidad fundamentalmente en el mundo desarrollado, todos ellos, a su

vez, son consecuencia de déficits culturales, sociales, económicos, laborales, educativos y medioambientales. La OMS publica en 2009 el informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, abogando por una serie de medidas sobre estos, que permitirán alcanzar la equidad sanitaria, subsanando las desigualdades en una generación⁸.

Tampoco podemos olvidar desde nuestro profesionalismo médico los efectos de la crisis sobre el nivel de empleo que afecta con preferencia a nuestros jóvenes al no encontrar un marco laboral apropiado que les permita un desarrollo personal y profesional digno y continuado. No será extraño que esta frustración vital pudiera manifestarse en conductas sociales no responsables y actitudes desafectadas del interés colectivo o común, que derivaran en última instancia en nuevas demandas de apoyo y tutela sanitaria.

Al médico le corresponde desde su tica profesional y social hacerse participe de la solución que las consecuencias de la crisis está provocando en nuestras instituciones sanitarias, pero sobre todo le toca gestionar -la cruda realidad- y responder a las necesidades de salud de los ciudadanos, y muy especialmente de los ms enfermos, ms desfavorecidos, ms débiles y menos informados.

Cada da proliferan y se hacen ms notorias las presiones tanto de los entornos políticos como del sector económico, tratando de intervenir y condicionar la plena libertad en el ejercicio de responsabilidad y de actuación profesional del médico.

Los problemas sanitarios ms inveterados pasan, de forma natural, a la legislatura siguiente o bien se establecen falsas, ambiguas y defensivas regulaciones imposibles de administrar.

Al propio tiempo, una parte de la sociedad se instala en un relativismo moral cuyo síntoma principal es la pasividad, esperar a que "algo ocurra" o que "alguien lo haga" que no hace sino favorecer la desafección social, la irracionalidad, la descapitalización cívica y la quiebra de la capacidad de aprender de los errores previos, porque o bien no se reconocen o se diluye la corresponsabilidad con los mismos.

El médico se siente en conciencia interrogado; por un lado, sus obligaciones ticas y deontológicas, la aplicación del conocimiento científico y las necesidades de los pacientes; y por otro, los recortes, las limitaciones impuestas, las injerencias interesadas, las exigencias por parte de autoridades, directivos y la propia sociedad, y todo ello, en un contexto de incertidumbre donde falta un modelo explicativo integral para entender dónde estamos, así como un diseño

⁸ http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf

institucional de política sanitaria con visión de futuro que genere confianza y seguridad y del cual nos sintamos partícipes y corresponsables.

Debemos encontrar respuestas desde el profesionalismo médico a estos dilemas ticos que refuercen nuestra legitimidad social, seguridad jurídica, justo reconocimiento, capacidad competente de autogestión y participación institucional.

Estas son exigencias irrenunciables ante la actual situación crítica de la sanidad que hoy estamos viviendo y que nos interpela desde nuestra conciencia pública y social, porque as preservaremos los valores esenciales de nuestra identidad profesional, podremos revisar y adecuar los modelos de prácticas y relaciones para dar respuesta a las nuevas necesidades, expectativas y demandas de la sociedad, y en suma, proyectar de forma corresponsable un compromiso participado por la modernización, sostenibilidad y cohesión interna del propio SNS.

Posicionamiento institucional de la Organización Médica Colegial (OMC) ante la actual situación económica, profesional y social.

La Organización Médica Colegial (OMC) como entidad colegiada de la profesión médica está asentada en el ámbito de la representación democrática y de las libertades públicas, para gestionar de forma preferente y desde principios del buen gobierno institucional los procesos de regulación y control de las prácticas profesionales, compartiendo esta función de garanta pública con el poder que otorga el Estado a sus Administraciones.

La OMC es un espacio tico y democrático de libertades profesionales y directivas de los médicos constituido en instrumento de gobernanza profesional y de garanta de derechos públicos esenciales. Su misión se centra en impulsar y tutelar las buenas prácticas profesionales al servicio del paciente así como a la promoción de la salud de las personas y de la población. Esta responsabilidad se hace efectiva a través de un proceso de creación de competencias distintivas sanitarias y sociales integradas en lo que se considera profesionalismo médico.

Estas actuaciones propias de la misión de la OMC precisan de un SNS sostenible y equitativo, bien gobernado a nivel institucional y gestionado con eficiencia y racionalidad técnica.

El nuevo profesionalismo médico significa defender por encima de cualquier otra circunstancia el compromiso con las necesidades del paciente y con los valores de la medicina basados en la competencia profesional, la integridad, la moralidad, el altruismo, la confidencialidad, el secreto, el respeto a la intimidad y a la vida en cualquiera de sus estadios, como bases de la confianza y fiabilidad entre médico y paciente. Estos valores esenciales se complementan con la promoción de un

bien social preferente como es la salud y la corresponsabilidad de todos con el SNS, institución nuclear del Estado de Bienestar que permite responder con equidad y competencia profesional a las necesidades de salud de la población. El código de deontología médica establece con precisión y desarrolla todos estos compromisos ticos que forman parte del contrato social implícito entre los Colegios de Médicos y la propia sociedad, y representan la base de su legitimación.

Para consolidar y ofrecer a las próximas generaciones este servicio fundamental del estado de bienestar es imprescindible que los médicos renovemos nuestros compromisos respaldando los cambios estructurales necesarios para mantener el alto nivel de calidad alcanzado en las prestaciones sanitarias públicas y hacerlas sostenibles. Es imprescindible comprometerse e impulsar los procesos de cambio como respuesta a las grandes transformaciones sociales, cumpliendo prioritariamente dos condiciones fundamentales: que promuevan el bienestar, la equidad y la eficiencia como principios sociales preferentes y hacerlo desde la restauración tica y ejemplar del gobierno de lo público. Ello exige afrontar desde la tica pública y social la complejidad de la crisis económica y su impacto en los servicios sanitarios, a la vez que se ofrecen propuestas para consolidar y modernizar un sistema sanitario equitativo y de calidad.

La autoridad debe reconocer el papel central de la profesión médica para reorientar y dirigir su propio progreso profesional y social, también en lo concerniente a la organización y gestión de los servicios de salud, porque sin un desarrollo efectivo y racional de los valores esenciales que asume nuestra profesión, no es posible pretender un sistema sanitario moderno, eficaz y humanista.

Por todo lo cual la Asamblea General de la OMC desea manifestar que:

1. El SNS en general y los servicios sanitarios en particular forman parte de un sector productivo estratégico de la economía del conocimiento, generador de riqueza, bienestar, innovación científica y empleo cualificado, basado en unos principios substanciales de equidad social y solidaridad, como gran patrimonio colectivo y derecho irrenunciable de todos los españoles.
2. El SNS no sólo ha sido sostenible hasta nuestros días, sino que además ha experimentado en las últimas décadas un crecimiento, desarrollo y consolidación como ninguna otra institución social pública. El problema es si podrá seguir siendo sostenible con las condiciones financieras restrictivas y de ajustes estructurales que hoy se le imponen. Nuestra Institución Colegial viene manifestando su profunda preocupación por las consecuencias y efectos de los recortes indiscriminados en el sector

sanitario público como consecuencia de la insuficiencia financiera persistente del SNS.

3. La crisis económico-financiera y de deuda nos ha llevado a una situación crítica que requiere con premura buscar soluciones desde las máximas instancias políticas y económicas de nuestro país. El modelo sanitario del inmovilismo perpetuo, refractario a todo tipo de reformas estructurales necesarias y caracterizado por su pertinaz recurrencia a la regla del rescate en su gestión económica, creemos que no es el ms apropiado para enfrentar el reto de su sostenibilidad, crecimiento orgánico y legitimación social.
4. Es preciso que desde la autoridad política y sanitaria se ofrezca un posicionamiento institucional y una referencia explicativa creable que genere confianza y certidumbre sobre el presente y futuro del SNS.
5. El da 21 de Julio de 2010 presentamos en una sesión solemne en el Congreso de los Diputados y entregamos al Presidente de la Cámara y a los portavoces de los diferentes grupos parlamentarios, un manifiesto en donde decimos con clara nitidez que la primera obligación de los médicos es preservar y defender los intereses de los pacientes por encima incluso de los suyos propios, y orientar todas nuestras decisiones al bien común.
6. Por todo lo mencionado, desde su ámbito de responsabilidad, la profesión médica no puede aceptar recortes en la financiación sanitaria que provoquen pérdidas de calidad en la asistencia a sus pacientes, cuando además es posible que sus efectos puedan recaer especialmente en los ms pobres, débiles, ancianos, desfavorecidos e indefensos. El médico ticamente debe rechazar estos ajustes indiscriminados e irracionales, denunciar sus consecuencias y rebelarse pacíficamente ante ellos.
7. Los médicos debemos preocuparnos del " origen de las causas" de la salud y de la enfermedad y en particular el cómo influyen las desigualdades sociales en el estado de salud de las personas y poblaciones A su vez la salud es un determinante social fundamental que afecta a otros factores como el nivel de progreso económico y bienestar de los pueblos. Los médicos no podemos aceptar los recortes en prevención y promoción de la salud, ni en educación sanitaria, porque entendemos que van a tener consecuencias a medio y largo plazo en la salud individual y colectiva.
8. Entendemos que desde la racionalidad pública existen estructuras políticas, territoriales y otros entes públicos que en razón a la eficiencia

social y a las necesidades colectivas, deberán ser ámbitos preferentes a la hora de aplicar recortes para la contención del gasto público.

9. Más allá de las responsabilidades políticas previas y de comportamientos típicamente reprobables de los mercados financieros y del funcionamiento de la economía, la crisis de solvencia que afecta al SNS precisa una vez más del compromiso deontológico de los médicos y de su actitud vital proactiva y socialmente ejemplarizante para ayudar en el ejercicio de sus competencias profesionales a fortalecer las instituciones y servicios esenciales, cooperar en las reformas que se precisen para consolidar el legado sanitario para las próximas generaciones y contribuir a garantizar el derecho universal a la salud que contempla nuestra Constitución.
10. La idea no es fácil de presentar ante la profesión médica, tras tantos años de desatención y falta de reconocimiento por parte de los diferentes gobiernos del sistema, muy en especial sobre los médicos de Atención Primaria. Pero es preciso iniciar un regeneracionismo moral que propicie la supervivencia del sistema. La crisis económica complica todo este proceso, pero lo hace más necesario que nunca, por lo cual el principio tico-deontológico de justicia consagrado en el art. 7 (apart. 4 y 5) del Código Deontológico debe ser tomado sin dilación como un valor intrínseco de nuestra propia cultura social de responsabilidad, desarrollando a fondo esta virtud tica en la práctica profesional del día a día. Introducir el sentido económico en las decisiones profesionales siempre ha tenido relevancia, pero hoy es especialmente necesario y típicamente obligado, porque sabemos que la eficiencia social es un valor irrenunciable en el uso de los recursos públicos.
11. Creemos que no es justo seguir deflactando la masa salarial de los profesionales de la salud, cuando un análisis comparado con otros sistemas sanitarios, sitúan nuestros estándares retributivos en el nivel más bajo del ranking de los países de la eurozona. A más, en los últimos 25 años, el capítulo retributivo del personal sanitario, ha perdido más de 13 puntos porcentuales en la estructura económico-presupuestaria del sistema sanitario público, ajuste asignativo sin precedentes en la Europa social avanzada.
12. Los médicos siempre hemos estado dispuestos a participar en los procesos de racionalidad que nos correspondan, pero con evaluación rigurosa, ponderación y proporcionalidad. Por ello, nos sentimos corresponsables desde nuestras credenciales profesionales a contribuir de forma proactiva y participada en mejorar las dimensiones de eficiencia y de calidad de nuestro sistema sanitario.

En razón a unos valores que la sociedad identifica y reconoce

OFRECEMOS:

Vocación de servicio, primacía de los principios éticos, actitud competente y moral en la práctica asistencial, promoción del bien común, garantía de credencialismo profesional, humanismo científico y adhesión al derecho constitucional a la protección de la salud.

Reforzar el papel de la Ciudadana Sanitaria a la que ofrecemos información, participación, transparencia, autonomía, representación, compartir decisiones que afectan a valores universales que justifican los servicios sanitarios públicos y responder a las necesidades de los diferentes grupos que integran nuestra sociedad actual.

Co-responsabilidad social compartida en el buen gobierno de las propias instituciones sanitarias y en la defensa de los valores que legitiman los servicios sanitarios públicos.

Garantizar la calidad asistencial mediante el progreso de la medicina y el avance de la ciencia, junto con la defensa de los principios éticos donde se asienta la construcción de una sociedad más próspera, justa y solidaria.

Racionalizar las prestaciones, utilización de los recursos y servicios sanitarios en términos de coste/efectividad, a la vez que comprometidos con una pronta y eficaz distribución transversal de los avances de las ciencias biomédicas.

Priorizar actuaciones sobre bases epidemiológicas y poblacionales; es decir, en función de necesidades y resultados en salud.

Mejorar las competencias esenciales de los servicios públicos (capital intelectual, tecnológico y social).

EN FUNCION DE LO CUAL EXIGIMOS:

Al poder político, que responda a su obligación con la sociedad y lidere un proyecto dinámico y transformador que garantice la suficiencia, sostenibilidad, gobernabilidad, cohesión y equidad como fundamentos básicos de legitimación social del SNS y del Estado de bienestar. No debe prorrogarse más el compromiso político para proponer un modelo de financiación finalista y suficiente que garantice la sostenibilidad del SNS.

Un Pacto Político y Social para revitalizar el SNS y garantizar su sostenibilidad en base a criterios de unicidad y cohesión social y mediante una integración de sus funciones, actividades y competencias esenciales vinculadas al ámbito jurídico de titularidad pública, así como el fomento de un profesionalismo

médico participativo y corresponsable en la gobernabilidad y co-gestión del patrimonio sanitario común.

Establecer un modelo de buen gobierno sanitario potenciando la profesionalización de la gestión en los servicios sanitarios y adoptando criterios de transparencia, mérito y capacidad; todo ello mediante el desarrollo de nuevas prácticas directivas y gestoras, con evaluación de las competencias organizativas y profesionales para una mejor gestión del conocimiento operacional. Lo cual deben constituirse en ejes centrales de actuación en todos los procesos de promoción y reconocimiento profesional, en las instituciones y centros sanitarios.

La creación de un sistema de información sanitaria del SNS, interoperable con todos los sistemas autonómicos de salud, con una rica historia clínica de bases descentralizadas y de acceso restringido, así como información de ayuda profesional general, específica y selectiva. Ello facilitara las condiciones para impulsar los procesos de descentralización a los servicios y el desarrollo de la gestión clínica.

Redefinir el modelo retributivo de los profesionales, vinculando una parte del mismo a los resultados y calidad de la asistencia.

Provocar un cambio efectivo del modelo asistencial y profesional. El perfil mayoritario del enfermo que atendemos es un enfermo crónico, frágil y poli-medicado. Esta evidencia exige un rediseño organizativo asistencial a través de la coordinación profesional y enfoque clínico integral. Es necesario establecer los mecanismos y sinergias para mejorar las relaciones entre los diferentes niveles asistenciales ofreciendo capacidad de elección de centro y especialista con las compensaciones por actividad y calidad de los resultados. Analizar el proceso de integración y aplicación de las innovaciones tecnológicas y sanitarias, definiendo las medidas que identifiquen las ms efectivas coste/beneficio, preservándolas y potenciándolas.

Mejorar la cohesión y coordinación integral de la política farmacéutica del SNS, con la participación colegiada de las CC.AA., tanto en el registro como en las decisiones sobre financiación, estableciendo a su vez mecanismos rigurosos y eficaces pre y post utilización de los insumos farmacéuticos.

EPILOGO

Muchos médicos miran hoy desorientados a los poderes públicos: el altruismo que se pide a la profesión contrasta con el actual comportamiento de los agentes económicos; algunos incluso se preguntan por qué tenemos que asumir estándares ticos que otros no practican; máxime cuando los poderes públicos abusan de esta situación, sobrecargando a los profesionales sanitarios del Sistema Nacional de Salud.

Podríamos simplemente velar por nuestros propios intereses; limitar el esfuerzo, mirar para otro lado, o articular la presión colectiva para conseguir minimizar el impacto en sueldos y plantillas profesionales. Pero ser médicos obliga a ir ms lejos; el profesionalismo incorpora una dimensión colectiva (nos hemos de salvar todos juntos), y una proyección social (y hemos de rescatar a los ms débiles que son los pacientes).

Nada nuevo bajo el sol; tres frases de Rudolf Virchow en el siglo XIX nos ayudarán a entender porqué la medicina ha sido y seguir siendo mucho ms que un oficio, y porqué los médicos siempre hemos de ser mucho ms que empleados públicos: Ms le temo a la pobreza que al Bacilo de Koch"; "Los médicos debemos ser los abogados de los pobres" y "La medicina es ciencia social, y la política no es otra cosa que medicina en gran escala".

Madrid a 29 de octubre de 2011

32- El consentimiento informado en la práctica médica

Mayo de 2010

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 y Derecho Médico, sobre:

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA PRÁCTICA MÉDICA

Introducción

El consentimiento a la asistencia médica, ha estado ligado a la modernización de la relación médico-enfermo con la pérdida de la primacía del Principio de Beneficencia, a favor del Principio de Autonomía del paciente.

El Juramento Hipocrático, se inspiraba en el *Principio de Beneficencia*, entendido como el deber del médico de ponerse en el lugar del paciente para actuar y elegir los cuidados que considera más favorables y desearía para sí mismo; esto significa evitar todo lo que perjudique o dañe, buscando el máximo beneficio posible para el enfermo.

Las teorías tomistas y kantianas propulsaron el pensamiento moderno en el que se reconoce la capacidad del ser humano de comprender y elegir, y por tanto, dirigir sus conductas desde la autonomía personal. Todo ello da origen al *Principio de Autonomía*, que considera que es la propia persona la que está en las mejores condiciones para comprender, decidir y elegir lo que considera más favorable para sí misma.

El grupo social se expresa a través del *Principio de Justicia*, estableciendo los criterios para el reparto justo de los recursos, y conseguir el mayor beneficio para el mayor número de personas, pero sin olvidar las necesidades específicas de las minorías o las individualidades.

Todo ello ha influido de manera muy importante en la relación médico-enfermo. En primer lugar, en la propia terminología, ya que actualmente se impone el término médico-paciente que destierra el in-firmus (sin firmeza) como persona a la que la enfermedad privaba de la capacidad para tomar decisiones sobre ella misma, lo que justificaba que “ el médico decide lo que es mejor para el enfermo, pero sin contar con el enfermo”.

El Informe Belmont, publicado en 1973, directriz de la bioética y la deontología, recogía el Consentimiento Informado como el procedimiento para cumplir los principios de Beneficencia, Autonomía y Justicia en la asistencia médica.

En España la primera referencia legal sobre el consentimiento del enfermo, como un derecho, aparece en la Ley General de Sanidad, de 25 de abril de 1986, que recogía en su artículo 10 los derechos de los pacientes, y en el punto 6 el derecho del paciente a decidir entre las diversas opciones, siendo necesario su consentimiento para cualquier intervención. El mismo artículo contemplaba la necesidad de información previa para poder ejercer el derecho a decidir y elegir.

Todo ello, introducía en la práctica clínica un cúmulo de situaciones problemáticas a las que poco a poco se ha ido dando respuestas; aunque los nuevos derechos de los pacientes y usuarios siguen siendo un reto para la buena praxis médica, al imponerle al médico el deber de individualizar cada acto médico en lo científico, en lo técnico, en lo legal y en lo deontológico.

El desarrollo del artículo 10 de la Ley General de Sanidad se ha hecho de forma parcial en algunas Comunidades Autónomas, y de una forma completa, a nivel estatal con la *Ley 41/2002 de autonomía del paciente, derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. Núcleos importantes de esta ley son: 1) El derecho a la intimidad; 2) El derecho a recibir información asistencial, que incluye la información clínica, y la información epidemiológica; 3) El derecho a dar el consentimiento ante cualquier actuación médica, con especial referencia al Consentimiento Informado; 4) Se contempla la historia clínica como la expresión objetiva del cumplimiento del deber de los médicos respecto a estos derechos del paciente-usuario; y 8) Derecho a decidir libre y voluntariamente y a negarse a recibir información y al tratamiento.

Mientras tanto el 1 de enero de 2000 entró en vigor en España el llamado Convenio Europeo de Bioética, cuyo antecedente era el llamado Convenio de Oviedo, documento que se ocupaba de proteger especialmente a los menores y a las personas con trastornos mentales, en la relación asistencial, entendiéndose que su falta de madurez o la afectación de sus capacidades mentales impedían o dificultaban su comprensión y capacidad de elegir, pilares básicos en la autonomía reconocida en la relación médico-paciente.

Consentimiento informado

La comunicación entre el médico y el paciente es una corriente constante de información, entre ambos y, su continuidad expresa la aceptación y consentimiento por ambas partes. En esta relación continuada en el tiempo, en el paciente hospitalizado, y periódica en las consultas externas, el médico plantea al paciente su estado de salud, y hace propuestas, y éste va

manifestando sus deseos respecto a las actuaciones que el médico tiene que poner en práctica.

La nueva legislación ha venido a exigir que esos hechos se reflejen objetivamente, por escrito y quede constancia de que se han cumplido los deberes del médico de informar y obtener el consentimiento del enfermo.

Se ha consagrado así la expresión “Consentimiento Informado”, que significa otorgar el consentimiento a la actuación de un profesional sanitario, una vez que se ha recibido la información relevante, suficiente y necesaria sobre la misma, que permita al paciente decidir lo que considera más favorable para él.

El Consentimiento Informado tiene dos partes: La información y el Consentimiento de los que la Ley 41/2002 dice:

1. La información: artículo 4....los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de la salud, toda la información disponible sobre la misma,... La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias... 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...El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.

Artículo 9 La renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso. Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo a la intervención.

Recoge también que: *el facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente:*

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

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

2. El Consentimiento. De este dice el artículo 8 ... Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, 2. El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente...

Son excepciones a la necesidad de obtener el consentimiento (expresamente establecidas en el art. 9.2 de la Ley 41/2002):

- a. *Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.*
- b. *Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.*

De lo dicho hasta aquí se desprende que el Consentimiento Informado es necesario en:

- 1) La relación clínica habitual en la que se transmite la información de forma verbal y continuada, y el paciente acepta tácitamente o de forma expresa. De estos hechos hay que dejar constancia escrita en la Historia Clínica.

Cuando se trate de pacientes terminales o en progresivo deterioro, sus manifestaciones y deseos, anotados en la historia clínica, podrán aplicarse después, cuando el paciente ya no pueda expresarse, de forma análoga a como se hace en las voluntades anticipadas o instrucciones previas, en el caso de que no haya redactado este documento.

- 2) Ante la realización de actos médicos específicos (intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores, procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente). En estos casos, aplicando lo dispuesto en la ley es preciso realizar un documento escrito en el que consten: la naturaleza de la actuación médica, su descripción técnica, los beneficios esperados de la misma, los riesgos y complicaciones que pueden presentarse, la posibilidad de contrarrestar dichos riesgos; también se informarán de las posibles alternativas, y los riesgos y beneficios de cada una de ellas; constando también en el documento las consecuencias que puede tener la negativa a recibir el tratamiento. El documento se debe personalizar al hacer constar los riesgos específicos del paciente ya sea por sus propias características personales, profesionales, etc.,. Antes de la fórmula final se debe recoger que el paciente ha podido hacer al médico las preguntas que ha considerado conveniente y que ha solucionado todas sus dudas.

Completada la primera parte correspondiente a la información, se pasa a la segunda parte del documento, en la que se recoge la fórmula de consentimiento del paciente, parte fundamental porque indica que valorando la información recibida, acepta someterse al acto médico concreto.

- 3) El paciente deberá conocer y autorizar el uso de sus datos para la docencia y la investigación. En el caso de los ensayos clínicos el consentimiento informado está regulado y protocolizado de forma específica en el Real Decreto 223/2004 de Ensayos Clínicos.

Atendiendo a esto, hay que considerar que un Consentimiento válido requiere:

1. Capacidad del paciente para comprender las explicaciones que el médico le dé sobre su actuación.
2. Capacidad del paciente para elegir con madurez y libertad lo que considere más favorable para sí mismo.

La capacidad de comprensión, juicio y razonamiento, de la persona, junto a la capacidad de elegir con libertad, constituyen los pilares de la Autonomía, característica de la persona que se manifiesta en todos los ámbitos de la vida y, por tanto, en la relación médico-paciente.

Eso significa, como principio, que es el paciente el que debe recibir la información y el que debe elegir y tomar la decisión sobre sí mismo.

Sin embargo, en la práctica nos encontramos con las siguientes situaciones:

1. **El paciente mayor de edad y capaz.** En nuestra cultura, y también en la cultura de la mayoría de los inmigrantes residentes en España, es habitual que el paciente acuda al médico o al hospital en compañía de familiares ya sea con vínculo legal o de convivencia/afectividad. Aunque, según la ley, el destinatario de la información y el que debe dar el consentimiento es el paciente, estos acompañantes, a menudo participan en la relación médico-paciente, comparten la información y ayudan al paciente a tomar decisiones.

Por eso recomendamos que cuando un paciente ingresa en un hospital y está en condiciones de decidir, se le proponga que designe a la/s persona/s que le apoyen en esta relación asistencial; se hará constar en la historia clínica la identidad de estas personas y se evitarán conflictos posteriores, más aún si el paciente en su evolución clínica pierde la capacidad de decidir.

Aunque los familiares reciban información, opinen y ayuden al paciente a tomar decisiones, será el paciente el que firme el Consentimiento Informado.

2. **Las personas que padecen trastornos mentales,** al menos en ocasiones, necesitan de familiares, cuidadores, representantes de la administración, etc., que les acompañen o apoyen en la relación asistencial. Estas personas son las que ayudan al paciente a tomar decisiones, o toman la decisión por ellas, actuando entonces “en su representación”. Esto se apoya en la Ley 41/2002 que dice: *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.*

En estos casos el médico debe ser especialmente cuidadoso porque aquí desaparece la Autonomía del paciente, y la persona que lo representa actúa, igual que el médico, desde el Principio de Beneficencia, por lo que el médico asume un deber de garante, sobre lo que puede ser más beneficioso y favorable para esa persona, al tener más elementos de juicio (conocimientos médicos, experiencia profesional, etc.). En el caso de que el médico considere que la decisión tomada por el tutor, representante legal o cuidador del paciente no es la más favorable para él, puede recurrir al Ministerio Fiscal que como protector de menores e incapaces intervendrá sometiendo el caso a los criterios oportunos.

El mencionado Convenio Europeo de Bioética dice a este respecto que la persona que padece un trastorno mental debe recibir información y participar en el proceso en la medida que sea posible. Igual criterio sigue la Ley 41/2002 cuando dice: *El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.*

El médico tiene, por tanto, el deber de contar con esta persona, e intentar explicarle las cosas en la forma que mejor las entienda, ganándose su confianza y procurando su aceptación de las medidas que se decidan como más beneficiosas para ella. Todo ello, a pesar de que será el representante legal o responsable del paciente el que firme el documento.

Los internamientos por razón de trastorno mental en contra de la voluntad de la persona (internamientos compulsivos) están contemplados en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento civil; pueden hacerse, pero mediante comunicación y protección judicial, que verifica y autoriza el internamiento, como una medida favorable para la persona, manteniéndose este solo el tiempo necesario para la mejoría o curación del paciente.

3. **Los menores de edad.** La edad de 18 años trae consigo el reconocimiento legal de la Capacidad Civil como derecho a “regir la persona y administrar los bienes”, es decir, se reconoce la Autonomía para tomar todas las decisiones sobre uno mismo y sus pertenencias. Hasta entonces los padres tienen el deber de ejercer la patria potestad (actuar/decidir en representación de los hijos) siempre “en beneficio del menor”.

La adquisición de las capacidades mentales y de la firmeza de voluntad de forma gradual y paralela a la evolución biológica del menor nos lleva a ir reconociendo progresivamente su capacidad para tomar decisiones,

sobre todo en los aspectos que afectan a “su personalidad...”, es decir a sus afectos, emociones, sentimientos, etc.

En esta línea, el Código Civil reconoce que en procesos de separación de los padres, el menor sea oído por el Juez, y dice “... y *siempre cuando sea mayor de doce años*”, es decir, que se considera que un niño mayor de 12 años ya expresa opiniones acertadas sobre lo que es más favorable para él en temas personales y de familia.

El Código penal considera que las conductas sexuales con una persona menor de 13 años, son siempre abusos sexuales no consentidos. Esto significa que el consentimiento de un menor de 13 años no es válido y el mantener con éste relaciones de tipo sexual será siempre delito; esto es importante en relación con las menores de 13 años que soliciten la píldora del día siguiente, ya que esas relaciones serían motivo de denuncia. En las menores de edades comprendidas entre los 13 y los 16 años se plantea el conflicto entre el respeto a su intimidad, guardando la confidencialidad de la asistencia o la comunicación a los padres de la prestación asistencial. La opción es informar sobre los riesgos de la píldora y su consumo repetido, canalizar a la menor a programas formativos en materia sexual, y que quede constancia de su petición voluntaria y de la información que ha recibido, asumiendo con su firma su propia responsabilidad.

En el orden civil, los 14 años permiten al menor hacer testamento lo que indica un reconocimiento de capacidad de comprensión y de valorar las cosas y las consecuencias.

Los 16 años permiten la emancipación con el consiguiente abandono del hogar familiar e incluso la administración limitada de bienes materiales.

El Convenio Europeo de Bioética dice al respecto que “... *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*”.

En este sentido, la Ley 41/2002, art. 9.3, establece que “*cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene 12 años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con 16 años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en*

caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tomada en cuenta para la toma de la decisión correspondiente”.

Por otro lado el art. 13.4, de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, establece:

“En el caso de las mujeres e 16 y 17 años, el consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo les corresponde exclusivamente a ellas de acuerdo con el régimen general aplicable a las mujeres mayores de edad.

Al menos uno de los representantes legales, padre o madre, personas con patria potestad o tutores de las mujeres comprendidas en esas edades deberán ser informados de la decisión de la mujer.

Se prescindirá de esta información cuando la menor alegue fundamentalmente que esto le provocará un conflicto grave, manifestado en el peligro cierto de violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones, malos tratos o se produzca una situación de desarraigo o desamparo”

La edad de 16 años o más para el menor, ha traído consigo, la calificación de **menor maduro**⁹ muy importante, como hemos visto en asistencia sanitaria ya que su consentimiento es válido para todos los actos médicos generales, con la sola excepción de los ya comentados.

La relación del médico con el menor y el respeto de sus derechos, plantea al médico una exigencia legal, pero una, aún mayor, de carácter deontológico, la de individualizar cada caso, y adaptarse al nivel intelectual, cultural, personal y familiar de cada paciente menor de edad, para personalizar la información y obtener su aceptación o consentimiento en el proceso.

Cuando los padres toman decisiones por el menor, el médico debe valorar que, en efecto sean decisiones favorables para éste; de no ser así, el

⁹ Véase la Declaración de la OMC sobre LA ÉTICA MÉDICA EN LA ATENCIÓN DEL MENOR MADURO. Enero 2008

médico puede recurrir al Ministerio Fiscal que, como protector de menores e incapaces intervendrá procurando evitar el perjuicio al menor.

Recomendaciones prácticas del Consentimiento Informado

- Primera.-** La normativa y la deontología obligan al médico en materia de Consentimiento Informado a cumplir con sus deberes de información y de obtención del consentimiento.
- Segunda.-** Lo anterior supone capacidad del médico para ponerse en el lugar del paciente e informarle atendiendo a su nivel cultural, adaptando y personalizando la información, de manera que transmita la que sea relevante, suficiente y necesaria para que éste pueda tomar la decisión de acuerdo con la situación real de la enfermedad y de él mismo.
- Tercera.-** Teniendo en cuenta la organización asistencial y el tiempo de que el médico dispone, el Consentimiento Informado hay que utilizarlo con sentido común, y buena praxis, para lograr en el mínimo tiempo posible el objetivo de que el paciente conozca lo importante para saber en qué consiste el acto médico al que se somete, los riesgos que asume y los resultados esperados.
- Cuarta.-** No es adecuado a la ley ni a la deontología el Consentimiento Informado que se complementa de forma insuficiente, en el que están impresos de forma generalizada los riesgos y omplicaciones generales, sin que consten los riesgos específicos de acuerdo con las características personales y laborales del paciente.
- Quinta.-** El acto de informar y obtener el consentimiento informado no es una acto burocrático y exige una relación personal previa en la que se haya alcanzado un conocimiento del paciente, de sus necesidades y circunstancias. Es contrario a la Deontología Médica entregar al paciente un documento estándar de Consentimiento Informado para que lo lea y entregue firmado, antes de la intervención, sin la previa información clínica verbal y personalizada.
- Sexta.-** En los casos de menores, el médico debe tener en cuenta lo que dice la ley respecto a la progresiva capacidad del menor de

participar y decidir en su proceso asistencial, lo que obliga a informarlo y a contar con su opinión. Cuando el menor tenga más de 16 años deberá obtener su consentimiento. Sin embargo, cuando lo considere oportuno y necesario informará a los padres y contará con su consentimiento, cuando el menor tenga menos de 16 años.

Séptima.- En el caso de personas con trastornos mentales, el médico informará al paciente y contará con su opinión, en la medida en que éste sea capaz de comprender y comunicarse con él. En estos casos el médico debe solicitar información sobre la situación legal del paciente, acerca de su incapacidad y consiguiente nombramiento del tutor, siendo éste el interlocutor válido y el que firmará el documento de Consentimiento.

El profesional tendrá presente que cuando el que decide es el tutor, representante legal o responsable del paciente, aunque la obligación de éste es el beneficio del paciente, actúa a través de su propio punto de vista e intereses, por lo que el médico se convierte en el garante del paciente en aquello que pueda ser más favorable para él.

Octava.- Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

Novena.- Tanto en el caso de los menores como en el de los pacientes con trastornos mentales, cuando el médico vea en peligro los derechos del paciente podrá recurrir al Ministerio Fiscal responsable de la representación y protección de los menores e incapaces.

Décima.- El médico debe ser consciente de que cada paciente puede plantear un conflicto distinto, por lo que , a menudo tendrá que hacer frente al deber de conocer la exigencia legal y aplicarla. Deberá, además, desde su reflexión ética, poner en práctica las medidas personalizadas y adaptadas a cada situación, poniendo siempre en primer plano el ejercicio de la auténtica autonomía del paciente, cuando la pueda ejercer, o el deber de beneficencia garantizando lo que más y mejor favorezca los intereses del paciente.

Madrid, 31 de mayo de 2010

33-Declaración sobre atención sanitaria a inmigrantes en situación irregular

Septiembre de 2012

(Rficia: Decreto--ley 16/20112 y R.D. 1192/2012 que regula la condición de asegurado del SNS)

La Organización Médica Colegial como Corporación de Derecho Público que tiene entre sus fines la regulación del ejercicio de la profesión médica, con especial atención a su marco deontológico, ve con preocupación la promulgación de normas legales y reglamentarias que, según como se entiendan y se apliquen, podrían generar problemas de desatención sanitaria y serios conflictos en los puntos asistenciales.

Entre los profesionales sanitarios se están planteando medidas de diferente tipo para hacer frente a esta situación, entre las que se contempla la objeción de conciencia ante la norma legal e incluso la desobediencia civil o insumisión, respuestas que no se pueden confundir en ningún caso.

Ante las numerosas hipótesis e interpretaciones que el desarrollo de la norma legal ha producido en los diferentes ámbitos sociales, políticos y sanitarios y con el fin de ofrecer orientaciones ajustadas al marco deontológico de la profesión médica, se ofrece el siguiente:

Análisis deontológico ante la retirada de asistencia sanitaria a inmigrantes sin permiso de residencia

La situación generada por la retirada del derecho a la asistencia sanitaria en el Sistema Nacional de Salud a personas sin permiso de residencia, plantea cuestiones en dos ámbitos de diferente alcance y naturaleza:

- a) **Ámbito de la ética profesional**, propio de la OMC, y que afecta de manera directa e inmediata a los médicos que, siendo responsables de la asistencia de un grupo de ciudadanos, son notificados que de manera inminente estos pacientes dejarán de tener derecho a la asistencia sanitaria en los términos que la venían recibiendo.
- b) **Ámbito de las políticas sociales**, propio de los órganos de representación democrática, y respecto del cual también pueden expresar su opinión y propuestas entidades, asociaciones e instituciones, públicas y privadas.

Desde la perspectiva que es propia de la OMC, se formulan las siguientes consideraciones:

Consideración primera. ATENCION DE URGENCIA

Ante situaciones de urgencia o estado de necesidad "todo médico, cualquiera que sea su especialidad o la modalidad de su ejercicio, debe prestar ayuda" (Artículo 6.1. del Código de Deontología Médica [CDM]).

Consideración segunda. CONTINUIDAD ASISTENCIAL

En el Artículo 11 del CDM se establece que el médico debe preservar "la continuidad asistencial" del paciente cuya atención se suspende por razón de pérdida de confianza, debiendo comunicarlo con "la suficiente antelación", de manera que otro médico se pueda hacer cargo del proceso asistencial, transmitiéndole la información necesaria para garantizar la continuidad del tratamiento.

Por analogía, si se llegara a producir una interrupción de la asistencia de un paciente por razones ajenas a la voluntad del mismo (por ejemplo, por un cambio normativo) el médico no puede interrumpir sin más la atención del paciente, sino que debería velar por ayudar, en la forma que sea adecuada, a la continuidad asistencial cuanto ésta sea precisa.

Consideración tercera. OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

En el supuesto de que, por aplicación de una norma, un médico del SNS no pudiese prestar atención a pacientes en situación de presencia irregular en España, cabría plantearse si es viable la objeción de conciencia.

“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” (Artículo 32.1 del CDM).

En el Artículo 33. 3 del mismo Código se establece que el médico debe comunicar al responsable de garantizar la prestación (en este caso al inmediato superior), y potestativamente, al Colegio de Médicos, su condición de objetor de conciencia para una determinada situación con el fin de recibir el asesoramiento y la ayuda necesaria. Esto es relevante pues "de la objeción de conciencia no se puede derivar ningún tipo de perjuicio o ventajas para el médico que la invoca" (Artículo 35 del CDM).

Por el contrario, no procedería la objeción de conciencia si las medidas adoptadas por las autoridades sanitaria en su respectivo ámbito competencial, garantizaran, con las medidas organizativas apropiadas, aquella asistencia sanitaria que resulte adecuada para estos supuestos especiales.

Consideración cuarta. DESOBEDIENCIA CIVIL

Otra figura diferente y al margen de la Ley, sería la "desobediencia civil" o "insumisión", que consiste en una oposición activa y frontal a una Ley que se considera injusta y a la que se desafía con la intención de derogarla, aceptando las consecuencias de la represión e, incluso, provocándola. Tal tipo de medidas escapa de las finalidades que la OMC ha de satisfacer como corporación de derecho público, en el ejercicio de sus propias potestades públicas.

REFLEXIÓN FINAL

La OMC es muy consciente de que la autoridad sanitaria ha de hacer frente a una situación, extraordinariamente compleja, de ajustes económicos, que obligan a extremar las medidas con el fin de hacer viable el sistema sanitario público en beneficio de todos los ciudadanos, que lo sostienen con sus impuestos. Parece ineludible la adopción de reformas que impulsen la suficiencia económica y la eficiencia en la gestión asistencial, para evitar así que se tengan que recortar prestaciones básicas a toda la población.

Por otra parte, consideramos que no es cuestión médica como se regule los trámites administrativos; esto es algo que debe determinar el Gobierno Central en colaboración con las CC.AA. El médico, en todo momento, debe atender a todos, independientemente de su situación legal.

Llegados a este punto hay que reconocer que se han producido fallos de gestión y comunicación. El primero de ellos ha propiciado el denominado "turismo sanitario" con un coste de considerable magnitud para el sistema sanitario público. El segundo, mas reciente tras la publicación de la norma legal, ha provocado desorientación y preocupación entre los profesionales sanitarios.

Sin embargo, consideramos que sería equivocado retirar la asistencia sanitaria a los "inmigrantes en situación irregular", que, a su vez, son el resultado de una errática política de inmigración. Desde una perspectiva de política sanitaria, nos encontramos ante una situación grave a la que hay que dar respuestas claras y pensamos asimismo que es preciso evaluar el impacto económico y sociosanitario de las medidas que se vayan a adoptar.

En la misma línea las Comunidades Autónomas deberían determinar la mejor forma para que los servicios y profesionales puedan ofrecer la asistencia sanitaria en estos casos.

Es previsible que, si las autoridades sanitarias no adoptan con urgencia las medidas apropiadas, esto podría generar una distorsión asistencial que sin duda va a repercutir en el resto de la población, especialmente en los servicios de urgencia. De no hacerse así, el pretendido objetivo de la norma legal, lejos de lograrse, podría provocar unos efectos secundarios indeseables con el efecto perverso de aumento del gasto.

Desde una perspectiva humanitaria y de buen gobierno, creemos que el Gobierno de España debe ofrecer soluciones que eviten a los sanitarios españoles un dilema entre la norma y los postulados deontológicos, sin que ello signifique desconocer los efectos económicos que habrán de encontrar solución en la correspondiente vía administrativa. En este escenario tienen cabida las medidas anunciadas de facturación a los países de origen, pero sin que se retire la asistencia sanitaria a aquellas personas que la precisen, especialmente a los enfermos crónicos.

Consideramos que en la consecución de este objetivo, la autoridad sanitaria podrá contar con la leal colaboración de los profesionales de la medicina que por razones éticas y deontológicas ahora hemos de manifestar nuestra preocupación por los posibles efectos de la norma de inminente aplicación (cabe recordar que de conformidad con la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias –artículo 4.7 -, el ejercicio de la medicina se llevara a cabo según los valores y principios contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico).

Como Organización Médica Colegial, reclamamos que se respeten nuestras actuaciones basadas en el cumplimiento de los deberes deontológicos de atención urgente, estado de necesidad o requerimientos de continuidad asistencial.

Madrid a 1 de septiembre del 2012

34-Ética de las “Guías farmacoterapéuticas y de los “protocolos de intercambio terapéutico”

Noviembre de 2012

La Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en sesión celebrada el 16 de noviembre de 2012, adoptó el acuerdo de aprobar, por unanimidad la siguiente Declaración elaborada por la Comisión Central de Deontología:

ÉTICA DE LAS “GUÍAS FARMACOTERAPÉUTICAS y de los “PROTOCOLOS DE INTERCAMBIO TERAPÉUTICO”

Introducción

Desde hace algunos años se vienen utilizando en nuestro Sistema Nacional de Salud “Guías Farmacoterapéuticas” (GFT) y más recientemente, sobre todo en los hospitales, se están elaborando “Protocolos de Intercambio Terapéutico” (PIT).

Las GFT reúnen las normas, procedimientos y recomendaciones para el uso de fármacos en el ámbito de su aplicación. Contienen la descripción de los medicamentos, aprobados para ese medio (hospital, área de salud, atención primaria, etc.), clasificados en grupos terapéuticos y una información básica sobre cada uno de ellos para facilitar su manejo.

El PIT es un procedimiento mediante el cual un medicamento es sustituido por otro de diferente o similar composición pero del que se espera un efecto terapéutico y un perfil de posibles efectos adversos similar al sustituido cuando se administra a un paciente a dosis equivalentes.

Ambos procedimientos son elaborados ordinariamente por “Comisiones de Farmacia” o por “Comisiones Técnicas de Evaluación y Selección de Medicamentos” que cuentan entre sus integrantes con una amplia representación profesional. Su trabajo consiste en analizar la información científica disponible y elaborar documentos consensuados destinados a ser de ayuda para la prescripción.

Ambos documentos se elaboran como herramientas de ayuda en el momento de decidir el fármaco a emplear para un paciente concreto en un escenario de constante y rápida innovación farmacológica en el que las ventajas y características diferenciales de los medicamentos no siempre son claras o están suficientemente contrastadas en la literatura científica. También son herramientas para racionalizar el uso de medicamentos, incluyendo los aspectos de ahorro en la prescripción sin menoscabo de la eficacia.

Se plantea la incertidumbre si tanto las GFT como los PIT comportan una vulneración y restricción a la libertad de prescripción del médico. Es por esta razón que la Comisión Central de Deontología elabora esta Declaración.

Documentos de referencia

En 1994 la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su “Guía de la buena prescripción Programa de acción sobre Medicamentos Esenciales”, se refería a la selección de medicamentos e indicaba algunos criterios para su realización: “la selección de medicamentos es un proceso continuo, multidisciplinario y participativo que debe desarrollarse basado en la eficacia, seguridad, calidad y coste de los medicamentos a fin de asegurar el uso racional de los mismos”.

La International Pharmaceutical Federation aprobó en Vancouver (septiembre de 1997) la Declaración de Principios en la cual se establece el concepto de Intercambio terapéutico: “El acto de dispensar una alternativa terapéutica de acuerdo con un protocolo previamente establecido y acordado entre quien prescribe y el farmacéutico, o después de una consulta previa individual con quien prescribe”

El “Código de Deontología Médica” de 9 de julio de 2011, establece en sus artículos 7.2, 7.4, 23.1, 23.6 y 26.1, lo siguiente:

- 7.2. El médico, principal agente de la preservación de la salud, debe velar por la calidad y la eficiencia de su práctica, principal instrumento para la promoción, defensa y restablecimiento de la salud.
- 7.4. El médico ha de ser consciente de sus deberes profesionales para con la comunidad. Está obligado a procurar la mayor eficacia de su trabajo y el rendimiento óptimo de los medios que la sociedad pone a su disposición.
- 23.1. El médico debe disponer de libertad de prescripción, respetando la evidencia científica y las indicaciones autorizadas, que le permita actuar con independencia y garantía de calidad.
- 23.6. La prescripción es el corolario del acto médico, por lo que el médico se responsabilizará de la receta. Si la receta fuera modificada en alguno de sus contenidos de tal forma que afectara al tratamiento, cesará la responsabilidad deontológica del médico.
- 26.1. El médico debe emplear preferentemente procedimientos y prescribir fármacos cuya eficacia se haya demostrado científicamente.

Declaraciones de la Comisión Central de Deontología:

- 4.1. “La libertad de prescripción del médico” de fecha 23 de enero de 1999.
 - 4.2. “Ética de la prescripción y sustitución de medicamentos genéricos” de fecha 29 de mayo de 1999.
 - 4.3. “Límites de la funciones profesionales de Médicos y Farmacéuticos” de fecha 28 de noviembre de 1998.
 - 4.4. “Ética de la relación profesional del médico con la industria farmacéutica y las empresas sanitarias” de fecha 1 de octubre de 2005.
5. Informe de la Comisión Central de Deontología de fecha 25 de febrero de 2011, analizando las normas de distintas Comunidades Autónomas, en particular de Galicia, tendentes a racionalizar el gasto farmacéutico.

Criterios Deontológicos

La libertad clínica y de prescripción consiste en la capacidad del médico de elegir, entre las opciones posibles, aquella que más conviene al paciente tras haber sopesado su validez, utilidad, seguridad, eficacia y la repercusión económica que su decisión comporta.

La libertad de prescripción se concreta y se debe basar en la capacidad del médico de poder prescribir una determinada sustancia o su equivalente terapéutico, independientemente del principio activo o nombre comercial que pueda tener.

Hay que considerar que la libertad de prescripción no debe ser un bien absoluto sin barreras ni límites. La OMS indica que “un enfermo debe recibir el medicamento más indicado para su situación clínica, con la pauta terapéutica más adecuada, durante el tiempo necesario y de forma que suponga el menor costo posible para el paciente y la comunidad”. Estas reflexiones nos llevan a recordar que en el ejercicio de la medicina actual son inseparables e ineludibles en la toma de decisiones las consideraciones sociales y económicas además de las imprescindibles consideraciones científicas y éticas.

Siguen estando plenamente vigentes los principios tradicionales que presiden las relaciones de médicos y farmacéuticos, es decir, el médico prescribe y el farmacéutico dispensa, manteniendo entre ellos una relación de plena cooperación encaminada a optimizar el uso de los medicamentos tanto en el aspecto terapéutico como económico.

Hay que saber conjugar la libertad de prescripción y los derechos de los pacientes con la responsabilidad de administrar adecuadamente los recursos económicos que la sociedad pone en manos del médico. Existe el deber deontológico de prescribir con responsabilidad y moderación.

La administración sanitaria, cualquiera que sea el ámbito de su competencia, tiene el deber de asegurar la sostenibilidad del sistema sanitario público y por tanto de racionalizar el gasto. Para ello debe cumplir con su deber de organizar, controlar y optimizar el gasto farmacéutico.

Conclusiones

- Primera.** La libertad de prescripción del médico, fundamentada en recetar la sustancia que considere indicada para cada paciente, no puede ser vulnerada por la sustitución del fármaco prescrito por otro de diferente composición aunque se haya considerado “Equivalente terapéutico” salvo que el responsable de la prescripción esté de acuerdo con el cambio.
- Segunda.** Las “Guías Farmacoterapéuticas” y los “Protocolos de Intercambio Terapéutico” así como cualquier otro documento de ayuda a la prescripción, deben estar basados en criterios científicos y también ser correctos desde el punto de vista ético.
- Tercera.** El médico no puede olvidar que los recursos que se destinan a las prescripciones pertenecen a toda la sociedad y son limitados. Está por ello particularmente obligado a prescribir con racionalidad y buen sentido económico. No es aceptable deontológicamente la prescripción de fármacos de precio más elevado cuando su eficacia sea igual a la de otros de costo inferior.
- Cuarta.** Es de difícil justificación que la administración sanitaria ponga un fármaco a disposición de los médicos y de la sociedad para después dificultar o penalizar su prescripción. **Quinta.** El médico debe estar dispuesto, ante la autoridad sanitaria o profesional que corresponda, a justificar y dar explicaciones de sus prescripciones, de los cambios terapéuticos que pueda realizar y en general de su comportamiento prescriptor.

Madrid, 19 de noviembre de 2012

35-Declaración Institucional al Anteproyecto de Ley de interrupción voluntaria del embarazo

Febrero de 2014

La Asamblea General de la Organización Médica Colegial (OMC) ha aprobado hoy, sábado 15 de febrero 2014, una declaración institucional sobre el Anteproyecto de ley orgánica para la protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada en la que expresa una serie de propuestas al texto aprobado por el Gobierno.

La Asamblea General de la OMC, en la que participan la Comisión Permanente de la OMC, los 52 presidentes de colegios de médicos de España y los 9 representantes de las vocalías nacionales, ha aprobado esta declaración tras el análisis del informe de la Comisión Central de Deontología y del Servicio Jurídico de la corporación.

Texto de la Declaración:

INTRODUCCION

1. El Código de Deontología Médica en su art 51.1 expresa que:

“El ser humano es un fin en sí mismo en todas las fases de 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”.

Sin desvincularse de este principio deontológico contra la interrupción voluntaria del embarazo (I.V.E), es preciso reconocer la existencia de graves situaciones que se presentan y que demandan ponderar valores en conflicto entre la mujer y el concebido.

2. El anteproyecto de Ley orgánica para la protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada considera legal la I.V.E en dos supuestos:
 - a. Cuando exista un grave peligro para la vida o salud física y psíquica de la mujer.
 - b. Cuando el embarazo es consecuencia de una violación previamente denunciada.
3. Se elimina del anteproyecto de Ley los plazos y el supuesto de enfermedad o anomalía fetal incompatible con la vida incluido en la Ley vigente. Por tanto ninguna gestante con un feto con alteraciones graves puede interrumpir su embarazo aunque podría hacerlo, si se considera que la malformación o enfermedad grave del feto, certificada por el especialista

correspondiente, supone un “grave peligro para su salud psíquica”, que debe ser certificado por dos psiquiatras sin relación con el centro que va a practicar la I.V.E.

4. El anteproyecto de Ley en la objeción de conciencia del médico reconoce “el derecho de los profesionales sanitarios... a abstenerse, por razones de conciencia, de participar o colaborar en la I.V.E...”. El “colaborar” puede interpretarse como poder objetar a cualquier tipo de información ante la petición de la gestante de su voluntad de abortar, con las consiguientes molestias, retrasos y dificultades especialmente en situaciones y lugares con una sola opción, la de su médico de cabecera.

El art 55.3 del CDM manifiesta que:

El médico debe proporcionar a la mujer gestante la 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.

5. La reciente entrada en vigor de la transposición de la Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la Asistencia Sanitaria Transfronteriza permitirá que cualquier ciudadana española que desee interrumpir el embarazo en los plazos que establecen los respectivos países de la UE, salvo Irlanda y Malta, pueda hacerlo donde desee asumiendo los costes que eso conlleva, en el caso de no estar financiada dicha prestación por el SNS español.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

1. Los poderes públicos son responsables de conciliar sensibilidades diferentes, dentro de los principios constitucionales y bajo la tutela de los Derechos Humanos, dando soluciones a través de leyes lo más consensuadas posibles, sobre todo en aspectos fundamentales que inciden directamente en el capítulo de los derechos y las libertades.
2. La mujer que por distintas circunstancias decide interrumpir voluntariamente su embarazo no ha de ser considerada ni definida de antemano como una enferma mental. La responsabilidad de certificar un “grave peligro para su salud psíquica”, salvo en el supuesto de existencia previa de patología psiquiátrica grave, realizado por dos médicos como

condición para poder interrumpir el embarazo en los plazos previstos queda en manos del criterio de cada profesional. No es aceptable que una decisión tan importante quede en manos de terceros.

3. No obstante, el CGCOM es consciente de la inequidad que puede derivarse en materia de IVE por la trasposición de la directiva Europea de Asistencia Sanitaria Transfronteriza.
4. Es necesaria la despenalización de la I.V.E. en el supuesto de malformación grave o enfermedad incompatible con la vida del feto en equilibrio con lo dispuesto en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ratificado por España en 2008.
5. Introducir en la Ley en cuanto a la menor de 16 y 17 años que solicita una I.V.E. que al menos uno de los representantes legales, padre o madre, personas con patria potestad o tutores debe ser informado de la decisión de la mujer. Se podrá obviar esta información cuando alegue fundadamente (certificado por los servicios sociales) que provocará un conflicto grave, manifestado en el peligro cierto de violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones, malos tratos o se produzca una situación de desarraigo o desamparo.
6. Es necesario promocionar y favorecer activamente políticas específicas y de apoyo económico a la maternidad responsable y especialmente a las familias con hijos con minusvalías y necesidades de cuidados específicos.
7. Es preciso contemplar la educación sexual y reproductiva decidida, especialmente entre los jóvenes, con especial atención a las relaciones sexuales de riesgo, la prevención del embarazo no deseado, el conocimiento de los métodos anticonceptivos el acceso gratuito a la píldora anticonceptiva de emergencia en los centros de salud y centros de orientación familiar.
8. En el apartado de quién puede realizar la I.V.E. se dice que “La I.V.E. debe ser realizado por un médico o bajo su dirección.... Se debería añadir “por personal sanitario cualificado para ello”.
9. La objeción de conciencia del médico sobre la I.V.E. se puede admitir en acciones directas y no debe incluir actuaciones indirectas. Por tanto se debería eliminar la expresión “colaborar”, dejando “abstenerse, por razones de conciencia, de participar en la interrupción voluntaria del embarazo...”.

Madrid, 15 de febrero 2014

36-Informe sobre las posibles contradicciones que el real decreto ley 16/2012 de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del sistema de salud, podría tener con la ética y la deontología

Junio de 2012

El Real Decreto ley 16/2012 de reciente aparición obliga a los médicos a realizar una reflexión profunda desde la perspectiva ético deontológica. No obstante, consideramos que analizar de una forma global si una norma legal extensa y compleja como esta es conforme a la Ética y Deontología médica, es difícil, ya que este análisis habitualmente se aplica a conductas concretas, desarrolladas por personas concretas y en unas circunstancias concretas. Sin embargo hacemos las siguientes consideraciones sobre los siguientes aspectos:

- a) **La repercusión sobre los ciudadanos que precisen asistencia sanitaria.** Hay que considerar que algunos planteamientos que se han ido introduciendo y que finalmente han aparecido en el Real Decreto ley, repercuten en la calidad de la asistencia sanitaria y por tanto podrían dar lugar a plantear en la práctica alguna situación que fuera contraria a las normas de la Ética y Deontología Médica, en los artículos que señalamos como referencia en este documento.
- b) **La sostenibilidad del sistema.** Es unánime la opinión de que el actual Sistema Nacional de Salud, con la extensión y calidad de sus prestaciones no está suficientemente financiado. Corresponde a los Gobernantes tomar las medidas que garanticen la sostenibilidad del Sistema.
- c) La racionalización de este Sistema pasa por la eficacia y la eficiencia y por la adecuación de las prestaciones a la situación real actual. Las medidas deben adoptarse de forma ponderada y reflexiva y salvaguardando el principio de equidad.

Aspectos negativos de la norma

1. Algunas de las medidas adoptadas probablemente no supondrán un ahorro, sino que al aplicarlas generarán más gastos, lo que sería contradictorio con el objetivo de mantener la sostenibilidad del Sistema.
2. En general, son numerosas las medidas de las que se pueden derivar situaciones en la práctica que sí supongan un conflicto ético deontológico para los médicos porque no puedan atender a un paciente que habían venido recibiendo asistencia por procesos crónicos y que por esta norma deje de reconocérseles ese derecho. Esta situación podría identificarse, en algunas ocasiones como abandono del paciente, lo que sí sería contrario a la deontología médica.

Desde este análisis global consideramos:

1. La adecuación de las prestaciones parece necesaria y obligada a la situación económica real para mantener la sostenibilidad del SNS. El Real Decreto ley 16/2012 no la ha abordado con la necesaria reflexión y ponderación.

2. Los ajustes necesarios podrían haberse realizado con más equidad, poniendo el énfasis en la cartera de servicios de forma que las prestaciones básicas que se determinen como tales, estén al alcance de todos, mientras que otras prestaciones complementarias o más extraordinarias o excepcionales, sólo lo estén para los que cumplan unos requisitos. Este enfoque sería más respetuoso con la Equidad.
3. El Real Decreto Ley 16/2012 merece una respuesta profesional desde la que se identifiquen, de manera general y, en la medida que sea posible, concreta, no solo, las situaciones que supongan riesgo de conflictos deontológicos. Así como las situaciones en las que la no asistencia a un paciente (riesgos infecciosos o conductas agresivas, etc.), supongan un riesgo para el propio paciente y para terceras personas con derecho a la protección de su salud y su integridad.
4. Así mismo se deben identificar las situaciones que al aplicarlas generen más gasto que ahorro.
5. Este análisis tiene que hacerse en el seno del CGCM, y por un grupo en el que esté representada la CCD, pero también los profesionales cuya modalidad de ejercicio se vea más comprometida, como es el caso de Médicos de Familia, E. Infecciosas, E. Crónicas, etc.

Los artículos del Código de Deontología Médica que podrían verse comprometidos en algunas situaciones derivadas de la aplicación literal de este Real Decreto ley serían:

- Cap. II. Art. 5.2: “El médico debe atender con la misma diligencia y solicitud a todos los pacientes, sin discriminación alguna”.
- Cap. II. Art. 6.1: “Todo médico, cualquiera que sea su especialidad o la modalidad de su ejercicio, **debe prestar ayuda de urgencia al enfermo o al accidentado**”.
- Cap. II. Art. 6.2: “**El médico no abandonará a ningún paciente que necesite sus cuidados**, ni siquiera en situaciones de catástrofe o epidemia, salvo que fuese obligado por la autoridad competente o exista un riesgo vital inminente e inevitable para su persona...”
- Cap. II. Art. 7.2: El médico, principal agente de la preservación de la salud, debe velar por la calidad y **la eficiencia de su práctica**, principal instrumento para la promoción, defensa y restablecimiento de la salud.”

- Cap. II. Art. 7.4: “El médico ha de ser consciente de sus deberes profesionales 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.**”
- Cap. II. Art. 7.5: Siendo el sistema sanitario el instrumento principal de la sociedad para la atención y promoción de la salud, los médicos han de velar para que en él se den los requisitos de calidad, suficiencia asistencial y mantenimiento de los principios éticos. Están obligados a denunciar las deficiencias, en tanto puedan afectar a la correcta atención de los pacientes.”
- Cap. III. Art. 11: “El médico sólo podrá suspender la asistencia a sus pacientes si llegara al convencimiento de que no existe la necesaria confianza hacia él. Lo comunicará al paciente o a sus representantes...”
- Cap. IV. Art. 23: “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.”
- Cap. X. Art. 45.1: “El médico que presta sus servicios en el Sistema Nacional de Salud ha de **velar y contribuir para que 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...”
- Cap. X. Art. 47.1: Los médicos que ocupan cargos directivos en instituciones sanitarias deben velar para que las prestaciones se adapten a las auténticas necesidades asistenciales de la población y a las posibilidades reales de financiación, evitando que se ofrezcan servicios sanitarios sin la debida dotación de medios humanos y materiales...”.

Madrid, 2 de junio de 2012

37-Declaración de la Comisión Central de Deontología (CCD) de la OMC sobre la asistencia médica al menor en situaciones de rechazo al tratamiento

Enero de 2015

El Pleno de la Comisión Central de Deontología en sesión celebrada los días 30 y 31 de enero de 2015, elabora la presente:

DECLARACIÓN I.-Introducción

En general, el consentimiento del paciente es fuente de conflictos en numerosas circunstancias. Esto se acentúa si el paciente es menor de edad, por las limitaciones a su capacidad para consentir.

El consentimiento como derecho está regulado por numerosas normas legales y deontológicas, las cuales son muy precisas además de exigentes, pero que no consiguen aclarar debidamente los conflictos que en la práctica se plantean y la resolución de los mismos.

Tanto las normas legales actuales como las deontológicas, reconocen para los menores una progresiva madurez, que favorece su autodeterminación y capacidad de autonomía ante la asistencia sanitaria. Sin embargo, el propio derecho civil, en orden a la protección de los menores, establece para los padres los deberes de guarda y custodia hasta su mayoría de edad, estando obligados a representarlos y decidir por ellos, siempre en su beneficio.

Ante posibles conflictos la Comisión Central de Deontología considera necesario el análisis y la valoración del tema, para de esta manera, orientar en la toma de decisiones.

Esta Declaración tiene como objetivo trasladar a los especialistas en pediatría y a los médicos en general, la información legal y ético-deontológica necesaria que les facilite tomar decisiones ante conflictos de consentimiento en el ámbito asistencial.

La práctica pone de manifiesto que numerosas demandas de responsabilidad profesional están directamente relacionadas con aspectos legales, como la información, el consentimiento o la confidencialidad; muchas menos veces las reclamaciones se relacionan con la preparación científica de los médicos.

Esta Comisión Central de Deontología ya elaboró en el año 2007 la Declaración sobre el "Menor Maduro", en referencia al derecho progresivo de los menores a tomar decisiones sobre sí mismos.

Fue en Estados Unidos donde al inicio de los años 70, se fue configurando de una forma progresiva la doctrina jurídica del "*menor maduro*".

Esta doctrina, a su vez, se fundamenta en la conocida como "*regla del menor maduro*", por la cual, la patria potestad, entendida como poder directo sobre una persona, sigue siendo efectiva, hasta que el menor alcanza la mayoría de edad, pero a medida que éste va madurando, el nivel de control por parte de los padres se debe ir limitando de forma adecuada. Esto se correspondería con un grado de inteligencia y voluntad suficientes para realizar válidamente un acto jurídico concreto o ejercitar un derecho.

Llevado esto a la asistencia médica, significa la capacidad de una persona menor para comprender la situación a la que se enfrenta, y las alternativas posibles de tratamiento, junto a las consecuencias previsibles de cada una de ellas; esto también incluye el saber expresar y defender sus decisiones apoyándose en su escala de valores. Comprobado esto, es cuando el menor puede decidir por sí mismo, pasando a un plano secundario la intervención de los padres, aunque es cierto que en situaciones de gravedad y riesgo importante, la opinión de estos pueda y deba ser tenida en cuenta y hasta seguida.

En Derecho Médico, el concepto del "*menor maduro*" ha sido ampliamente aceptado, y reforzado por su reconocimiento judicial; la Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor ya indica que *... la mejor forma de garantizar social y jurídicamente la protección de la infancia es promover su autonomía como sujetos*". Con esta idea, el *Convenio Europeo de Bioética* redactado en Oviedo y en vigor como legislación española desde el 1 de enero de 2000, respecto al consentimiento del menor en la asistencia sanitaria dice "*... 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*".

Se puede concretar que la expresión "*menor maduro*" es utilizada para identificar a las personas menores de 18 años (mayoría de edad legal), pero con capacidad intelectual y volitiva suficiente para implicarse en la toma de decisiones referentes a su persona. En general, se acepta que los derechos de personalidad (aspectos afectivos y de salud en general y salud sexual y reproductiva en particular) y otros derechos civiles pueden y deben ser ejercitados por las personas desde el momento en que tengan juicio natural suficiente, hecho o circunstancia que, para muchos autores, en la mayoría de las personas va ocurriendo paralela a la madurez biológica, y antes de los 18 años.

II.-Regulación Legal

Repasando el ordenamiento jurídico español se puede determinar que la primera normativa que recoge la participación del menor como paciente en la asistencia sanitaria se deriva de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor. Esta norma, configura una imagen del menor como un sujeto activo y participativo en la vida social, cultural y política. No obstante los padres o el tutor siempre en beneficio del menor lo sustituyen en las decisiones más trascendentes, pero haciéndole progresivamente participe en la medida en que comprenda lo que le sucede y las ventajas e inconvenientes de lo que se le ofrece como tratamientos.

Ante la ausencia en el ordenamiento jurídico español de una normativa específica y precisa sobre el consentimiento del menor de edad en la asistencia sanitaria, la doctrina era casi unánime en cuanto a la aceptación del criterio de la capacidad natural, lo que implicaba la posibilidad de que el reconocimiento del ejercicio del derecho a consentir, por parte del paciente, dependiera de que se reuniesen las condiciones físicas y psíquicas (*grado de madurez*), que permitieran aceptar o rechazar un determinado acto médico, aunque siempre contando con la opinión de los padres o tutores. En este sentido, es de destacar el importante papel del médico como garante de unos derechos de los menores, guiado siempre por procurar el mayor beneficio del menor, en contra, a veces de lo manifestado por los padres.

Tras la entrada en vigor, en España, del referido Convenio Europeo de Bioética, sus referencias precisas al consentimiento del menor comenzaron a servir de guía en las conductas médicas habituales.

Así se recoge en el artículo 6.2 que: "*cuando, según la ley, un menor no tenga capacidad para expresar su consentimiento para una intervención, ésta sólo podrá efectuarse con autorización de su representante, de una autoridad o una persona o institución designada por la ley. 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*".

De esta redacción se deriva que la norma establece un doble razonamiento: *la edad*, como criterio objetivo y *la madurez* del paciente menor de edad para valorar su opinión, como criterio subjetivo. La doctrina mayoritaria estima que prima la capacidad natural sobre la jurídica, ya que el precepto reconoce, a contrario, la facultad del menor de autorizar la práctica de la intervención de que se trate, otorgando a su opinión una importancia creciente "*en función de la edad y de su madurez*".

Respecto al segundo criterio (*grado de madurez*), volvió a ser recogido en la normativa reguladora de los derechos de los pacientes, 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. Como criterio determinante, esta ley estatal, cuando se refiere al consentimiento por representación en su artículo 9.3c, dice que "*cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos*".

Trasladado esto a los pediatras y a los médicos en general, significa que cuando atiendan a un paciente menor de edad que sea capaz de comprender el alcance, finalidad y naturaleza de la intervención sanitaria, hay que considerarlo plenamente facultado para prestar el consentimiento por sí mismo. Será por tanto, al médico a quien corresponde verificar y acreditar si el menor reúne las condiciones de madurez necesarias o si, por el contrario, se debe requerir el consentimiento de sus representantes legales. Es preciso señalar que la madurez exigida (capacidad de comprensión y volitiva) no tiene por qué ser la misma para todo tipo de actos médicos, pues en algunos casos la complejidad del mismo hace necesario, en el paciente, una mayor comprensión y discernimiento.

Pero la cuestión no acaba ahí pues el mismo artículo 9.3c, continúa su redacción, indicando que "*en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tomada en cuenta para la toma de la decisión correspondiente*"; este precepto vuelve a colocar al médico en una posición de alta responsabilidad legal y deontológica, la de valorar la capacidad de comprensión del paciente específico acerca del acto médico que se le va a practicar cuando este entraña grave riesgo.

Por tanto se debe entender que tratándose de un "*menor maduro*", la intervención de los representantes legales en la toma de decisión debería limitarse a los supuestos en los que el propio menor lo autorice. Supuesto bien distinto sería cuando el menor careciera o tuviera limitada la capacidad para comprender y entender el alcance de la intervención y sus riesgos; en su caso, sin lugar a dudas, procedería el consentimiento de sus representantes legales.

La Ley 41/2002 sí deja claro que cuando el menor ha cumplido 16 años ya no cabe el consentimiento por representación para lo que sería la asistencia

sanitaria que podríamos denominar habitual, reservándose la actuación y participación de los padres en los casos de intervenciones de grave riesgo y otras circunstancias excepcionales (art. 9.3c)

Aún así, los aspectos legales de la asistencia sanitaria al menor nos plantean a veces situaciones de difícil solución. Con esta Declaración se pretenden dar unas directrices que faciliten a pediatras y a médicos en general la decisión ético-deontológica una vez realizado el juicio clínico y el juicio legal del caso.

III.-Recomendaciones prácticas

Edad cronológica y reconocimiento legal de derechos de los menores.

Desde la práctica médica se establecen tres supuestos diferentes, para lo cual se fija como criterio divisorio la edad del menor y su correspondiente grado de capacidad.

1. Menores de 12 años.

En general no tienen reconocida capacidad intelectual ni emocional para comprender el alcance del acto médico. Ante esta circunstancia, el consentimiento debe ser siempre prestado por su representante legal.

La Ley 41/2002 indica que será necesario escuchar la opinión del menor de edad, con doce años cumplidos, aunque el consentimiento deba ser prestado por sus representantes legales.

El Convenio de Derechos del niño y la Ley Orgánica 1/1996, de protección jurídica del menor, indican que es preciso oír al menor cuando tiene menos de 12 años y, cuando ya los ha cumplido además de conocer la opinión, hay que tenerla en cuenta. No obstante, la decisión final será adoptada por sus representantes legales, la cual siempre deberá estar en consonancia tanto con el interés del menor como con el respeto a su dignidad personal.

2. Menores entre 12 y 16 años

Este grupo es sin duda alguna el más controvertido. Al ser tan amplio, permite subdividirlo en otros dos, a efectos puramente asistenciales.

Por un lado, cuando la capacidad intelectual y emocional del menor para comprender el alcance del acto médico no está claramente establecida. Esto implica la necesidad de que el consentimiento lo otorgue el representante legal, aunque es preciso haber escuchado la opinión del menor.

y de otro lado, cuando el menor es capaz intelectual y emocionalmente de comprender el alcance del acto asistencial, y atendiendo a lo expuesto anteriormente, el menor puede decidir por sí mismo, lo cual plantea algunas cuestiones de índole práctica.

- a) ¿Cuándo podemos afirmar que el menor es capaz de comprender intelectual y emocionalmente, el acto médico?
- b) ¿Es el médico pediatra o el de otra especialidad responsables del proceso asistencial, quienes deben determinarlo?

Anteriormente se indicaba que las normas legales son precisas y exigentes, sin embargo, las leyes deber ser aplicables a todos y, por tanto, generales, lo que conduce a situaciones prácticas, siempre específicas, concretas, individuales y personales en sus características y circunstancias. Por ello, las leyes sobre asistencia sanitaria, siempre descargan en el médico la responsabilidad científica y moral de valorar y determinar la capacidad del menor para decidir.

Buscando la seguridad, algunos médicos defienden la necesidad de realizar protocolos de consenso, que de una forma objetiva evalúen la capacidad de estos pacientes menores.

Son mayoría los que opinan que la determinación de dicha capacidad corresponde a los médicos responsables del proceso asistencial (Declaración de la Comisión Central de Deontología de 14 de noviembre de 2014), que deben asumir este acto científico y ético-deontológico preparándose para ello y considerando que con ello se convierten en un elemento distinto de las partes (padres e hijos) y privilegiado para actuar como garantes de los menores, frente a las discrepancias entre padres e hijos e, incluso, entre los propios padres.

Aun siguiendo este criterio, la determinación de la capacidad del menor para comprender intelectual y emocionalmente el alcance del acto médico nunca podrá ser rígida, sino que por el contrario variará en función de determinados factores, tales como la edad del menor, su grado de instrucción, su nivel intelectual y las experiencias vividas, la gravedad del acto a realizar, su complejidad, la relación riesgo/beneficio del acto propuesto, e incluso el hecho de que el caso se tratara de una urgencia o una emergencia médica.

Consustancial a la alta responsabilidad moral y social del médico, aparece una situación que éste debe manejar desde los conocimientos legales y ético

deontológicos, tomando las decisiones de forma reflexiva y tras haber valorado pros y contras de todas las posibilidades.

Si es el médico quien debe asumir la delicada función de determinar la capacidad del menor también recaerá sobre él la responsabilidad por la decisión que adopte. En el caso de conflicto legal, el médico siempre debe estar en condiciones de explicar y razonar de forma fundada la decisión tomada.

Para evitar conflictos y atendiendo al contenido de la ley, parece recomendable que, cuando el médico considera maduro al menor, puede bastarle su consentimiento para actos médicos de bajo riesgo y habituales. Su actuación debe hacerse más exigente cuando en la patología del menor y el tratamiento requerido se aprecia gravedad o riesgo significativo o importante. Igual sucede ante la solicitud de prestaciones en las que se pongan en peligro la vida del paciente menor o su integridad o cuando la práctica del acto médico sea imprescindible o de consecuencias irreversibles. En este caso sí es recomendable informar a los padres y contar con su opinión acerca del tratamiento a seguir.

En caso de conflicto, o de desacuerdo entre el menor y sus padres, o de los padres entre sí, el médico puede recurrir a la normativa civil (artículo 163 del Código Civil), poniendo el asunto en conocimiento del juez, al efecto de que intervenga el ministerio fiscal o se nombre un defensor judicial, al menor.

3. Menores entre 16 y 18 años

La Ley 41/2002 señala que en la asistencia sanitaria no cabe el consentimiento por representación en los menores que han cumplido 16 años. Es lo que se puede denominar "*emancipación sanitaria*", mal llamada por algunos como "*mayoría de edad sanitaria*".

Cumplidos los 16 años se entiende que el paciente se encuentra legitimado y con capacidad suficiente para entender y comprender el acto médico en su totalidad, tanto en lo referente a la naturaleza, riesgos, consecuencias y finalidad del mismo, por lo que estaría capacitado para dar un consentimiento válido.

En este sentido la Ley exige especial consideración ante situaciones de "grave riesgo", según criterio médico. En estos casos los padres serán informados y su opinión tenida en cuenta para la posterior toma de decisión.

No obstante el "grave riesgo" no tiene por qué invalidar el consentimiento otorgado por el menor, el cual se ha basado en el grado de madurez y en su capacidad para poder comprender y en su caso consentir el acto médico que se le propone.

Hay que recurrir al consentimiento por representación (padres y/o representantes legales) cuando el menor, mayor de 16 años, se encuentre en situación de incapacitado legal (permanente) o bien en situación de presunto incapaz (aunque sea de forma no permanente). Los casos de conflicto pueden necesitar la intervención del juez.

IV.-Regulación Deontológica

El Código de Deontología Médica del año 2011 incluye, en su capítulo III sobre "relaciones del médico con sus pacientes", normas específicas que regulan el estatus del menor de edad.

Artículo 14

- 1. El mayor de 16 años se considera capacitado para tomar decisiones sobre actuaciones asistenciales ordinarias.*
- 2. La opinión del menor de 16 años será más o menos determinante según su edad y grado de madurez; esta valoración supone para el médico una responsabilidad ética.*
- 3. En los casos de actuaciones con grave riesgo para la salud del menor de 16 años, el médico tiene obligación de informar siempre a los padres y obtener su consentimiento. Entre 16y 18 años los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta.*
- 4. Cuando los representantes legales tomen una decisión que, a criterio del médico, sea contraria a los intereses del representado, el médico solicitará la intervención judicial.*

La propia Comisión Central de Deontología indica que 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, aportándoles respuestas esperanzadoras. El menor se debe sentir acompañado y tener 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.

V.-Situaciones asistenciales que merecen especial consideración

Una vez expuestas las cuestiones generales, se analizan dos situaciones que en la práctica pueden ser fuente de conflictos para los médicos que prestan asistencia a pacientes menores. Aunque se trate de situaciones específicas, les es aplicable todo lo que el Código Civil señala como derechos y obligaciones de los padres hacia los hijos, concretados en la patria potestad, la guardia y custodia y la tutela.

Así el artículo 154 del Código Civil, establece que la patria potestad se ejercerá siempre en beneficio de los hijos, de acuerdo con su personalidad, y con respeto a su integridad física y psicológica. Esta potestad comprende los siguientes deberes y facultades: Velar por ellos, tenerlos en su compañía, alimentarlos, educarlos y procurarles una formación integral. representarlos y administrar sus bienes.

Por su parte, el artículo 156 regula que: *"La patria potestad se ejercerá conjuntamente por ambos progenitores o por uno solo con el consentimiento expreso o tácito del otro. Serán válidos los actos que realice uno de el/os conforme al uso social y a las circunstancias o en situaciones de urgente necesidad.*

En caso de desacuerdo, cualquiera de los dos podrá acudir al juez, quien, después de oír a ambos y al hijo si tuviera suficiente juicio y, en todo caso, si fuera mayor de doce años, atribuirá sin ulterior recurso la facultad de decidir al padre o a la madre. Si los desacuerdos fueran reiterados o concurriera cualquier otra causa que entorpezca gravemente el ejercicio de la patria potestad, podrá atribuirle total o parcialmente a uno de los padres o distribuir entre ellos sus funciones. Esta medida tendrá vigencia durante el plazo que se fije, que no podrá nunca exceder de dos años.

En los supuestos de los párrafos anteriores, respecto de terceros de buena fe, se presumirá que cada uno de los progenitores actúa en el ejercicio ordinario de la patria potestad con el consentimiento del otro.

En defecto o por ausencia, incapacidad o imposibilidad de uno de los padres, la patria potestad será ejercida exclusivamente por el otro.

Si los padres viven separados, la patria potestad se ejercerá por aquel con quien el hijo conviva. Sin embargo, el Juez, a solicitud fundada del otro progenitor, podrá, en interés del hijo, atribuir al solicitante la patria potestad para que la ejerza conjuntamente con el otro progenitor o distribuir entre el padre y la madre las funciones inherentes a su ejercicio".

Apliquemos estas disposiciones a las siguientes situaciones:

A) Asistencia médica a hijos menores de matrimonios separados

Aún en estos casos no se puede olvidar que la norma básica, sobre la que se debe basar toda decisión médica es la que determina que siempre debe prevalecer el interés superior del menor sobre cualquier otro interés legítimo. Esta es la conclusión que se extrae de las tres leyes principales que rigen este tipo de relaciones, es decir, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la Autonomía del Paciente, la Ley Orgánica 15/1999, de 13 diciembre, de Protección de Datos, la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil y del artículo 156 del Código Civil.

En el ejercicio de la patria potestad con padres separados, y con respecto a los menores, es preciso distinguir entre actos ordinarios de aquellos que son extraordinarios.

Entre los primeros podríamos incluir el llevar a un menor a la consulta del pediatra para un control rutinario o incluso un proceso banal. En estos casos, la decisión será asumida por el progenitor bien con el que convive el menor o con el que acuda a la consulta, no siendo preciso obtener el consentimiento del progenitor ausente para realizar el tratamiento propuesto por el médico, sino que será suficiente con que el progenitor que acompaña al menor preste su consentimiento.

Esta conclusión se extrae del anteriormente transcrito artículo 156 del Código Civil cuando establece que "*serán válidos los actos realizados por uno de los progenitores con patria potestad, aun en ausencia del otro progenitor, cuando dicho acto sea conforme al uso social ya las circunstancias*".

Por el contrario, para actos extraordinarios, respecto a la salud del menor (intervenciones quirúrgicas o aplicación de tratamientos complejos), es preciso el acuerdo de ambos progenitores.

Si se trata de un caso de urgencia, en el que no es posible esperar a obtener el consentimiento de ambos progenitores, se aplica el principio general, por el que prevalece el interés del menor, aplicando en consecuencia la intervención adecuada a la *lex artis ad hoc*, incluso aunque uno o los dos los progenitores hayan expresado su opinión en contra, dejando constancia en la historia clínica la necesidad de la actuación médica.

En el caso de que exista una desavenencia entre ambos progenitores respecto a la decisión a tomar, el asunto deberá judicializarse, debiendo acudir a esta vía el progenitor que solicite o considere necesaria o conveniente la intervención médica de que se trate, siendo el juez el que decidirá en aplicación del artículo 156 del Código Civil, ya que cuando los padres de un menor se oponen a un tratamiento, poniendo en peligro su vida o salud, el médico debería comunicarlo al juez competente. Esto mismo sucede cuando se trata de un problema relacionado con la salud mental y se indica un tratamiento psiquiátrico, especificando la ley que el internamiento de un menor, en un centro de salud mental necesita la previa autorización judicial.

Este procedimiento se equipara al que hay que seguir cuando está indicado el internamiento de una persona por razones de salud psíquica y el paciente se opone a dicho internamiento (art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil).

Pero estas situaciones no se limitan exclusivamente a casos en que existan discrepancias entre progenitores a la hora de tomar decisiones respecto a la actuación ante un determinado tratamiento para el menor, sino que también se extiende al derecho a la información sobre el estado de salud del menor.

En estos casos, el médico debe solicitar la verificación, de que el progenitor o progenitores que solicitan la documentación sean titulares de la patria potestad, ya que si legalmente se le ha retirado a alguno este derecho, no podrá acceder a la documentación clínica del hijo menor.

B) Asistencia médica a menores emancipados

El Código Civil en su Título XI regula la emancipación, la cual puede llevarse a cabo por diferentes causas.

Por concesión paterna. Esta situación ocurre cuando los propios progenitores consideran oportuno conceder al hijo menor de edad la situación de emancipado, acto que debe instrumentarse en escritura pública o mediante comparecencia ante el Juez encargado del Registro Civil. (artículo 317). Es

requisito inexcusable que el menor tenga dieciséis años cumplidos y que preste su consentimiento a la emancipación.

Por concesión judicial. Figura que se prevé para aquellos casos en que los menores, hayan cumplido los dieciséis años, y se dirijan al Juez solicitando la concesión de la emancipación, ya estén sometidos a la patria potestad, ya a tutela.

Por matrimonio. En virtud del artículo 316, "el matrimonio produce de derecho la emancipación". sin la necesidad de la concurrencia de requisito complementario alguno.

Por vida independiente. El artículo 319, establece que "se reputará para todos los efectos como emancipado al hijo mayor de dieciséis años que con el consentimiento de los padres viviere independientemente de éstos. Los padres podrán revocar este consentimiento". La nota característica de dicho tipo de emancipación radica en que la situación de independencia de hecho del menor es revocable. La independencia requiere al menos una cierta autonomía económica del menor, sin que resulte determinante el vivir separadamente de la familia a la que pertenece.

En relación a la asistencia de estos pacientes, y siguiendo el criterio señalado por la Ley 41/2002, se establece una equiparación entre los emancipados y los menores que ya han cumplido los 16 años. Únicamente en los casos de matrimonio como causa de emancipación, al poderse contraer con 14 años cumplidos, se podría generar algún tipo de conflicto, que sería fácilmente solucionable, al entenderse que al menor se le ha reconocido una capacidad previa similar a la necesaria para consentir una determinada actuación médica.

Madrid, 31 de enero de 2015

38-Declaración de la Comisión Central de Deontología de la OMC sobre "contención mecánica de pacientes"

Marzo de 2015

El Pleno de la Comisión Central de Deontología en sesión celebrada los días 20 y 21 de marzo del año 2015, elabora la presente Declaración sobre

"CONTENCIÓN MECÁNICA DE PACIENTES"

1.-INTRODUCCIÓN

La contención mecánica supone desde el punto de vista ético una confrontación entre los principios de autonomía (limitación de la libertad del paciente en contra de su voluntad) y de beneficencia (voluntad de protección al paciente, a su entorno y autoprotección física del personal sanitario cuando la propia seguridad está comprometida).

Este conflicto ético, ya intrínsecamente trascendente, se une a los indudables riesgos que podían afectar al principio de no maleficencia, ya que conlleva la restricción e inmovilización de los pacientes, con la posibilidad de lesiones de diferente naturaleza. Sus implicaciones legales, exigen la existencia de procedimientos y normativas que contemplen lo adecuado de la prescripción, así como de su aplicación correcta, y el conocimiento por parte del equipo implicado, de la obligación de informar a la familia o a su representante legal sobre el proceso.

La *"joint Comisión on Accreditation of Healthcare Organizations"* definía en 2009 a la Contención mecánica como una *"terapia consistente en la supresión de toda posibilidad de movimiento de*

una parte o de la totalidad del cuerpo para favorecer la curación, utilizada en la agitación psicomotora o en la falta de control de impulsos".

En nuestra opinión es un conjunto de medidas de carácter preventivo y terapéutico y de cuidados que limitan o impiden la movilidad de parte del cuerpo o del cuerpo en su conjunto. Tienen como finalidad la seguridad y protección del paciente que padece un cuadro de agitación psicomotora o que no es capaz de controlar voluntariamente sus movimientos, lo que puede originar conductas dañinas para sí mismo o para otras personas, circunstancias que estas medidas pretenden prevenir y evitar.

Se caracteriza porque:

- Es una medida terapéutica
- Está indicada por el médico
- La suele aplicar personal de enfermería
- Se recurre a ella para la protección de la vida y la seguridad del propio paciente y la de los demás. Son medidas de inmovilización de parte del cuerpo o de todo el cuerpo
- La indicación está vinculada a un estado transitorio o mantenido de agitación psicomotriz, de impulsos incontrolables, o de riesgo evidente y grave para el paciente de caerse (cama, silla, etc.).
- Siempre se hace en beneficio del paciente y como un mal menor con la idea de que tenga la duración más corta posible y limite la libertad del paciente en el menor grado posible.
- Nunca estará justificada por la comodidad y el mejor descanso del personal sanitario o cuidadores
- El respeto al derecho del paciente a su libertad y ; a su dignidad se tendrá siempre presente y se llevará su cumplimiento hasta donde sea posible
- Esta medida se aplica habitualmente en contra de la voluntad del paciente o, al menos sin su autorización efectiva.

Por todo lo anterior se considera que estas medidas deben estar protocolizadas en cuanto a:

- Su indicación
- Su modalidad y procedimiento
- El personal que las utiliza debe conocer bien las medidas, su indicación, sus riesgos y beneficios, y debe estar entrenado en su aplicación.

II.-SITUACIONES DE APLICACIÓN

1. Cuidados postquirúrgicos (a menudo en Unidades de Cuidados intensivos). En estos casos el riesgo es arrancarse una vía, caerse o tirarse de la cama, no mantener la quietud que requieren los medios instrumentales que tiene puestos (respirador, etc.).
2. Comportamientos agitados con movimientos irreflexivos, incontrolados, desordenados, que no pueden ser controlados por procedimientos farmacológicos médicamente valorados e indicados. Estos pueden ser producto de enfermedades o patologías transitorias como los cuadros de agitación o estados confusionales.

3. Riesgo de caídas de la cama, camilla o la silla de ruedas a pesar de las medidas de contención mecánicas de la propia cama, camilla o de la silla. En estos casos, si el paciente puede decidir libremente en qué momento pueden colocarse o retirarse, no se considerarán "medidas de contención", pero si se ponen contra la voluntad del paciente y éste no puede hacer nada por retirarlas o prescindir de ellas, entonces sí serán "medidas de contención", desde la perspectiva que se considera.

III.-CARACTERÍSTICAS DE LA MEDIDA DE CONTENCIÓN

Las aplicaciones de las medidas de contención mecánica se deben someter al tradicional proceso médico-legal y ético-deontológico que propone:

- A. **Juicio Clínico**, en el que se identifican los síntomas y su tratamiento; cuando entre estos aparece la confusión, la agitación, la falta de control sobre la conducta, etc..., se debe valorar por el equipo asistencial la forma de evitar que estos síntomas se vuelvan contra la seguridad del paciente, siendo aquí donde entran, como posibilidad, las medidas de contención mecánica.
- B. **Juicio médico-legal**; este obliga a recordar el derecho del paciente a su autonomía y a tomar sobre sí mismo y su situación las medidas que le sean más favorables. Si no está en condiciones de tomar una decisión válida, por estar afectada su capacidad para decidir, se debe adoptar lo que sea más favorable para el paciente, pero con la autorización de su familiar responsable o representante, haciéndolo constar en la historia clínica, y valorando, cuando será necesario dar cuenta al juez de esta situación para su conocimiento y supervisión.
- C. **Juicio ético-deontológico**; es un nivel superior de exigencia en la forma en que se valora la situación del paciente que necesita medidas de contención, Será preciso la individualización o especificación para que, aunque las decisiones se tomen conforme a un protocolo general, ese protocolo se aplique al paciente concreto y a sus necesidades personales.

Sobre estas bases hay que precisar que:

1. Las medidas deben ser bien conocidas por los profesionales que las indican y las aplican,
2. Se deben conocer bien los posibles efectos indeseables que se puedan producir. También se deben evaluar con gran precisión el riesgo posible de asfixia por compresión u otros cuadros de gravedad,
3. El personal que esté autorizado a colocarlas estará bien entrenado en la forma de hacerlo minimizando los riesgos al máximo,
4. Si se colocan en caso de urgencia no es necesaria la prescripción de un facultativo, aunque éste reevaluará la medida en un tiempo que será lo más corto posible,
5. El paciente sometido a medidas de contención debe entrar en un protocolo de supervisión específico de la medida para valorar efectos de la misma a nivel local y general También se deben evaluar otros aspectos sobre los que la persona toma decisiones cuando mantiene su libertad de movimientos como el aseo, necesidades fisiológicas, etc" La seguridad del paciente puede llegar a indicar, incluso la monitorización del mismo,

IV.-ESPACIOS ASISTENCIALES EN LOS QUE PUEDEN INDICARSE MEDIDAS DE CONTENCIÓN

Unidades de Cuidados Intensivos. Estos pacientes están sometidos a cuidados y medidas extraordinarias y mantienen una vigilancia estrecha y continua, dentro de la que se incluye la medida de contención, En ellas el personal está habitualmente "de guardia" y no existe el descanso durante el turno, Esto ofrece mayores garantías de supervisión, seguimiento y vigilancia, También es más habitual, en estos pacientes un abordaje farmacológico más intenso que incluye medidas de sedación, junto a otras más específicas, por lo que la farmacología hace a menudo innecesaria la contención mecánica.

1. Unidades psiquiátricas. En estas Unidades la decisión sobre la contención mecánica debe someterse al proceso médico-legal y ético-deontológico expresado anteriormente. Estos pacientes, en ocasiones, se encuentran en situación de internamiento compulsivo, entrando esta medida terapéutica en dicho concepto de no voluntaria o compulsiva. El hecho de que sea una

medida impuesta, obliga a que esté regida por el principio de beneficencia y que sea la mejor alternativa para ese paciente en ese momento.

2. Unidades geriátricas. En estos centros, son las personas con autonomía disminuida las que son más vulnerables. La estructura asistencial de las residencias geriátricas (numerosos residentes y personal asistencial, a veces insuficiente) favorece situaciones de riesgo de utilización de medidas de contención no siempre suficientemente justificadas.
3. Unidades de pacientes vulnerables como los centros de menores o las personas privadas de libertad. El riesgo puede estar en la utilización de estas medidas ligadas a otras como el aislamiento con intención de castigo, no de seguridad y beneficio para el paciente. Esto está absolutamente rechazado desde el Derecho y desde la Ética médica. Ningún profesional sanitario debe prestarse a colaborar en estas medidas, sin indicación médica y la finalidad ya comentada.
4. Servicios de urgencias. Suele tratarse de pacientes muy variados (intoxicaciones, síndromes de abstinencia, estados confusionales ...) situaciones que en una fase inicial hagan necesaria esta medida como prevención y posibilidad de tratamientos específicos.
5. Ámbito domiciliario. Suele tratarse de personas mayores o afectadas de enfermedades de tipo neurológico, degenerativo o mental que están al cuidado de familiares o cuidadores, que puedan aplicar medidas de contención mecánica sin una justificación médica real.

V.-DIRECTRICES MÉDICO-LEGALES Y ÉTICO – DEONTOLÓGICAS

- A. Son numerosos los protocolos sobre la sujeción mecánica elaborados por centros sanitarios y sociedades científicas. Estos protocolos incluyen árbol de decisión clínica con los pasos previos a estas medidas, como son la palabra y la farmacología; también incluyen un formulario de indicación, e incluso, el parte de comunicación al Juez, haciendo esta medida similar al internamiento compulsivo o involuntario. En relación con lo anterior, es imprescindible que allí donde se utilice la sujeción mecánica se haya adoptado un protocolo de aplicación que esté consensuado por los profesionales que intervienen en el proceso.
- B. El respeto a la autonomía del paciente debe llevarse hasta el límite posible en la aplicación de las medidas de contención mecánica. En este

sentido, es adecuado anticiparse a la necesidad de la utilización de estas medidas, de manera que pueda informarse a los pacientes de la posibilidad de su uso. De esta forma se cumplirá con el deber de información y se contará con la voluntad del paciente. Esto puede ocurrir en pacientes con trastornos mentales, con trastornos de tipo neurológico o degenerativo, o incluso con pacientes mayores. En estos casos, aprovechando que aún no se ha producido un deterioro avanzado, o periodos de mejoría, se les debe hacer partícipes de la posibilidad de utilizar estas medidas en el caso de que, en el futuro, pudieran necesitarlas. Se trataría de una expresión de "voluntades anticipadas" respecto a esta medida terapéutica, dentro de una planificación más general de futuras medidas asistenciales. De hecho, en los protocolos de Voluntades Anticipadas o Instrucciones Previas sería conveniente incluir estas medidas para que la persona, aún sana, exprese su voluntad, comprendiendo su beneficio.

- C. Es una medida terapéutica que debe pautarla un médico, aunque la aplicación la realice, habitualmente, personal de enfermería. Si se aplica como medida de urgencia, en un plazo corto de tiempo la debe ratificar un médico.
- D. Es preciso que el personal la acepte como tal medida terapéutica en una escala de medidas de protección que ya se han agotado y que se han mostrado ineficaces. Este personal debe estar entrenado en la forma de aplicar las medidas, debe conocer los riesgos y beneficios de cada una de ellas y debe conocer la necesidad de supervisar al paciente que está inmovilizado, valorando los posibles efectos locales y generales de cada medida.
- E. La duración debe ser la más corta posible.
- F. En ningún caso se aplicará para favorecer el descanso del personal o justificarse por la escasez de personal cuidador.

39-La figura del médico responsable

Noviembre de 2014

La Asamblea del Consejo General de Colegios de Médicos de España, en sesión celebrada el día 14 de noviembre de 2014, adoptó el acuerdo de aprobar la siguiente Declaración elaborada por la Comisión Central de Deontología del CGCOM:

LA FIGURA DEL MÉDICO RESPONSABLE

INTRODUCCIÓN

Ser médico es ejercer una profesión que depende en parte de una buena relación interpersonal, porque su objetivo es atender a las personas, que cuando sienten o les parece sentir algún problema de salud, que les desasosiega, se dirigen a otra persona que cree que tiene los conocimientos suficientes para conseguir el objetivo de restablecer su salud. Aparece entonces la relación médico-paciente, tan antigua como el hombre y que entre otras cosas actúa como uno de los "fármacos" más universales y poderosos y que en bien de todos no se debe perder. La relación paciente-médico es una relación personal, con todas las virtudes y defectos de una relación entre personas. Esta relación se basa sin duda en los conocimientos científicos y técnicos del médico, pero también en la esperanza y la confianza del paciente hacia el médico que se podrían ver deterioradas sin una buena relación, recalando la importancia que tiene la información, aspecto que el profesional puede tener menos presente, más atento al diagnóstico y más preocupado por llegar a una acertada decisión terapéutica.

La relación médico-paciente resulta compleja. La socialización de la Medicina es positiva, ya que entre otras cosas ha puesto los avances tecnológicos al alcance de todos, pero la ha trastocado, al menos en parte, que de ser hace unos años personal y confiada (a veces algo paternalista), ha pasado a otra en que el paciente frecuentemente ve al médico, como un funcionario representante de la entidad gestora.

Además, los avances tecnológicos y las grandes instituciones sanitarias (sobre todo hospitales), han condicionado que los pacientes, visitados habitualmente por varios médicos, no lleguen a concretar cual es en realidad "su médico", es decir no identifican bien al "*Médico Responsable*" (MR) de su cuidado con lo que no se puede establecer una verdadera y adecuada relación médico-paciente.

DEFINICIÓN

Para definir la figura del MR, es adecuado acudir a la Ley 41/2002, 14 de noviembre, *“Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica”*, en su artículo 3, define al MR 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”*.

Desde hace años el ordenamiento legal establece que todos los pacientes tienen derecho a *“que se les asigne un médico, cuyo nombre se le dará a conocer, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial. En caso de ausencia otro facultativo del equipo asumirá tal responsabilidad.”*, según el artículo 10.7 de la Ley 14/1986, 25 de abril, General de Sanidad (LGS). Además en su artículo 4.3, indica que: *“el médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle”*.

El MR es en la normativa actualmente vigente una figura dentro del sistema sanitario a la que se encomienda una serie de funciones específicas, claramente incluidas dentro de la competencia profesional médica, pero también algunas otras que se alejan de su competencia estricta y convierten al MR en el garante de una serie de cuestiones e incluso decisiones que trascienden de lo que específicamente se espera de un profesional médico.

Así, la LGS en su artículo 3, indica que el MR es 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”*.

En los artículos 3, 4 y 5 la Ley 41/2002, de 14 de noviembre de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, describe al MR y sus obligaciones en varios sentidos:

- Como coordinador de la información que se debe transmitir al paciente y su familia.
- Como responsable y cabeza visible del equipo médico asistencial.

- Y en referencia a la información asistencial, donde el MR garantiza el cumplimiento de su derecho a la información, tal y como se adelantó en la propia definición.

El artículo 5 referido al *“Titular del derecho a la información asistencial”*, y en el apartado 3 indica que cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste (no referencia expresa al MR, sino a cualquier médico del equipo), no tenga capacidad para entender la información por su estado físico o psíquico, la información se hará a las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho. Sin embargo en el artículo 9, sobre *“Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación”*, señala el apartado 3 que el consentimiento por representación, se debe hacer *“cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él”*, sin que la Ley especifique a que supuestos de incapacidad, distintas de la física y psíquica, se refiere y que se puedan diferenciar de lo señalado en el artículo 9 cuando dice que el paciente no sea capaz de tomar decisiones a criterio del MR.

Por tanto, la propia Ley no delimita de forma precisa que responsable médico ha de tomar la decisión de que un determinado paciente carece de capacidad para entender la información y por tanto el médico ha de saber a quién informar y dirigirse para el consentimiento. Por ello se podría plantear considerando la obligatoriedad que contempla la Ley de *“cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia”*, cuando esta decisión, fuera difícil o conflictiva, pudiera cuanto menos ser compartida por algún organismo representativo como el Comité de Ética Asistencial (CEA).

Además en el apartado sobre el informe del “alta médica” se especifica que es el documento emitido por el MR al finalizar cada proceso asistencial de un paciente y hace constancia de que este documento debe incluir un resumen del historial clínico, de la actividad asistencial prestada, del diagnóstico y finalmente de las recomendaciones terapéuticas. En algunas ocasiones el paciente solo llega a conocer a su MR al recibir firmado el “informe de alta”.

Ahora bien, en todos estos aspectos se contempla al MR como principal garante del paciente aunque no exclusivo, por cuanto no exime de las obligaciones asistenciales y legales al resto de los profesionales que intervienen en el proceso asistencial, obviando así los posibles problemas de responsabilidad única en su actuación.

Al trasladar estos preceptos y conceptos a la práctica clínica habitual se considera oportuno efectuar las siguientes apreciaciones en forma de resumen:

- Actualmente por diversos factores, sobre todo la tecnificación y especialización de la Medicina y las exigencias legales y deontológicas del médico, en lo que concierne a la información médica y otros derechos de los pacientes comprendidos en su mejor asistencia, la figura del MR es de capital importancia.
- En Atención Primaria (AP), caracterizada por una mayor cercanía con el paciente, lo habitual es que el médico conozca personalmente a sus pacientes, actuando para ellos de referente en cualquier asunto relacionado con la información y su asistencia.
- En la Medicina Hospitalaria, caracterizada por una mayor complejidad estructural y organizativa, la relación médico-paciente queda aún más difuminada, al desarrollarse por parte de un equipo médico multidisciplinar, lo que dificulta la información asistencial. En este sentido puede suceder que un paciente sea visto en consultas sucesivas por facultativos distintos, del mismo o diferentes equipos, o que llegue al quirófano para una intervención sin haber tenido previamente la conveniente relación con el cirujano que le operará. A esto se suma el hecho afortunadamente poco frecuente, de que el paciente no llegue a ser visitado durante el postoperatorio por el cirujano que le intervino, debido a la estructuración del trabajo de los servicios hospitalarios quirúrgicos.
- De todo lo anterior se concluye que en algunos casos, puede suceder que ni el paciente ni sus familiares tienen durante el proceso de hospitalización un referente claro a quién dirigirse para recabar información; alguien con quién mantener una relación continuada durante el proceso asistencial y que les mantenga informados.
- Hay que tener presente que la figura del MR no necesariamente ha de ser la misma durante todo el proceso asistencial, pero el paciente debe conocer en cada momento quién es su MR. Este aspecto debe ser especialmente cuidado al transferir al paciente a otro servicio, por ej. de un servicio médico a uno quirúrgico u oncológico. Conjuntamente con el traslado de la historia clínica, debe ir la información al paciente de quién será su cirujano u oncólogo responsable, en definitiva su nuevo MR.

CONSIDERACIONES ÉTICAS Y DEONTOLÓGICAS

- La figura del MR es clave en todo lo relativo a la asistencia sanitaria recibida y a la información a un paciente y a sus familiares. El MR debe ser para el paciente y la familia la cabeza visible del equipo asistencial. Es al MR al que los pacientes se confían, con quien quieren hablar y por quien quieren ser informados preferentemente y en la mayoría de las ocasiones.
- Además, la figura del MR es también clave como garante de los derechos de los pacientes en aspectos tan trascendentes como su capacidad para tomar decisiones o entender la información que se les debe dar, así como preservar la confidencialidad y la propia intimidad.
- El Código de Deontología Médica establece:

Artículo 10: “Un elemento esencial de la información es dar a conocer al paciente o a sus allegados la identidad del médico responsable de su proceso asistencial, así como la de aquel que en cada momento le preste asistencia”.

Artículo 16.1: “La información al paciente no es un acto burocrático sino un acto clínico. Debe ser asumida directamente por el médico responsable del proceso asistencial, tras alcanzar un juicio clínico preciso”.

- En el Manual de la Organización Médica Colegial sobre “*El buen quehacer del médico*” en el ámbito 4, apartado 65, sobre “*Comunicación y colaboración*” se establece que: “*El médico hará todo lo posible para informar correcta e inteligiblemente a los pacientes, compartiendo con ellos la información que necesiten para que puedan tomar las mejores decisiones sobre su cuidado, entre ellas:*”
 - *Su estado de salud, su previsible evolución y los posibles tratamientos disponibles, así como los potenciales riesgos e incertidumbres.*
 - *La evolución de su cuidado, el papel y la responsabilidad que cada médico tiene en el equipo asistencial.*
 - *Quién es el responsable de los diversos aspectos de la atención al paciente, cómo se comparte la información dentro de los equipos sanitarios y entre el personal que se encarga de atenderlo. Es decir*

en este apartado se indica la obligación de todo médico que asista a un paciente, de informar quién es el médico responsable.

CONCLUSIONES

1. La existencia de la figura del Médico Responsable es un mandato ético, deontológico y legal.
2. La figura del Médico Responsable garantiza una personalización y humanización adecuada de la asistencia. Se debería potenciar esta figura, que significa para los pacientes el acceso fácil y confiado a la información sobre la asistencia que recibe.
3. La figura del Médico Responsable facilita y garantiza el cumplimiento efectivo del trascendental acto clínico de la información y además se ha comprobado que mejora la calidad percibida por los pacientes de la atención médica que reciben.
4. Los responsables de gestionar los equipos asistenciales deberían velar por el cumplimiento efectivo de este importante precepto tanto ético-deontológico, como legal, fomentando y facilitando la presencia del Médico Responsable desde el inicio de cada proceso asistencial y su conocimiento efectivo por los pacientes.
5. Estos aspectos son relevantes en todos los ámbitos de la medicina pero especialmente en la asistencia hospitalaria.

Madrid, 17 de noviembre de 2014

40-Declaración de la Comisión Central de Deontología sobre la objeción de conciencia

Introducción

La Objeción de Conciencia (OC) médica surge del conflicto que se produce cuando hay un choque entre el deber moral de un profesional de seguir los dictados de su conciencia y el deber normativo que ese profesional tiene de prestar una determinada asistencia. Es una cuestión de mucha actualidad y que se plantea en no pocas circunstancias debido al cada vez mayor pluralismo ético de la sociedad y a los trascendentales cambios que se han producido en las últimas décadas en la forma de ejercer la Medicina de la mano de las terapias genéticas y los tratamientos de fertilización artificial.

La OC no se regula expresamente en el Código Deontológico. Se recoge en algunos artículos pero se trata de forma incompleta. Por ello la Comisión Central de Deontología ha estimado conveniente ofrecer a toda la colegiación la presente Declaración, para completar la doctrina deontológica sobre este aspecto, orientar la conducta de los médicos y trasladar esta información a la sociedad.

Delimitación conceptual y justificación jurídica

- 1.- La Objeción de Conciencia (OC) es una forma de resistencia al Derecho que viene condicionada por la imposibilidad de obedecer una ley, norma, reglamento u orden en base a las convicciones morales de una persona. Es, en síntesis, la negativa individual a someterse, por razones de conciencia, a un acto médico que, en principio, sería legalmente exigible. Se diferencia de la desobediencia civil en que en ésta última, se asume la reprobación que el no cumplimiento de la norma pueda reportarle al infractor, pretende la derogación de esa norma y suele ser una conducta de carácter colectivo y con argumentos de carácter político, mientras que la OC es una conducta individual, basada en presupuestos de tipo moral o religioso y en la que el objetor no pretende la derogación de la norma no acatada, sino solamente el no ser reprendido por pretender preservar el dictamen de su conciencia al no cumplir la norma.
- 2.- Aunque la OC no está regulada expresamente salvo en el caso del servicio militar (Art. 30.2 Constitución Española), sí que hay jurisprudencia relativa a su ejercicio por los médicos, fundamentalmente en el caso del aborto. Esta jurisprudencia no es unánime y en algunos aspectos es contradictoria, lo que ha causado no pocos problemas de inseguridad jurídica. La sentencia 53/1985, de Tribunal Constitucional (TC), en su fundamento jurídico (FJ) 14 explicita que el derecho a la OC ((existe y

puede ser ejercido con independencia de que se haya dictado tal regulación/J, puesto que ('la objeción de conciencia f07ma parte del contenido esencial a la libertad ideológica y religioso reconocido en el art. 16.1 de la Constitución", Sin embargo, el mismo Alto Tribunal en el F.I 2° de su sentencia 160/87 afirma que la OC sólo es legítima en la medida en que así 10 establece el arto 30.2 de la Constitución Española (CE) porque " ... sin ese reconocimiento no podría ejercerse el derecho ni siquiera al amparo de la libertad ideológica o de conciencia, que, por sí mismo, no sería suficiente para o liberar a los ciudadanos de sus deberes constitucionales o ((subconstitucionales" por motivos de conciencia». La sentencia 161/87 del mismo Alto Tribunal es más rotunda si cabe en su F.I 3°: "*la objeción de conciencia con carácter general, es decir, el derecho a ser eximido de cumplimiento de los deberes constitucionales o legales por resultar ese cumplimiento contrario a las propias convicciones, no está reconocido ni cabe reconocer que lo estuviera en nuestro Derecho o en Derecho alguno, pues significaría la negación misma de la idea de Estado*". Aunque admite que ((Lo que puede ocurrir es que sea admitida excepcionalmente para un deber" concreto", A pesar de esta jurisprudencia, existe hoy un amplio acuerdo en considerar el derecho a la OC como un derecho constitucional autónomo, individual y fundamental; como una manifestación genérica del derecho a la libertad de conciencia de los individuos, recogido en el Art. 16.1 de la CE. La OC supone una especificación de dicho derecho, cuando el sujeto entra en conflicto con deberes jurídicos contrarios a ella.

Normativa deontológica actual

1. La Declaración de Os10 sobre el aborto de la Asociación Médica Mundial (Os10 1970) y sus sucesivas revisiones hasta la última de Pilanesberg (Sudáfrica) de 2006 establece en su punto 6: ((*Si las convicciones del médico no le permiten aconsejar o practicar un ab07to, , éste puede retirarse, siempre que garantice que un colega calificado continuará prestando la atención médica*"),
2. La Guía de ética médica europea en su artículo 18 reza: «(*Es conforme a la ética que el médico, en razón de sus convicciones personales se niegue a intervenir en procesos de reproducción o en casos de interrupción de la gestación o abortos*"),
3. La Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en sesión celebrada el 31 de mayo de 1997 aprobó la Declaración de la Comisión Central de Deontología sobre la Objeción de

Conciencia del médico que en sus principios éticos afirma: *«La negativa del médico a realizar, por motivos éticos o religiosos, determinados actos que son ordenados o tolerados por la autoridad es una acción de gran dignidad ética cuando las razones aducidas por el médico son serias, sinceras y constantes, y se refieren a cuestiones graves y fundamentales»*,

4. El actual Código Deontológico recoge el derecho a la OC en varios artículos:

Art. 9.3: *"Si el paciente exigiera del médico un procedimiento que éste, por razones científicas o éticas, juzga inadecuado o inaceptable, el médico, tras informarle debidamente, queda dispensado de actuar"*

Art. 26.1: *"El médico tiene derecho a negarse por razones de conciencia a aconsejar alguno de los métodos de regulación y de asistencia a la reproducción, a practicar la esterilización o a interrumpir un embarazo. Informará sin demora de su abstención y ofrecerá, en su caso, el tratamiento oportuno al problema por el que se le consultó. Respetará siempre la libertad de las personas interesadas de buscar la opinión de otros médicos. Y debe considerar que el personal que con él colabora tiene sus propios derechos y deberes".*

Art. 26.2: *"El médico podrá comunicar" al Colegio de Médicos su condición de objetor de conciencia a los efectos que considere procedentes, especialmente si dicha condición le produce conflictos de tipo administrativo o en su ejercicio profesional. El Colegio le prestará el asesoramiento y la ayuda necesaria".*

Consideraciones prácticas

1. El médico puede y debe negarse a realizar prácticas médicas que vayan contra los dictados de su conciencia. Es un deber moral y una práctica lícita desde un punto de vista social.
2. La OC médica nunca puede significar una discriminación de las personas. El médico puede negarse a una actuación porque le signifique un grave problema moral, pero nunca por unas determinadas características del paciente como edad, raza, ideología, religión u otras similares.
3. El médico objetor comunicará al paciente su objeción a la prestación de que se trate de forma razonada. En todo caso, deberá dirigir al paciente

hacia el profesional o la institución que den respuesta a la atención demandada.

4. Es éticamente reprobable que un colegiado que objetara en conciencia en la institución en la que trabaja como asalariado, practique dicha acción objetada cuando trabaja por cuenta propia. Tal conducta sería signo de doblez moral que causaría grave descrédito a la profesión médica, pues revelaría que el afán de lucro es el móvil esencial de ese comportamiento.
5. El ejercicio de la OC no exime al médico de prestar cualquier otra atención médica, especialmente en casos de urgencia, a la persona causante de su objeción, incluso aunque esta urgencia tenga que ver con la actividad objetada.
6. El médico objetor debe comunicar su condición a los responsables de la Institución para la que trabaje. Podrá asimismo comunicarlo a su Colegio profesional.
7. La OC nunca puede significar discriminación de ningún tipo para el médico que la práctica. El médico objetor nunca debe sufrir presiones en el ejercicio de sus funciones por su condición de objetor. El profesional que objete nunca obtendrá ventajas laborales de su condición y aceptará de buen grado otras tareas que se le asignen en la Institución para la que trabaje.
8. En la medicina actual pueden ser numerosas las causas que motiven la objeción de conciencia, entre otras: interrupción voluntaria del embarazo, contracepción, terapias con células madre embrionarias, eutanasia, rechazo y demanda de tratamientos, alimentación forzada de reclusos en huelga de hambre; pueden crear serios conflictos morales y de práctica diaria que deberán ser afrontados desde la reflexión y la serenidad.

41-Declaración de la Organización Médica Colegial sobre la atención farmacéutica

La inquietud que entre los médicos y no pocos expertos sanitarios provoca el plan para la implantación en el Sistema Nacional de Salud de la denominada “atención farmacéutica” es creciente. La Organización Médica Colegial, representante de la profesión médica, cree necesario adoptar una actitud pública sobre este asunto. Con tal fin ha elaborado el presente documento en el que explica las razones de su posición:

1. La atención farmacéutica quebranta la autoridad y responsabilidad clínicas que amparan al enfermo

La “atención farmacéutica” está minada por una contradicción esencial sin solución, pues para ejercerla resulta imprescindible que el farmacéutico diagnostique y disponga de una *historia clínica* del enfermo, denominada aquí historia farmacoterapéutica, y establezca con él una “interacción directa”¹⁰, es decir, una *relación clínica* con el paciente. Sin embargo, el farmacéutico no es un clínico ni puede serlo porque carece de los conocimientos, la formación práctica, el adiestramiento, la autorización social y la responsabilidad legal indispensables para ejercer una *actividad clínica* en el enfermo. La profesión farmacéutica está orientada y preparada para otros trabajos sociosanitarios; la relación cooperativa con el médico no puede ampliar ni reformar dichas competencias. Así mismo, el paciente tampoco tiene capacidad para “otorgar autoridad clínica al farmacéutico”¹¹, salvo al margen de la medicina científica y del Sistema.

Sólo la Formación y las Autoridades Profesionales pueden establecer las competencias necesarias y obligadas de cada profesión. Por tanto, sólo el médico, titulado después de años de estudios y de prácticas específicas, es una garantía para la sociedad y para el paciente al proporcionar una correcta actividad clínica. La “atención farmacéutica”, con evidente riesgo sanitario y claro quebranto de la legalidad, pone al enfermo, en manos de un no facultativo sin autorización ni responsabilidad clínica.

2. La atención farmacéutica es innecesaria

La atención farmacéutica se ha presentado como el instrumento para detectar y reducir los problemas relacionados con el medicamento que en ocasiones debilitan o anulan los efectos de la terapia farmacológica, entre los

¹⁰ C.D. Heppler y L.M. Strand, “Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care”, American Journal Pharmaceutical Association, 1990, 53: 75-155

¹¹ J. Bonal y L. García, “¿Atención farmacéutica? 100 preguntas más frecuentes”, Editores Médicos S.A., Madrid 2002, pg.

que se engloban desde los errores en la prescripción, en la dispensación, en la administración, hasta las dispensaciones de medicamentos que no precisan prescripción médica, intolerancias y reacciones adversas de los medicamentos, entre otras funciones.

La incidencia y el coste de los problemas relacionados con el medicamento, - que constituyen algunos de los déficits estructurales en una organización sanitaria compleja-, no pueden determinarse con el debido rigor, al ser los datos básicos de naturaleza incierta en este campo¹², y en consecuencia, el resultado de los cálculos estadísticos pueden ser dudosos y manipulables. Por otra parte, no hay pruebas de que la “atención farmacéutica” aporte ventajas económicas respecto de la disminución de los problemas relacionados con el medicamento ni que aporte ventajas terapéuticas ni sanitarias para los pacientes.

Cualquiera que sea su número real y su importancia, los problemas relacionados con el medicamento son indeseables y el Sistema Nacional de Salud debe combatirlos, tarea que no exige, de ningún modo, recurrir a la “atención farmacéutica”.

La Organización Médica Colegial considera que los problemas evitables relacionados con el medicamento exige del cumplimiento de las funciones de capacitación y de competencia de cada uno de los agentes sanitarios tiene asignados. Para que el médico, responsable del diagnóstico y la prescripción, cumpla con estas funciones deberá contar con las condiciones estructurales idóneas para que su ejercicio se realice con las mayores garantías (3).

En la disminución de los problemas ligados al uso y manejo de los medicamentos es fundamental la educación sanitaria de la población y en el conocimiento de ésta de los efectos beneficiosos del buen uso de los fármacos así como de los riesgos para la salud derivados de su uso inadecuado. Esta educación sería más efectiva si potenciara una adecuada relación médico-paciente que minimice los problemas del uso de medicamentos. Al igual que si se estableciera una fluida colaboración entre médico y farmacéutico tanto en la prescripción como dispensación de los medicamentos.

¹² 12 “El tratamiento médico se destina obviamente a los que están enfermos, y a menudo es difícil o imposible discernir si un efecto adverso es consecuencia del desarrollo de la enfermedad por la que son tratados o del tratamiento (medicamentoso)...”. La United States General Accounting Office, en un muy claro análisis, advierte que “[...] la magnitud del riesgo para la salud es incierta a causa de las limitaciones de los datos de incidencia”. (Dr. Robin Esmond Ferrer, Director del West Midlands Centre for Adverse Reaction Reporting City Hospital, Birmingham, “The primrose path. Errors in prescribing and giving medicines”, Drug Information Journal, 2001, 35: 633-9).

La reducción de los problemas relacionados con el medicamento esta relacionadas con la calidad asistencial y, fundamentalmente, con los factores que determinan la calidad del acto médico. La OMC considera que es difícil evitar los problemas relacionados con el medicamento en un ambiente de alta presión asistencial y con carencias de tiempo que le permitan al médico realizar una reflexión rigurosa sobre la prescripción al paciente, así como de los riesgos de la misma¹³.

Si el número de médicos es insuficiente, el sistema tendrá que contratar más médicos y España ha realizado un esfuerzo de formación y especialización de ingentes cantidades de médicos que no sólo desaprovecha sino que permite la emigración numerosa a otros países de nuestro entorno cuando son necesarios en el nuestro. Sería contradictorio que el ahogo laboral que sufren los médicos españoles, por mal dimensionamiento de las plantillas en función de la demanda asistencial real, fuese utilizado para amparar el intrusismo de otros profesionales en las tareas y responsabilidad del médico.

3. La atención farmacéutica sería una pesada carga económica

No es posible estimar el alcance real de los problemas relacionados con el medicamento ni, por tanto, su coste ni el ahorro que supondría su disminución. Es fácil, sin embargo, percibir que el establecimiento de la “atención farmacéutica” absorbería cuantiosos recursos financieros del Sistema Nacional de Salud. En primer lugar, por la inversión en la dotación a las 21.000 farmacias del “hardware” informático, de una oficina-consulta, y de la confección y archivo de historias farmacoterapéuticas (clínicas). En segundo lugar, por el funcionamiento de los medios informáticos, la elaboración de “procedimientos normalizados de trabajo, PNTs” y la labor administrativa restante. En tercer lugar, por la retribución a las 21.000 farmacias ya sea si la base de cálculo se realiza por enfermo o en función de 40 millones de españoles dispuestos a ser atendidos; aunque también existe la posibilidad que se realice mediante una cantidad fija por receta, - 650 millones dispensadas en el 2002-ó si se establece un fijo por farmacia, utilizando como referencia las retribuciones de aquellos farmacéuticos titulares de APD, e incluso el pago mixto.

En cualquier caso, el gasto corriente sería exorbitante y la “atención farmacéutica” provocaría sobre el Sistema una carga económica enorme,

¹³ J. Bonal y L. García, [ob. cit. pg. 25](#)

irreversible y progresiva, equiparable al coste de la actual red de atención primaria, sin saber muy bien con que contraprestación.

“At last but not least”, la “atención farmacéutica” significaría, en la práctica, una privatización mayor del Sistema pues su inversión y su gasto se destinarían a establecimientos de propiedad privada. Además de aumentar los riesgos sobre confidencialidad y protección de datos clínicos que constituyen una materia tan sensible para la población.

En línea con lo anteriormente expuesto abogamos por el desarrollo técnico de una infraestructura de comunicación, en función de las nuevas tecnologías, entre la farmacia y el médico de atención primaria.

4. En ningún lugar del mundo hay atención farmacéutica

En realidad, la “atención farmacéutica” no existe. Definida por primera vez en 1975¹⁴, todavía no ha nacido a la práctica sanitaria en ninguna nación del mundo. Permanece desde entonces en una fase de “nebulosa teórico-experimental reducida a determinados países”¹⁵. Después de un largo período de 28 años, la idea de la “atención farmacéutica” no ha conseguido cristalizar en la sociedad moderna, caracterizada precisamente por la rapidez en aceptar nuevos productos, conceptos y servicios. Dicho de otro modo, en casi tres décadas, ningún sistema de salud, público o privado, en ningún continente, industrializado o no, ha considerado útil la atención farmacéutica. El dato es concluyente, y causa estupor que ahora se pretenda hacer de España la única excepción en el mundo.

En el fondo del debate sobre “atención farmacéutica” subsiste un conflicto de subsistemas sanitarios. Por un lado, la atención médica con un modelo muy intervenido, regulado y socializado frente a la oficina de farmacia que se desarrolla en un marco muy liberal, con aspiraciones de ampliar su ámbito de actuación en dirección opuesta al resto del SNS.

¹⁴ J. Bonal y L. García, [ob. cit. pg. 11](#)

¹⁵ E. Costas, [ob. cit. pg. 57](#)

42-Propuestas para una prescripción de calidad - II parte -

PROPUESTAS PARA UNA PRESCRIPCIÓN DE CALIDAD – II PARTE

José A. González Correa Felipe
Sánchez de la Cuesta
Departamento de Farmacología
Facultad de Medicina de Málaga

· Queda prohibida su reproducción, total o parcialmente, sin la autorización expresa del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos.

Factores que influyen en la prescripción **Perspectivas del Problema**

La prescripción farmacológica es un acto inherente al médico. Este acto se produce en un escenario complejo donde influyen una serie de factores.

El médico ha de realizar la prescripción bajo una presión asistencial importante, a la vez que, para la mayoría de los pacientes, se entiende como el último acto del proceso médico. Este hecho se sustenta en buena parte, por la mala información que recibe el paciente inducida en la mayoría de los casos, por la excesiva publicidad sobre fármacos, y las noticias no siempre contrastadas recogidas en los medios de comunicación.

No obstante, existen otros factores que inciden sobre la prescripción, como la presión ejercida por la industria farmacéutica, las decisiones discordantes de la Administración en materia de fármacos y las interacciones con otros profesionales sanitarios.

Entendemos que la prescripción de calidad ha de desarrollarse dentro del concepto del mejor uso del medicamento sobre el que el médico establece su desempeño profesional. Pero la prescripción de calidad y el mejor uso del medicamento no pueden ser asumido solo para denominar a programas orientados exclusivamente a la contención del gasto farmacéutico, sin contemplar el impacto sanitario de su implantación, y sin entender ni evaluar las condiciones en las que se desenvuelve el médico a diario y que en ocasiones no están suficientemente valoradas.

En definitiva, el médico trabaja estableciendo una relación con los pacientes, relación que persigue obtener un adecuado estado de salud o el restablecimiento de la misma, conservando la mayor calidad de vida. Sin olvidar que de esta relación, y en lo relativo a la terapéutica, se derivan importantes intereses económicos para el sistema sanitario, la industria farmacéutica y la sociedad en general.

No cabe duda de que, en este sentido, el uso de fármacos para el tratamiento de algunas enfermedades, ha permitido al médico influir favorablemente sobre el pronóstico de las mismas. Pero, al mismo tiempo, la introducción en el mercado de medicamentos cada vez más potentes y la amplia y no siempre adecuada utilización de los mismos, puede generar la aparición de consecuencias desfavorables para la salud de la población.

La existencia de una farmacopea amplia, sobre todo en nuestro país, hace preciso mantener un adecuado y actualizado nivel de conocimiento entre los facultativos, de forma que la información y formación precisas se reflejen en una prescripción de calidad.

Por tanto, la información transmitida al médico, no puede tener carácter punitivo, debe basarse en evidencias clínicas bien contrastadas y evaluadas por la comunidad científica. Tiene que evitar contradicciones y discordancias, como por ejemplo, defender el uso de genéricos y, al mismo tiempo, introducir medicamentos que no han refrendado su bioequivalencia con el medicamento de referencia (“copias”), entre los listados de las opciones terapéuticas de los programas informáticos de las consultas de atención primaria.

Resulta imprescindible, implicar al médico de atención primaria en los distintos objetivos de calidad y mejor uso de medicamentos, implementando las medidas de exclusivo control de gasto desarrolladas hasta el momento presente, con medidas encaminadas al conocimiento de la realidad en el ámbito de la atención primaria, la información a su personal sanitario y la formación de los mismos en tareas de evolución de nuevas estrategias terapéuticas, seguimiento de los distintos fármacos comercializados más recientemente desde una doble perspectiva, efectividad y seguridad, revisión y control de las medidas y estrategias informativas y formativas desarrolladas y, por último, concienciar desde la evidencia de la mejor medida terapéutica utilizable en un paciente concreto, el empleo del medicamento que suponga un menor gasto.

Factores implicados

Profesional médico Formación –información

El médico recibe una enorme cantidad de información farmacoterapéutica, en muchos casos (hasta un 75%) a través de los informadores técnicos del medicamento, en otros (los menos) mediante cursos de formación o seminarios. Lo más destacable es la enorme variabilidad en cuanto a las fuentes y rigor de dicha información. Probablemente, la lectura crítica de artículos científicos sea una de los vehículos menos utilizados para adquirir los conocimientos necesarios con los que realizar una puesta al día en materia de fármacos.

Además, el panorama del mercado de medicamentos en nuestro país es desquiciante. Coexisten medicamentos originales, licencias, copias y genéricos. Encontramos conceptos confusos sobre la intercambiabilidad entre medicamentos, tales como equivalencia terapéutica, especialidades genéricas, especialidades farmacéuticas “EQ” (dentro de los grupos homogéneos

establecidos por el RD 1035/1999 sobre precios de referencia), genéricos con marca, especialidades farmacéuticas con marca, equivalentes químicos, equivalentes farmacéuticos, etc. En este sentido la administración tiene parte de responsabilidad; porque permite el registro de nuevos fármacos que no aportan grandes ventajas con respecto a otros representantes dentro del mismo grupo farmacológico; aprueba nuevas indicaciones, cubiertas por otros fármacos, para medicamentos que no las contemplaban; restringe o veta el uso de ciertos fármacos en atención primaria a la vez que amplía sus usos clínicos; o se basa en criterios economicistas para recomendar la prescripción por principio activo sin tener en cuenta los parámetros de efectividad de nuevas sustancias, no sujetas a ese tipo de prescripción por carecer de genérico, que la propia administración aprobó en su día.

Para paliar lo anteriormente expuesto, sociedades científicas, colegios de médicos, laboratorios farmacéuticos..., intentan establecer guías farmacoterapéuticas, que en muchos casos sólo responden a problemas concretos o son difícilmente abordables por el médico de atención primaria.

¿Cómo se puede optimizar la información farmacoterapéutica?

Sin duda, la creación de comisiones de farmacoterapéutica y calidad de prescripción, a nivel de los centros de salud, unidades clínicas o servicios hospitalarios, en la que se valoren y evalúen los conocimientos y actitudes en relación con la implantación de programas y adaptación de guías farmacoterapéuticas pudiera ser una solución.

Nos parece interesante, desde el punto de vista organizativo, la incorporación del farmacólogo clínico en la atención primaria. Adecuando su participación de acuerdo a los siguientes objetivos (1):

- Formación y asesoramiento farmacológico
- Adecuación de guías y protocolos farmacoterapéuticos
- Coordinación en las actividades de investigación sobre fármacos en el ámbito de atención primaria
- Evaluar el uso de medicamentos y establecer criterios sobre calidad de prescripción

Servir de nexo de unión con el Hospital en aspectos relacionados con la investigación y los programas de detección de reacciones adversas

El problema terapéutico se debe revisar desde el punto de vista del prescriptor, revisando el papel de un fármaco específico, discutiendo las pruebas científicas de su valor práctico (comparando estrategias terapéuticas y fármacos) y

presentando conclusiones sobre cuando, porqué y cómo utilizar un determinado tratamiento.

En este sentido, la farmacología clínica es una disciplina que combina los conocimientos básicos y la experiencia clínica, con el objetivo último de incrementar la eficacia y seguridad en el manejo de medicamentos. Por lo tanto, sus recomendaciones en terapéutica no son exclusivamente teóricas, sino que además de analizar críticamente los resultados en investigación farmacológica, sabe adecuar los principios de la terapéutica en el ámbito y situación clínica determinada.

Un profesional médico de la capacitación del farmacólogo clínico, jugaría un papel decisivo en la concienciación y asesoramiento del médico de atención primaria en este aspecto. La realización de consultas terapéuticas, consultas clínicas relacionadas con la utilización de fármacos y sesiones farmacoterapéuticas, serían puntos fundamentales de una agenda del farmacólogo clínico a realizar con los centros de salud asignados en los que se sustentarían las bases de una prescripción de calidad en el ámbito de la atención primaria. La implantación de estas estrategias formativas e informativas traería consigo la presencia del sentido económico ligado a la prescripción y la asunción por parte del médico del concepto de eficiencia, una vez establecidos con rigurosidad y evidencia científica las actitudes terapéuticas farmacológicas más adecuadas a la situación clínica concreta. De esta forma, y superada la fase de susceptibilidad del médico, por las medidas coercitivas utilizadas, será mucho más fácil con la ayuda del farmacólogo clínico aceptación y empleo de medicamentos genéricos en aras de una mayor eficiencia. Las medidas de contención del gasto farmacéutico, contempladas a continuación, deben basarse en criterios objetivos en los que la finalidad última no sea la medida de ahorro, sino mejorar la prescripción y potenciar su uso eficiente.

Estas entre otras son las ventajas que estos profesionales pueden aportar en la racionalización de la opción terapéutica frente a la exclusiva fiscalización aportada por otros profesionales sanitarios.

Características de la prescripción en el ámbito de la atención primaria

Es un aspecto importante a desarrollar ya que el 90% de las prescripciones se realizan desde el ámbito de la atención primaria. No obstante, un volumen importante de las prescripciones realizadas por el médico de familia son generadas por otros niveles asistenciales (especialistas y hospital). Según diversos autores pueden suponer entre el 18,8 y el 30% (2) de la prescripción asumida y ello plantea frecuentes problemas, al no adecuarse a una guía previamente consensuada en atención primaria. La definición de protocolos y

guías farmacoterapéuticas conjuntas, que incluyan los problemas de salud más prevalentes, soluciona buena parte de estos problemas.

Características clínicas de los pacientes

Aunque parezca obvio las características clínicas (cuantas y qué enfermedades) de los pacientes, explican una buena parte de la utilización de recursos sanitarios de una población (medidos en número de visitas) y de la variabilidad de la práctica médica (medida en número de pruebas diagnósticas solicitadas y número de derivaciones a especialistas).

En este sentido es importante apuntar que desde un punto de vista de uso racional, la terapéutica ha de ser entendida en el contexto de la individualidad patológica de un determinado paciente, atendiendo a sus circunstancias fisiológicas, patológicas e incluso sociales. Por ejemplo la utilización de IECAs puede variar en función de la patología frente a la que se utilizan, persiguiendo desde un punto de vista terapéutico diferentes variables de resultado: disminución de la tensión arterial, remodelado ventricular o incremento de la supervivencia o mejor calidad de vida, en virtud al proceso patológico al que van dirigidos.

Concretamente, la variabilidad en el número de visitas realizadas que se explican por la patología que presenta el paciente es de un 50%; o lo que es igual, la mitad de las visitas realizadas por los pacientes dependen directamente de su problema de salud actual. Podíamos sacar otra lectura, el médico se debate a diario entre atender los problemas de sus pacientes, por un lado y, por el otro, en resolver los aspectos burocráticos relacionados con la atención médica. Todo ello con un tiempo medio de consulta por paciente absolutamente insuficiente, como bien sabe la administración y como denuncian repetidamente los facultativos de atención primaria (3).

Actitud de la población ante el medicamento

El acto médico de la prescripción está claramente influenciado por todo el conjunto de conocimientos y actitudes de la población respecto a los productos farmacéuticos.

La prescripción farmacológica se ha convertido en el acto que culmina la atención médica. A nadie le pasa inadvertido que la mayoría de los pacientes demandan un medicamento tras ser evaluado por su médico. Los problemas del médico en este sentido es importante y preocupante porque cuando no se cumple con esa expectativa del paciente origina una respuesta coercitiva del paciente hacia el médico y en algunos casos violenta. La única solución para no

caer en una situación de complacencia con respecto al paciente es la información. Desde un punto de vista ético, el principio de justicia y equidad no obliga a prescribir un medicamento como parte inherente al acto médico, es más, en aras de una optimización de recursos, la complacencia carece de sentido.

El paciente no solo debe recibir la información correcta sobre porqué, cuándo y cómo debe consumir el medicamento, o las medidas no farmacológicas que debe llevar a cabo; sino que cuando no se considera útil la prescripción de un medicamento, el usuario debe quedar perfectamente informado del porqué de esa decisión. Sólo de esta forma la relación médico-paciente se hace más firme, y además contribuye a la educación sanitaria del paciente para que no busque la obtención del medicamento por otras vías (automedicación, prescripción inducida).

La ética en este sentido defiende en virtud del principio de autonomía el establecimiento de un consenso o alianza terapéutica entre el médico y el paciente. No obstante la labor educativa es compleja y en muchos casos difícil de llevar a la práctica, entre otros por algunos de los factores que enumeraremos a continuación.

Mitomanía farmacológica

Como comentábamos anteriormente, la población deposita una gran expectativa de curación en el tratamiento farmacológico (signo indudable de que la población no es ajena a la enorme información, en algunos casos excesiva sobre medicamentos). Además, la preocupación por la salud, muy extendida en los países occidentales, ha llevado a la aparición en la mayoría de los hogares del denominado “botiquín familiar”. Causante, en muchas ocasiones de una automedicación irresponsable y de claros problemas relacionados con efectos adversos a medicamentos. Es importante destacar, en virtud de los distintos estudios realizados al respecto, que en la mayoría de los casos los medicamentos y productos sanitarios almacenados en estos botiquines no cumplen las expectativas esperadas para favorecer el autocuidado (4, 5). Es común observar que se convierten en lugares de almacenamiento (casi siempre poco recomendable por la situación) de medicamentos sobrantes de distintos procesos patológicos, frecuentemente caducados e inadecuadamente conservados.

Por tanto, los botiquines familiares, lejos de constituir en la inmensa mayoría de los casos, una provisión de pequeñas soluciones para el autocuidado constituyen una fuente de problemas relacionados con el uso de medicamentos favoreciendo la aparición de acontecimientos adversos e

interacciones. En una palabra, favorecen la iatrogenia, y son en muchos casos una fuente ignorada de ella.

Sociedad del bienestar

En nuestra sociedad los medicamentos también forman parte de los bienes de consumo. La accesibilidad a los medicamentos, forma parte del concepto de bienestar social, confundiendo el derecho social a la cobertura sanitaria con el derecho al consumo de medicamentos. La publicidad de los fármacos no éticos o especialidades farmacéuticas publicitarias, mediante técnicas de marketing indistintas de otros productos de consumo, también contribuye al mismo proceso. No cabe duda, que las modernas técnicas de ventas basan gran parte de su éxito en la publicidad, y la industria farmacéutica no es ajena a esta estrategia, reservando para ello un importante montante económico a este tipo de gastos (3).

El individuo en particular, la sociedad en general considera “justo” el acceso a todos los bienes de consumo que provee el estado del bienestar. Por tanto parece lógico que se demande y se exija el derecho al consumo de medicamentos tras el acto médico. Además las técnicas publicitarias que utiliza al Industria Farmacéutica favorecen esta demanda.

La publicidad de fármacos, solo admitida para las especialidades farmacéuticas publicitarias (EFPs), influye en esta circunstancia ampliándose, por extensión a los medicamentos éticos (sujetos a prescripción). Se establece de esta forma un complicado proceso de autoprescripción sobre el que abundaremos posteriormente.

Influencia de los medios de comunicación

Los medios de comunicación juegan un importante papel en el mundo sanitario. Es difícil mantener un rigor informativo en esta materia, en ocasiones por la complejidad y especialización del mismo, y en otras porque el titular prima sobre la valoración crítica de los profesionales. Su influencia en la cultura popular es enorme cuando el medio de comunicación es audiovisual, que habitualmente utiliza mensajes más imprecisos pero más penetrantes. En definitiva el papel de los medios de comunicación suele presentar dos caras, en unas ocasiones proporciona a la sociedad un mensaje formativo derivado de un lenguaje más asequible; en otras, por el contrario, sirve para crear alarma

- falsas expectativas.

La publicidad puede llevar consigo cierta desinformación cuando la noticia difundida no ha sido bien contrastada, hecho que ocurre con cierta frecuencia. Incluso puede crear alarmas infundadas

- falsas expectativas en relación al potencial curativo de ciertos medicamentos (conocido como fenómeno UTAH, y que forma parte de algunas estrategias seguidas por compañías farmacéuticas antes de la aprobación definitiva de su producto por parte de las autoridades sanitarias).

La automedicación y el botiquín familiar

De forma general, se entiende por automedicación (AU) aquella situación en que los pacientes consiguen y utilizan los medicamentos sin ninguna intervención por parte del médico (ni en el diagnóstico de la enfermedad, ni en la prescripción o la supervisión del tratamiento).

La práctica de la AU ha aumentado considerablemente en los últimos años, estimándose actualmente una prevalencia en España del 40-75% (6, 7). Este hecho, hace necesaria una información adecuada y suficiente de los pacientes, a cargo de los distintos profesionales de la salud, para conseguir que la AU se realice de forma racional, segura y eficaz.

Los médicos con frecuencia no detectan el grado de utilización de EFP por los pacientes. Por eso cuando se hace la historia clínica se debe tener presente no solo la utilización de fármacos prescritos sino también los EFP y cualquier otro tipo de medicina, por ejemplo las de herboristeria que pueden tener incluso ingredientes potencialmente tóxicos.

La AU no debería considerarse exclusivamente como una forma de uso irracional de medicamentos, sino como una situación con ciertos aspectos positivos, que, como parte de los "autocuidados de salud", podría reconducirse como un instrumento importante de reducción de los costos sanitarios. Entendido como una reducción del coste financiado por el ente público, y asumido por tanto, por el paciente.

Tal y como la contempla la OMS, la automedicación responsable genera beneficios a nivel personal y social:

- El alivio o solución de problemas de salud se puede realizar de forma autónoma y complementaria a la labor profesional de los médicos.
- Se incrementa la autonomía y la responsabilidad de las personas en el cuidado de su salud.
- Se evitan esperas, desplazamientos, pérdidas de tiempo, etc.

- Se contribuye al desahogo para el sistema sanitario, congestionado por dolencias susceptibles de tratarse de forma autónoma.

No debe perderse el punto de vista de que el proceso de autocuidado está en la base de la automedicación responsable, aunque tampoco, que el autocuidado debe obedecer a procesos conocidos y valorados con anterioridad de forma que el paciente no corra un riesgo innecesario por no recibir una atención facultativa adecuada en el momento oportuno.

La automedicación responsable ha sufrido una evolución muy significativa en los últimos años. Si bien en una fase inicial su ámbito se circunscribía al alivio de síntomas poco graves (dolencias leves de garganta, estómago, oído, tos...), en la actualidad abarca la prevención y alivio de problemas agudos de salud y de algunos síntomas de enfermedades crónicas (reuma, artrosis...). La automedicación responsable no pretende dejar a un lado el estratégico papel del médico: el contacto con el paciente no debe desaparecer. La autoprescripción, al contrario, deja a un lado al facultativo: es el paciente quien decide qué medicamento tomará, probablemente porque ha oído hablar bien de él o por que a alguna persona de su entorno le sentó bien.

Las consecuencias de la autoprescripción pueden ser importantes: enmascaramiento de la enfermedad, aparición de efectos adversos, prolongación o agravamiento de la enfermedad, propensión o resistencia a los medicamentos empleados, facilitar el contagio y fomento de la drogodependencia...

La autoprescripción esconde a menudo la dependencia psíquica o física a determinados medicamentos utilizados para producir cambios en el estado de ánimo. Los factores que condicionan y favorecen el consumo de medicamentos sin prescripción son: la escasa accesibilidad al facultativo, el poco tiempo libre de los usuarios, y la excesiva laxitud en el cumplimiento, por parte de las farmacias, de la legislación sobre dispensación de especialidades que exigen receta médica.

Problemas asociados a la automedicación:

Los medicamentos disponibles para la automedicación en nuestro país (EFP) constituyen una pequeña parte de los medicamentos consumidos con este fin. La automedicación con fármacos que precisan receta médica es muy habitual, sea por reutilización tras una prescripción previa o adquirida directamente en la oficina de farmacia. Esta realidad española provoca múltiples errores de utilización que suponen el área de trabajo prioritaria para modificar y reconducir hacia una automedicación responsable y positiva (8).

Entre los fármacos que presentan frecuentemente problemas de mala utilización, en relación con la automedicación, podemos destacar a los AINEs, Antibióticos y Psicofármacos (principalmente benzodiazepinas).

Analgésicos

El consumo de analgésicos por la población española, y el posible abuso que se puede generar, es un hecho poco valorado. Las cifras disponibles sobre el consumo de estos medicamentos nos indican una exposición masiva de la sociedad a los analgésicos en todos los grupos de edad y para una amplia muestra de situaciones patológicas (8).

En el año 1996 los envases dispensados a cargo del Sistema Nacional de Salud del grupo de analgésicos como el paracetamol, el ácido acetilsalicílico, el metamizol y el clonixinato de lisina, supusieron algo más de 1 envase/habitante/año. El consumo en automedicación de este grupo terapéutico supone, al menos, duplicar la cantidad total ingerida por nuestra población. Desde el año 1994, la venta de analgésicos ha subido un 23%. Si añadimos el consumo de medicamentos asociados en combinación fija analgésica, los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y otras especialidades farmacéuticas que mezclan varios productos con analgésicos, tendremos al tratamiento del dolor, en sus diversas manifestaciones, como la principal actividad clínica de una gran mayoría de los médicos. Uno de los *riesgos* del uso habitual de los analgésicos simples es la Nefritis Intersticial. Se estima que el 11% de todos los casos de Insuficiencia Renal Terminal, cuya incidencia es alrededor de 110 nuevos casos por 1.000.000, es atribuida al consumo de analgésicos (8, 9).

El tratamiento no supervisado del dolor se ha complicado al extenderse el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) para esta indicación. Su consumo creciente aumenta los riesgos de efectos adversos, tanto en prescripción médica como en automedicación. La incidencia de Hemorragia Digestiva Alta (HDA) de 650 casos por

1.000.000 habitantes /año, de los cuales el 40% son atribuibles al ácido acetilsalicílico y al resto de AINEs (10).

Antibióticos

Diversos estudios han abordado el consumo de antibióticos en automedicación en España. Alrededor del 25% de los 80 millones de envases anuales de antibióticos son consumidos de esta forma. Pero no solamente este hecho indica un mal uso de estos medicamentos, sino también que solamente el 6.5% de los pacientes adultos y el 30.3% de los niños cuyos médicos les han

recetado un antibiótico, cumplen la posología y la duración adecuada del tratamiento. La mayoría abandonan el mismo al sentirse mejor. Muchos de estos envases restantes serán reutilizados. Se estima que el 88% de la población española recibe antibióticos al menos una vez al año (11)..

España es ampliamente reconocida en la comunidad científica como uno de los países con mayores tasas de resistencias bacterianas, sobre todo en los patógenos de origen comunitario. La exportación de «clones españoles» de bacterias como el *Streptococcus pneumoniae* ha identificado la problemática española respecto a las resistencias bacterianas. Las bacterias de origen comunitario presentan en nuestro país, tasas de resistencias que se encuentran entre las más altas de la Unión Europea. Patógenos respiratorios como el *Streptococcus pneumoniae* tiene una resistencia estimada (sumadas la alta y media) a penicilinas de un 40%, siendo a macrólidos de un 18%; *Haemophilus influenzae* tiene una resistencia aproximada de un 40% a aminopenicilinas, incrementándose progresivamente la resistencia a fluoroquinolonas. Otros gramnegativos como *Escherichia coli* y *Pseudomonas aeruginosa* tienen un nivel de resistencias a múltiples antimicrobianos (cefalosporinas incluidas) con un crecimiento preocupante (8).

En un estudio cuantitativo sobre la automedicación con antibióticos en la población española realizado en las farmacias mediante entrevista personal a clientes que habían adquirido alguna especialidad farmacéutica en distintas comunidades autónomas durante un año se obtuvieron unos resultados reveladores en cuanto al problema analizado (12).

La automedicación con antibióticos alcanzó al 32.1% de las personas que habían adquirido un antibiótico en la farmacia y el 28.8% de las especialidades farmacéuticas adquiridas. El 20% de los casos se produjo por petición directa del usuario, mientras que en el 12.1% fue por recomendación del farmacéutico/auxiliar. Dos de cada tres personas obtuvieron una penicilina semisintética de amplio espectro y un 23% un macrólido (13).

La automedicación es junto con el incumplimiento terapéutico y el almacenamiento de antibióticos en los hogares uno de los más graves problemas de la antibioterapia en la actualidad ya que se acompaña frecuentemente de un mal uso. Es necesario desarrollar programas de educación sanitaria en los que participen activamente médico y farmacéuticos dirigidos a concienciar a la población sobre los efectos negativos de la automedicación y orientar a los pacientes sobre el uso racional de los antibióticos.

Por otro lado, la administración debe hacer entender al farmacéutico la inadecuada actitud que mantienen al dispensar antibióticos sin la receta correspondiente.

Usar los antibióticos de forma “racional” y adecuada constituye una obligación y un reto fundamental para mantener un correcto equilibrio entre una buena práctica clínica y la necesidad de disminuir el impacto de las resistencias bacterianas.

Psicofármacos

Los psicofármacos son un grupo de medicamentos de gran utilización en la actualidad, ya que su consumo ha experimentado un importante incremento en los últimos 25 años, siendo las benzodiazepinas el grupo farmacológico más extendido. Asimismo, se han citado los psicofármacos como uno de los grupos de uso más incorrecto cuando los pacientes se automedican. Por otra parte los psicofármacos constituyen uno de los grupos farmacológicos que consumen más los ancianos, en su mayoría además polimedificados. Por todo ello, es importante racionalizar y revisar periódicamente el consumo de fármacos que reciben los ancianos, especialmente los que viven reclusos en su domicilio. Este tipo de población presenta un riesgo multifactorial aumentado de consumo de psicofármacos, que pueden incrementar la menor capacidad de respuesta que presentan este tipo de pacientes ante cualquier percance, y por tanto un mayor riesgo de caídas en el domicilio .

La incapacidad de un miembro de la familia es un potencial factor estresante dentro del núcleo familiar. Este estado de ansiedad puede incrementar el consumo de psicofármacos tanto en los pacientes incapacitados como en su cuidador. El consumo de psicofármacos en estos pacientes crónicos domiciliarios es elevado, y en ocasiones procedente de la automedicación. Su relación con una mayor prevalencia de caídas en estos pacientes resalta la necesidad de incidir en la prevención mediante la formación de cuidadores, la prevención de accidentes domiciliarios, el incremento de ayudas sociales, las ayudas ortopédicas, la corrección de déficit visuales-auditivos y, por supuesto, reduciendo el consumo de psicofármacos. Por otra parte, el elevado consumo de psicofármacos detectado en estos pacientes subraya la importancia de la educación sanitaria en la prescripción diaria (14, 15).

Otros medicamentos

Cualquier medicamento, independientemente de su perfil beneficio-riesgo puede tener un potencial mal uso. Los medicamentos de venta libre (EFP) tienen unas características de menor riesgo que fueron definidas en el año 1986

por la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) (16): deben ser *eficaces* sobre los síntomas que motivan su empleo, que en general deben ser de naturaleza autolimitada, es decir no tener una evolución progresiva

o agravante, han de ser *fiabiles* para dar una respuesta consistente y suficientemente rápida, para que quién los consuma note sus efectos beneficiosos y, por supuesto, deben ser *seguros*, ya que deben emplearse en situaciones de buen pronóstico y cuya identificación no sea difícil para el profano. Son enfermedades que por su frecuencia y características deben ser fácilmente diagnosticables.

Por último, su empleo debe ser fácil y cómodo para que el usuario no requiera precauciones complejas o poco habituales. Deben tener un amplio margen terapéutico —los errores en la dosificación no deben tener repercusiones graves—. Asimismo, se recomienda que en el prospecto contenga las especificadas las situaciones donde se deberá consultar a un médico.

Bajo estas condiciones, los medicamentos de venta libre pueden permitir una automedicación correcta. En los últimos años, un gran número de medicamentos han modificado su requisito de receta médica por la venta libre, sobre todo en países anglosajones y escandinavos: ranitidina, loratadina, antifúngicos tópicos, b2 miméticos, etc. La facilidad de uso y su libre disposición puede provocar errores en su aplicación y errores en el abordaje global de la enfermedad a la que van dirigidos. Sin una actividad educativa sobre el uso de medicamentos, el cambio de legislación sobre el mecanismo de adquisición del fármaco no garantiza una mejor utilización (8).

Como resumen, podemos argumentar que los riesgos potenciales de las EFP se agruparían de la siguiente forma:

- Dosis excesiva de fármacos
- Reacción adversa de éstos fármacos
- Interacción entre fármacos prescritos y EFP
- Enmascaramiento o retraso en el diagnóstico de situaciones clínicas graves.
- Automedicación de analgésicos y otros EFP hipnóticos se ha asociado con un aumento de mortalidad en el anciano
- Medicinas de herboristeria de libre dispensación.

La automedicación es una realidad que debe asumirse. La información y la educación sanitaria pueden ayudar a que se haga de forma responsable y

positiva. Y a que se consiga erradicar la automedicación indeseable y peligrosa

Los médicos somos educadores y técnicos en la tarea de ayudar a los pacientes y sus familias a cuidar y restablecer su propia salud. Esta manera de entender la profesión médica como apoyo al propio cuidado es muy diferente de la que hasta ahora ha predominado: el papel de mago de la tribu al que las personas se acercaban con miedo y veneración. En este contexto, el autocuidado y la automedicación representan un pilar importante en esta forma de entender las relaciones entre médicos y pacientes. Una relación de consejero y educador, además de sanador de las enfermedades presentadas (8).

Cumplimiento terapéutico

El acto médico se establece desde la mutua confianza, puesto que sabemos que, sin ella, crecen los grados de incertidumbre de médico y paciente, hasta hacer imposible la relación entre ambos. Ambas premisas pueden hacer concluir que existe algún elemento externo que determina que tratamientos bien iniciados, por desconfianza, no se terminen.

La falta de cumplimiento terapéutico observada principalmente en pacientes afectados por procesos crónicos (30-60% en hipertensos) o sujetos a politerapia es un problema acuciante, desde el punto de vista de la eficacia del tratamiento prescrito y de los gastos indirectos que ocasiona.

El cumplimiento terapéutico podría expresarse como el grado de coincidencia entre las orientaciones médico-sanitarias, no limitándose a las indicaciones terapéuticas, de tal forma que incluye asistencia a citas programadas, participación en programas de salud, búsqueda de cuidados y modificación del estilo de vida. El cumplimiento es un concepto dinámico que puede afectar a todas las fases del proceso clínico.

Además, la alianza o consenso terapéutico entre médico y paciente, valuarte del principio ético de autonomía, reforzará la confianza y será un factor determinante en el cumplimiento terapéutico.

La problemática derivada de la situación cumplimiento/incumplimiento” es la frontera más evidente que separa y distancia la eficacia de los medicamentos (uso de los fármacos en condiciones ideales, como en los ensayos clínicos) y su efectividad (uso de los medicamentos en las condiciones habituales y, por tanto, reales). Para obtener el máximo beneficio de un tratamiento, objetivo último de la medicina, es esencial el cumplimiento por parte del paciente, que, como ya hemos comentado,

suele ser menor en las enfermedades crónicas, al ser con frecuencia el régimen posológico polivalente y prolongado. El incumplimiento no es solo el fracaso del paciente, sino que en alguna medida implica al médico (diagnóstico y prescripción), a la enfermería (consultas de enfermería) y al farmacéutico (dispensación).

Las estadísticas señalan que, actualmente, hay muchos enfermos que no siguen al pie de la letra su tratamiento farmacológico. Esto resulta más evidente cuando se trata de pacientes afectados por alguna enfermedad crónica o en aquellos que tienen que tomar diversos medicamentos cada día. Sirven como ejemplo algunos datos. Entre el 29% y el 66% de las personas que toman fármacos para disminuir la tensión arterial incumplen con el tratamiento. En el caso de los medicamentos para el colesterol o los triglicéridos, este incumplimiento se sitúa entre el 40% y el 60%. En los antiasmáticos, entre el 25% y el 56% (17, 18).

Conceptos relacionados con el cumplimiento terapéutico

Adherencia: medida en que el paciente responde a las indicaciones facultativas, las asume y las “hace suyas”. No se refiere solo a la medicación, sino que también incluye a las medidas no farmacológicas (higiénicas, dietéticas, controles, etc.), que forman parte del tratamiento global del que se espera la curación, mejoría, desaparición de los síntomas, etc.

Observancia: la conducta del paciente coincide razonablemente con el conjunto de medidas y comportamiento indicados por el médico.

Cumplimiento: cuando se siguen y cumplen correctamente las indicaciones terapéuticas. La información cuidadosa y detallada, con lenguaje sencillo y asequible, es el primer peldaño para garantizar el cumplimiento y la adherencia.

No cumplimiento (incumplimiento): cuando no se siguen ni cumplen, por abuso (hipercumplimiento), o por omisión (hipocumplimiento).

¿Qué factores influyen en el incumplimiento terapéutico?

Características del paciente: probablemente la edad (relacionada con cambios cognitivos y frecuente politerapia), el nivel cultural (mayor número de incumplidores en el estrato de población con menor nivel cultural), el ambiente familiar y estado psíquico de la persona, sean los factores relacionados con el paciente mayoritariamente implicados en un el incumplimiento.

Tipo de enfermedad: el incumplimiento es más elevado en los pacientes en fases asintomáticas y en los crónicos, que necesitan tratamientos

prolongados (diabéticos, hipertensos, epilépticos). El incumplimiento suele ser menor en los pacientes agudos y pacientes con enfermedades graves.

Relación personal sanitario-paciente: el grado de cumplimiento depende en gran medida de la calidad de intercomunicación y satisfacción del enfermo principalmente con el médico. La farmacia comunitaria puede prestar un importante apoyo para mejorar el cumplimiento terapéutico. Por un lado, sirviendo de informador del medicamento dispensado ante las preguntas que el paciente pueda referirles sobre pequeñas dudas sobre la observancia del tratamiento. Además, la recogida de problemas relacionados con los medicamentos, si se comunican la médico responsable de la terapéutica, puede ayudar a la hora de ofrecer al paciente algunos cambios en la misma de manera que se mejore la adherencia a la misma. Por otro, no interfiriendo en la prescripción diseñada por el médico, y remitiendo al paciente a éste ante la sospecha de factores que puedan motivar incumplimiento por parte del paciente (intolerancia a la administración oral del medicamento, reacciones adversas leves, incompreensión del objetivo terapéutico), y que en muchas ocasiones exigen el replanteamiento de la terapéutica por parte del médico, previo dialogo con su paciente, a fin de diseñar la pauta oportuna que sea aceptada por el paciente y que lo implique decididamente en su proceso de curación. El seguimiento terapéutico, no debe ser una aspiración por parte de la “atención farmacéutica”, ya que provocará mayor confusión en el paciente y distanciamiento en la relación médico-paciente. La terapéutica es un acto derivado del conocimiento profundo de la salud y enfermedad del ser humano, por tanto su diseño y desarrollo sólo recae en el profesional formado ara ello, que no es otro que el médico.

Tipo de tratamiento: duración, confianza en la eficacia del medicamento, régimen posológico (vía de administración, forma farmacéutica, intervalo de administración, uni o polifarmacia, complejidad de la prescripción, etc.).

Consecuencias del incumplimiento terapéutico

Las consecuencias del incumplimiento son múltiples y de repercusiones muy variables: muertes por enfermedades cardiovasculares e infecciones, ingresos hospitalarios, aumento de visitas médicas, prescripción de pruebas diagnósticas adicionales, tratamientos alternativos, adicionales o innecesarios, almacenamiento domiciliario de medicamentos, incremento del gasto sanitario, etc.

A continuación, se recogen algunas de las consecuencias del incumplimiento (19). *Consecuencias de la infrutilización de medicamentos Falta de respuesta terapéutica*

- Retrasos en la curación
- Recaídas o recidivas
- Creación de resistencias a antibióticos
- Aparición de nuevas patologías
- Desconfianza

Interferencia en la relación sanitario-paciente Valoración errónea de la efectividad real

- Aumento innecesario de dosis del tratamiento
- Eliminación de fármacos seguros y eficaces
- Introducción de otros medicamentos más potentes con mayor toxicidad
- Almacenamiento de los medicamentos
- Intoxicaciones accidentales no consumidos en los botiquines caseros
- Automedicación irresponsable

Repercusiones económicas (los medicamentos se adquieren pero no se consumen)

- Absentismo laboral
- Falta de productividad
- Aumento del gasto sanitario

Consecuencias debidas a sobre-utilización de medicación

- Mayor riesgo de que aparezcan
- Efectos indeseables
- Toxicidad
- Dependencia y tolerancia

Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico

Se han elaborado diferentes estrategias enfocadas a paliar este problema. A continuación describiremos algunas de ellas y el impacto que tendría su empleo. Entre las estrategias recogidas destacan las que implican tanto al paciente como al médico.

Comunicación médico-paciente

Es importante potenciar un clima de confianza y empatía con el paciente, dedicando el tiempo necesario a informarle sobre la patología, la importancia del tratamiento, la posibilidad de aparición de efectos adversos transitorios a los que puede desarrollar tolerancia, etc. Asimismo, el prescriptor debe interesarse por el cumplimiento en cada una de las visitas de seguimiento, y valorar el punto de vista del paciente potenciando su iniciativa, su participación y su responsabilidad en la toma de decisiones (¿qué es lo que le motiva a seguir las instrucciones? ¿qué tiene importancia para él?). Para lograr este punto es necesario un incremento del tiempo medio de consulta por paciente.

Consejos al paciente

La descripción del tratamiento y sus efectos de manera que sean comprensibles por el paciente es la esencia de la educación, y como resultado se obtiene a un paciente más colaborador, que participa de forma activa en su propio régimen terapéutico. Los folletos y el material educativo no pueden reemplazar la necesidad de una comunicación directa. También puede ser útil el empleo de tarjetas o cartillas dibujadas que ayuden al paciente a recordar el régimen posológico, etiquetas adheridas en los envases, etc. En este sentido la adecuación de prospectos dirigidos al paciente pueden constituir una buena alternativa.

Simplificación del régimen

Tiene una especial importancia en pacientes con patologías crónicas asintomáticas, como hipertensión o hipercolesterolemia: por ejemplo, disminuir la frecuencia de las dosis, elegir formas medicamentosas de liberación retardada cuando sea conveniente, eliminar tratamientos innecesarios, adaptar el régimen posológico a la rutina diaria del paciente. Y, por supuesto, llegar a un “pacto terapéutico” en el que el paciente se sienta plenamente partícipe y “escuchado”.

Monitorizar la respuesta

Preguntar al paciente para asegurarse de que ha comprendido correctamente la pauta, dosis y duración del tratamiento, y para evaluar el

cumplimiento en las visitas sucesivas (se puede utilizar el test de Morisky-Green o metodología de Haynes-Sackett); vigilar la asistencia a las visitas de seguimiento e incrementar la frecuencia de éstas si es necesario, utilizar "calendarios" o "diarios" de administración, implicar a los cuidadores en el manejo de la medicación, etc. En este sentido, cobra cada vez mayor importancia la coordinación con otros profesionales sanitarios.

Programa SPD: sistema personalizado de dosificación

Su objetivo es colaborar en la mejora del cumplimiento terapéutico de los pacientes, que en estos momentos se sitúa alrededor del 50% en determinadas patologías. Las oficinas de farmacia que toman parte en el Sistema Personalizado de Dosificaciones (SPD) ofrecen a los usuarios la posibilidad de acceder a la medicación que precisan diariamente dispuesta en unos envases especialmente diseñados para evitar confusiones y facilitar al máximo el cumplimiento del tratamiento.

Las ventajas del SPD son evidentes, en especial para determinados tipos de usuarios, por ejemplo, para aquellos que diariamente se someten a un tratamiento que incluye tres o más fármacos, o para los que toman dosis decrecientes, alternadas o irregulares. También para las personas mayores, con dificultades para cumplir con el tratamiento por problemas cognitivos y de manipulación.

¿Necesidad de medir la calidad de prescripción?

Indicadores de la prescripción

Un indicador es un instrumento de medida que nos permite cuantificar algo. Existen indicadores cuantitativos, que permiten realizar una valoración cuantitativa de la prescripción de un determinado médico, equipo, área o provincia (número de recetas, envases, coste por receta, coste por usuario,...).

Pero, también, existen indicadores cualitativos, que permiten cuantificar una valoración, en principio cualitativa de la prescripción; son los Indicadores de Calidad de la Prescripción y tienen como finalidad:

- Detectar el uso de medicamentos inadecuados.
- Detectar utilización insuficiente de medicamentos con eficacia demostrada (por ejemplo, mórnicos en pacientes oncológicos terminales con dolor).

- Detectar utilización excesiva de un determinado fármaco, en comparación con alternativas de una relación beneficio/riesgo/coste más favorable.

Las características que debe reunir un indicador son:

- Sensibilidad y fiabilidad.
- Han de abordar cuestiones relevantes.
- Han de estar justificados desde el punto de vista científico.
- Han de ser consensuados.
- Para que sean válidos el consumo del producto, al que hacen referencia, debe ser elevado.
- Han de ser fáciles de obtener.
- Su definición ha de ser comprensible.

Entre los indicadores cualitativos más utilizados se encuentran los basados en el valor intrínseco de todos los fármacos prescritos y los que establecen una jerarquía de uso de medicamentos que se utilizan en las mismas indicaciones (primera línea, segunda línea y uso excepcional), estableciendo niveles de utilización en función de criterios beneficio/riesgo/coste.

Sin embargo, todos estos indicadores, cuya fuente de información son los datos mecanizados e informatizados procedentes de la receta médica, son de difícilísima interpretación cuando no se disponen de datos diagnósticos ni, tan siquiera, información adicional acerca de la indicación, del esquema terapéutico seguido o de las características del paciente tratado; datos todos ellos imprescindibles para poder valorar la calidad del uso de medicamentos con valor intrínseco elevado (VIE).

Aun cuando el 100% de los medicamentos prescritos sean de VIE, no se puede asegurar que se esté realizando una prescripción de calidad, puesto que se pueden estar utilizando en situaciones inadecuadas donde no exista indicación para su uso. Por otra parte, en los últimos años, los fármacos que van introduciéndose en el mercado son de elevado valor terapéutico (aunque la inmensa mayoría son escasamente innovadores, aportando pocas ventajas frente a los ya existentes), y como consecuencia, el indicador de VIE global de los medicamentos prescritos cada vez irá teniendo un valor más limitado.

No cabe duda de que los indicadores de calidad son una herramienta útil para medir la calidad de la prescripción, como mecanismo de monitorización periódica, para describir situaciones puntuales o como fuente de información a gestores, si bien se debe continuar en la línea, ya expuesta anteriormente, de promover estudios de metodología rigurosa de tipo indicación- prescripción, de

esquema terapéutico seguido de adecuación al tratamiento, con revisiones de historias clínicas, para poder llegar a definir unos estándares óptimos para dichos indicadores, que estén basados en datos científicos y perfiles epidemiológicos, huyendo de criterios estrictamente económicos.

Factores dependientes de la administración sanitaria

Como ya hemos comentado, el médico debe asumir su parte de responsabilidad en la gestión eficiente de los recursos que utiliza, aunque es cierto que son los políticos y gestores los que deberán arbitrar las medidas político-administrativas necesarias para adecuar el gasto farmacéutico a lo que el Estado está dispuesto asumir.

Si bien es cierto que usar medicamentos de dudosa o nula eficacia (o utilizar innecesariamente nuevos fármacos que no aportan ninguna ventaja con respecto a los ya disponibles o con una desfavorable relación beneficio/riesgo/coste) implica, en general, una mala calidad de la prescripción, también es cierto que la Administración Sanitaria es la única responsable de que dichos productos se encuentren en el mercado y disfruten de una financiación pública. Y por otro lado, el importante desarrollo tecnológico ha contribuido a la aparición de nuevos fármacos, algunos de ellos de enorme trascendencia porque vienen a cubrir huecos en la terapéutica, pero con un importante problema: su precio. Esto ha forzado a la Administración sanitaria a establecer unos criterios para la prescripción de algunos de estos fármacos, entre ellos la limitación de la prescripción por parte del facultativo especialista o la aplicación de visados, tanto a nivel hospitalario como en atención primaria.

Cuando atendemos una patología buscamos, sin duda, el mejor planteamiento terapéutico. En algunas ocasiones el uso de fármacos de reciente introducción despiertan el interés del médico, ávido por responder a su paciente con las mejores perspectivas farmacológicas disponibles. Por ejemplo, es evidente que ante un paciente con antecedentes de úlcus péptico y necesidad de recibir un tratamiento antiagregante, el médico se plantea dos situaciones: administrar aspirina y un antisecretor, o bien, administrar ticlopidina o clopidogrel. Evidentemente si comparamos el gasto que se deduce de administrar clopidogrel frente a aspirina, la opción más razonable, desde un punto de vista economicista, es la de prescribir aspirina, por lo que administrativamente se decide otorgar al clopidogrel de la necesidad de un visado para poder ser prescrito. Pero bien, aún no hemos solucionado el problema de actuar preventivamente sobre una posible hemorragia digestiva alta.

La industria farmacéutica

La industria farmacéutica debe proporcionar información científico-técnica de sus productos a los facultativos, para que estos juzguen la conveniencia de prescribirlos. Sin embargo, esta información se desliza cada vez más a una promoción y, ésta, a incitar el consumo de medicamentos. Sin embargo, en ocasiones se ejerce una excesiva presión sobre el médico que abarca diferentes aspectos (3):

- Repeticiones insistentes del mensaje publicitario; se recuerda un producto ya conocido desde hace tiempo
- La continua aparición de medicamentos novedosos que superan a los previos en aspectos parciales, no siempre lo suficientemente contrastados, sin aportar avances terapéuticos significativos, pero que incitan a su prescripción.
- El volumen de material informativo que se oferta, impide un estudio ponderado de las ventajas que aporta un medicamento y la decisión prescriptora queda a merced de la impresión causada. El material recibido, a través de la visita médica por un médico tipo de Atención Primaria, supera los 3000 € anuales.
- Creación de círculos viciosos de dudosa justificación Ética, ente aspectos promocionales de la Industria Farmacéutica y profesional sanitario (principalmente médico y farmacéutico).

Ante esta situación, que incide de forma tan difusa como evidente en los hábitos de prescripción, consideramos conveniente la idea original de que la industria farmacéutica informe sobre las características científico-técnicas del producto, considerando la posibilidad de reuniones conjuntas con farmacólogos clínicos, dónde se debatan, desde una perspectiva científica, las aportaciones y ámbito de estudio de los nuevos medicamentos. De esta forma se conseguiría un mayor equilibrio entre la simple promoción y la aportación científica al conocimiento y formación de los médicos en relación con el uso de medicamentos.

Para ello, es conveniente impulsar la figura del farmacólogo de AP, como profesional capaz de integrar y aquilatar la información que ofrece la industria farmacéutica y transmitirla, de forma objetiva y crítica, a los equipos de AP en sesiones periódicas.

Problemas relacionados con la sustitución de medicamentos

Como ya hemos comentado, la información que recibe el médico sobre medicamentos proviene principalmente de la industria farmacéutica. Además, el mercado de medicamentos en nuestro país contempla un gran número de especialidades que hacen difícil su valoración por parte del médico. En muchas ocasiones resulta difícil diferenciar medicamentos originales o licencias de las “copias”.

Además, la calificación de medicamentos como especialidades farmacéuticas “EQ”, en virtud a su posible intercambiabilidad, entorpece aún más la perspectiva sobre medicamentos. Como desarrollaremos posteriormente, la prescripción por principio activo, para lo que puede resultar útil homogeneizar el panorama del medicamento, no aporta ventajas desde el punto de vista económico y, además, presenta importantes problemas, en relación con la efectividad y seguridad, que analizaremos posteriormente.

Durante mucho tiempo se admitió una premisa que ha resultado ser errónea, dos principios activos con la misma composición química son iguales desde el punto de vista terapéutico. Es decir, presentan la misma efectividad y seguridad, por tanto, aplicando un concepto más reciente, son bioequivalentes. ¿Por qué se debe este error?. Intentemos explicarlo de una forma escalonada.

¿Qué son especialidades equivalentes químicos o farmacéuticos?

Aquellas que contienen la misma composición cualitativa y cuantitativa en sustancias medicinales y la misma forma farmacéutica.

¿Qué son especialidades alternativas farmacéuticas?

Son presentaciones que contienen la misma composición cualitativa, pero difieren en la cantidad, dosis y/o forma farmacéutica. De tal forma que no podemos utilizarlos indistintamente en un paciente si antes no realizamos el conveniente ajuste de dosis y el oportuno cambio de vía de administración.

¿Qué son medicamentos equivalentes terapéuticos?

Se considera que dos presentaciones de medicamentos son equivalentes terapéuticos cuando contienen la misma composición cualitativa y demuestran la misma actividad, eficacia y seguridad desde un punto de vista de utilización clínica.

¿Qué son especialidades bioequivalentes?

Aquellas que han sido calificadas como tales por el director de la Agencia Española del Medicamento, debiendo para ello considerar la posibilidad de intercambio de las especialidades en virtud de que presentan una misma composición cualitativa y cuantitativa en sustancias medicinales, forma farmacéutica, dosis, vía de administración y equivalencia terapéutica.

Por tanto serán especialidades bioequivalentes aquellos medicamentos sobre los que se han realizado ensayos de bioequivalencia (especialidades farmacéuticas genéricas) y otros en los que no se han realizado los citados estudios.

A todos ellos, cuando se encuentren agrupado dentro de un grupo homogéneo, se les imprimirá en el cartonaje las siglas EQ.

Acabamos de introducir el concepto de “intercambio” entre especialidades farmacéuticas, ¿hacia dónde nos conduce?. A la posibilidad de que el farmacéutico pueda cambiar el medicamento prescrito en virtud a la normativa desarrollada en el RD de precios de referencia, sobre lo que incidiremos posteriormente.

¿Qué es un conjunto homogéneo?

Los conjuntos homogéneos están formados por todas aquellas presentaciones farmacéuticas que tengan idéntica composición cuantitativa y cualitativa, dosis, forma farmacéutica y vía de administración y que hayan sido calificadas como bioequivalentes (llevando impresa la sigla EQ en su cartonaje). Por tanto pueden entrar a formar parte de un conjunto homogéneo las presentaciones farmacéuticas autorizadas bajo un nombre de fantasía, Denominación Oficial Española (DOE) o Especialidades Farmacéuticas Genéricas (EFG), siempre que lleven impresas en el cartonaje las siglas EQ. Cada conjunto homogéneo tendrá un precio de referencia propio que será el mismo para todos los productos integrantes de ese conjunto homogéneo.

Las modificaciones al RD 1035/1999, según Orden SCO 2958/2003, recoge en su primer artículo sobre la determinación de nuevos conjuntos y aprobación de precios de referencia, los nuevos conjuntos creados, así como la consideración de formas farmacéuticas innovadoras, la constitución como conjuntos independientes de las presentaciones indicadas para tratamientos en pediatría y las especialidades farmacéuticas para las que exista una dosificación significativamente distinta para una determinada indicación.

Los precios de referencia aplicables a cada uno de los conjuntos se obtendrán, de acuerdo con el texto legal aludido, mediante la media aritmética de los tres costes/tratamiento/día menores, calculados según la dosis diaria definida de las presentaciones de especialidades farmacéuticas agrupadas en los conjuntos por cada vía de administración. En todo caso, el resultado de dicha fórmula se somete al cumplimiento de una condición: que se garantice el abastecimiento de las oficinas de farmacia.

Concepto de biodisponibilidad

La biodisponibilidad define la cantidad de fármaco que alcanza la circulación sistémica en forma activa, y la velocidad con la que accede. Depende de las características físico-químicas del fármaco, los excipientes, el proceso de fabricación y conservación de la forma farmacéutica, así como de las características individuales del paciente (motilidad intestinal, pH gástrico, fenotipo metabolizador, etc). Dos especialidades farmacéuticas presentarán una biodisponibilidad equivalente, y por tanto serán bioequivalentes, si determinados parámetros farmacocinéticos relacionados con la cantidad y velocidad que alcanza el fármaco en la circulación sistémica no difieren de un porcentaje establecido en relación con el fármaco original de referencia. Se admite que dos fármacos son bioequivalentes cuando no existe una diferencia porcentual superior o inferior al 20% en relación con los parámetros anteriormente comentados.

Es importante distinguir que el concepto de bioequivalencia anteriormente apuntado, difiere del introducido desde la faceta administrativa de la intercambiabilidad. La bioequivalencia a que nos referimos cuando los parámetros cinéticos, ya comentados, no se desvían de ese +/- 20%, nos está dejando sentado la igualdad de efectos biológicos de dos medicamentos. Aunque en muchos casos, incluso esa pequeña variabilidad farmacocinética, desde el punto de vista clínico puede suponer falta de efectividad o problemas de seguridad.

Con alguna frecuencia se utilizan términos no exactamente sinónimos y que pueden conducir a confusiones eventualmente importantes. En este sentido, a veces se emplea erróneamente el término de equivalente farmacéutico como idéntico a bioequivalente. Así, dos presentaciones de medicamentos son "equivalentes farmacéuticos", cuando contienen la misma composición cualitativa y cuantitativa en sustancias medicinales y la misma forma farmacéutica. La equivalencia farmacéutica no implica necesariamente bioequivalencia, ya que puede haber diferencias atribuibles a los excipientes o al proceso de fabricación que den lugar a diferencias significativas en lo que respecta a su comportamiento cinético y por tanto a su biodisponibilidad.

Igualmente ocurre con las especialidades alternativas farmacéuticas, que contienen la misma composición cualitativa, pero difieren en la cantidad, dosis y/o forma farmacéutica. En estos casos la intercambiabilidad de los medicamentos para obtener idénticos resultados terapéuticos requeriría del oportuno ajuste posológico o de la vía de administración.

Limitaciones de los estudios de bioequivalencia Valorar la introducción de algo más de texto

- a) Limitaciones prácticas por la indefinición de las recomendaciones internacionales sobre diseño y desarrollo de los estudios, análisis farmacocinético y estadístico.
- b) Dudas en la interpretación de los resultados.
- c) Limitaciones conceptuales en cuanto a la intercambiabilidad de los preparados y en cuanto a la extrapolación de los datos a la población general. Limitaciones del diseño cruzado clásico según las características del fármaco.

Aspectos legales relacionados con el medicamento: precios de referencia

En 1999 se promulga el Real Decreto 1035/1999, de 18 de junio, por el que se regula el sistema de precios de referencia en la financiación de medicamentos con cargo a fondos de la Seguridad Social o a fondos estatales afectos a la sanidad.

En este Real Decreto destacan los siguientes conceptos:

1. Se regula el sistema de precios de referencia por el que se regirá la financiación con cargo a fondos de la Seguridad Social o a fondos estatales afectos a la sanidad de las presentaciones de especialidades farmacéuticas que se incluyan en los conjuntos homogéneos que se determinen por el Ministro de Sanidad y Consumo y que se prescriban y dispensen a través de receta médica oficial a usuario que tengan derecho a ello.
2. Se establece la necesidad de que las presentaciones afectadas por los precios de referencia, sean bioequivalentes entre sí y formen parte de los denominados "Conjuntos Homogéneos". La calificación de bioequivalencia será efectuada por el Director de la Agencia Española del Medicamento debiendo para ello considerar la posibilidad de intercambio de las especialidades si en razón de la misma composición cualitativa y cuantitativa en sustancias medicinales forma farmacéutica, dosis, vía de administración y equivalencia terapéutica.

3. Se establece un precio de referencia para cada Conjunto Homogéneo (114 grupos homogéneos), siendo éste la cuantía máxima que se financiará con cargo a fondos de la Seguridad Social o a fondos estatales afectos a la sanidad de las prestaciones de especialidades farmacéuticas en él incluidas. Además se establecen los criterios para el cálculo del precio de referencia y la periodicidad de actualización.
4. Respecto al etiquetado las presentaciones de las especialidades farmacéuticas que tengan la calificación de bioequivalentes y que estén incluidas en un conjunto homogéneo, indica la obligación de incorporar las siglas EQ en el cupón precinto. Este extremo es de aplicación también para las genéricas afectadas.
5. El Real Decreto regula las sustituciones a que vendrá obligado el farmacéutico en cumplimiento de dicho Real Decreto. Así, establece que cuando el precio de la presentación de la especialidad farmacéutica bioequivalente prescrita supere la cuantía establecida como precio de referencia, y el beneficiario no opte por abonar la diferencia entre el precio de la especialidad farmacéutica prescrita y el de referencia fijado, el farmacéutico deberá sustituirla por una especialidad farmacéutica genérica del mismo conjunto homogéneo cuyo precio no supere el de referencia. Asimismo establece las excepciones correspondientes cuando el médico acompañe la prescripción de un informe pormenorizado en el que justifique fehacientemente la improcedencia de la sustitución por razones de alergia, intolerancia o de cualquier otra incompatibilidad del beneficiario al cambio de expediente que pudiera conllevar la sustitución de la especialidad prescrita.
6. El Real Decreto establece la financiación de las presentaciones de especialidades farmacéuticas afectadas por precios de referencia y las condiciones de comercialización de las especialidades farmacéuticas genéricas. Por último remite a la Orden del Ministro de Sanidad y Consumo por la que se determinarán los conjuntos homogéneos.

Como ya hemos comentado, el 25 de octubre de 2003, se publica en el BOE la Orden SCO 2958/2003 por la que se determinan los nuevos conjuntos de presentaciones de especialidades farmacéuticas y se aprueban los correspondientes precios de referencia. Las modificaciones introducidas sobre el RD 1035/1999 afectan, principalmente, a las condiciones requeridas para el establecimiento de los conjuntos y a la exclusión, a efectos de integración en los mismo, de las formas farmacéuticas innovadores hasta que no se autorice la especialidad farmacéutica genérica correspondiente.

El número de conjuntos de especialidades farmacéuticas es de 82. La calificación de formas farmacéuticas innovadores corresponde al Director de la Agencia Española del Medicamento y productos sanitarios, debiendo para ello tener en cuenta la evidencia clínica disponible orientada al incremento directo o indirecto de la eficacia terapéutica.

Se establecen conjuntos independientes para las presentaciones indicadas en tratamientos pediátricos. Así como para aquellas especialidades farmacéuticas para las que exista una dosificación significativamente distinta para una determinada indicación.

También se establece la nueva forma de cálculo del precio de referencia correspondiente a cada conjunto, basado en la media aritmética de las tres presentaciones que presenten un coste/tratamiento/día menor.

Sustitución por el farmacéutico.

En este sentido se derogan los artículos 5 y los apartados 3 y 4 del artículo 6, es decir aquellos que hacía referencia a la sustitución por parte del farmacéutico. De forma resumida, podemos comentar que el médico pierde la posibilidad de bloquear la sustitución haciendo uso de un informe detallado en el que se justificaran los motivos de tal decisión.

A continuación se recogen los cuatro apartados del artículo 3 de la nueva Orden, que tratan de la sustitución por el farmacéutico de la especialidad farmacéutica prescrita y dispensación den caso de prescripción por principio activo.

1. En cumplimiento de lo establecido por el párrafo séptimo del artículo 94.6 de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, el farmacéutico cumplimentará la prescripción realizada por el médico conforme a lo siguiente:

- Cuando el médico prescriba una especialidad farmacéutica cuyo precio sea igual o inferior al precio de referencia se dispensará la especialidad farmacéutica prescrita.
- Cuando el médico prescriba una especialidad farmacéutica cuyo precio sea superior al precio de referencia y existan especialidades farmacéuticas genéricas de sustitución, se deberá sustituir la especialidad farmacéutica prescrita por la especialidad farmacéutica genérica de menor precio, conforme a los relacionados en el anexo III de la Orden.
- Cuando el médico prescriba una especialidad farmacéutica cuyo precio sea superior al precio de referencia y no exista una

especialidad farmacéutica genérica de sustitución, se dispensará a precio de referencia la especialidad farmacéutica prescrita.

2. Por otra parte, en cumplimiento de lo establecido por el párrafo octavo el artículo 94.6 de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, el farmacéutico cumplimentará la prescripción realizada por el médico conforme a lo siguiente: Cuando el médico prescriba por principio activo sometido a precio de referencia, se deberá dispensar la especialidad farmacéutica genérica de menor precio, conforme a los relacionados en el anexo III de la Orden. De no existir especialidad farmacéutica genérica de menor precio, el farmacéutico dispensará a precio de referencia la especialidad farmacéutica de marca correspondiente a la prescripción efectuada.
3. En todos los supuestos a los que se refieren los apartados 1 y 2 del presente artículo, la especialidad farmacéutica genérica susceptible de dispensación deberá tener idéntica composición cualitativa y cuantitativa en sustancias medicinales, forma farmacéutica, vía de administración, dosificación y presentación que la especialidad farmacéutica prescrita o la correspondiente a la prescripción por principio activo efectuada.
4. A los efectos establecidos en el presente artículo, se entiende que no existe especialidad farmacéutica genérica de sustitución cuando dicha especialidad no se encuentre disponible en el mercado, o cuando concurriendo la circunstancia mencionada no esté incluida en la prestación farmacéutica de la Seguridad Social.

Consideramos necesario introducir las siguientes modificaciones con relación a la sustitución. Cuando el paciente y el médico lo acuerden y éste lo señale en el lugar apropiado de la receta, el farmacéutico dispensará al beneficiario la especialidad farmacéutica prescrita por el médico.

Las presentaciones de especialidades farmacéuticas incluidas en los diferentes conjuntos cuyos precios superen el de referencia correspondiente, sólo serán objeto de financiación con cargo a fondos de la Seguridad Social o a fondos estatales afectos a la sanidad hasta su precio de referencia, y de acuerdo con las disposiciones propias del régimen que les sea aplicable. Cuando no exista la reseña del médico en la receta, el farmacéutico informará al beneficiario de la posibilidad de abonar la diferencia entre la especialidad farmacéutica prescrita y el precio de referencia, o bien la sustitución por una especialidad farmacéutica genérica que no supere dicho precio de referencia, además de efectuar, en su caso, la aportación económica que le pudiera corresponder sobre el precio de referencia.

Como ya se ha comentado a lo largo del presente documento, el mercado farmacéutico nacional es complejo y en él coexisten medicamentos originales, licencias, copias, especialidades farmacéuticas genéricas (EFG) y la incorporación de las siglas EQ (equivalente terapéutico) en el cartonaje de los medicamentos incluido dentro de los grupos homogéneos como garantía de intercambiabilidad. Sin embargo, sólo en las especialidades farmacéuticas genéricas se han realizado ensayos clínicos de bioequivalencia (lo que asegura desde un punto de vista científico una garantía absoluta de igualdad en eficacia y seguridad frente al fármaco original de referencia).

La posibilidad de sustituir el medicamento prescrito por el médico en la oficina de Farmacia dificulta la voluntad del médico con respecto a la utilización de especialidades farmacéuticas genéricas (EFG). Así, en una encuesta realizada recientemente por Sigma Dos, una de las causas señaladas por el médico para justificar la baja utilización de medicamentos genéricos es la sustitución indiscriminada de aquellas EFG que incorporan el nombre del laboratorio, por otros equivalentes terapéuticos (sean o no medicamentos genéricos) dispensados de forma habitual en la Farmacia, sin que en ningún momento el médico sea informado de tal sustitución.

La novedad terapéutica no siempre mejora lo existente, incluso la experiencia nos ilustra con una gran cantidad de nuevas moléculas recientemente introducidas en el arsenal terapéutico que han debido ser retiradas por presentar importantes efectos adversos. Sin embargo, la continua presión a la que se ve sometido el médico de Atención Primaria, incluyendo los problemas derivados en el tratamiento de procesos crónicos y el deterioro que sobre la relación médico-paciente acarrea la sustitución de medicamentos, lleva a que el facultativo derive la prescripción hacia medicamentos de muy reciente aparición para los que aún no se han desarrollado genéricos ni se encuentran regulados por los precios de referencia. Esta actitud nunca puede estar justificada, pero es una realidad que debemos valorar y que está condicionada por las medidas que hasta el momento se han puesto en marcha por parte de la administración sanitaria.

Entendemos que la incorporación de una casilla en la receta que garantice la prescripción del facultativo, redundaría en un incremento del mercado de medicamentos genéricos (EFG).

En los países de la Unión Europea, en los que funcionan los precios de referencia, se realizan dos modalidades distintas de sustitución. En Alemania, país pionero del sistema, es durante la consulta médica, donde el paciente y el médico deciden si finalmente será un genérico o un producto de marca lo que figurará en la receta y será dispensado en la farmacia. En el resto de países europeos la

sustitución se realiza en la farmacia, pero en las recetas figura una casilla especial donde el médico, puede oponerse a la misma. En España, se ha optado por una “tercera vía”, en la que el médico queda absolutamente fuera del sistema y en el proceso de sustitución no se le permite ni tan siquiera opinar. Pensamos que los médicos españoles también somos europeos.

Prescripción por DOE o DCI

No valoraremos la importancia de la prescripción por principio activo en relación con una filosofía encaminada al incremento del uso de especialidades farmacéuticas genéricas, sino los problemas que esta medida, tomada en virtud de factores principalmente económicos, puede acarrear sobre la terapéutica farmacológica.

Anteriormente hemos expresado que los estudios de bioequivalencia son las únicas pruebas, desde un punto de vista científico, que pueden valorar la intercambiabilidad de dos medicamentos. Además, hemos hecho constar que incluso estos estudios presentan problemas desde del punto de vista metodológico que pueden invalidar la opción de sustitución. Nos referimos, entre otros, a aquellos fármacos que presenten una cinética no lineal, fármacos con estrecho rango terapéutico, especialidades farmacéuticas que se presentan para administración en forma retardada o incluso fármacos que pueden ver alterada su absorción en presencia de alimentos (no todos los estudios de bioequivalencia han tenido en cuenta esta circunstancia). En definitiva, y desde una perspectiva muy simplista, entre los distintos medicamentos varía el excipiente y éste, en muchos casos, es pieza clave en el tiempo necesario para la liberación y disolución del principio activo y por tanto en su biodisponibilidad. Sin olvidar que el propio excipiente puede potencialmente ser causa de efectos adversos, bien directamente o interfiriendo en los mecanismos de eliminación del principio activo.

Evidentemente los medicamentos “copias” ni siquiera deberían entrar en el debate de la pertinencia o no de realizar la prescripción por principio activo. El principal motivo reside en que estos medicamentos, aunque calificados de intercambiables, no han realizados estudios de bioequivalencia. Por lo tanto, su biodisponibilidad con respecto al medicamento de referencia no está documentada y aunque teóricamente puedan presentar un similar perfil de eficacia y seguridad, no se ha demostrado con los criterios metodológicos adecuados.

Por lo tanto, no parece descabellado afirmar que las especialidades farmacéuticas no bioequivalentes, los fármacos con estrecho rango terapéutico, aquellos que presentan una cinética no lineal y los medicamentos con principios activos no evaluados mediante estudios de bioequivalencia (“copias”), junto a

aquellos formulados para realizar un efecto retardado, no deberían formar parte de las listas de prescripción por principio activo.

En definitiva, más que una corriente de prescripción por principio activo, que persigue casi exclusivamente una disminución del gasto farmacéutico (aún por demostrar, como comentaremos a continuación), habría que afrontar un mayor esfuerzo para potenciar el uso de especialidades farmacéuticas genéricas. Para ello hay que favorecer la desaparición de los medicamentos “copias” dentro de los grupos homogéneos, de forma que las sigla “EQ” realmente manifiesten una bioequivalencia en términos de biodisponibilidad. Por último, resaltar que hay que facilitar al prescriptor su labor. Los problemas de intercambiabilidad, apuntados anteriormente, para algunos fármacos, así como la presencia de distintos excipientes en las diferentes especialidades que contienen un mismo principio activo, hacen deseable que el médico puede elegir libremente el medicamento que considere adecuado para su paciente, de forma que no existan factores externos que puedan poner en peligro un determinado planteamiento terapéutico farmacológico. La prescripción por principio activo adoptada por algunas administraciones sanitarias, limita la capacidad del médico en cuanto a la prescripción, a la vez que abre camino a la decisión del farmacéutico, a menudo desconectado de la situación clínica del paciente y sujeto, como no, a interferencias ajenas al planteamiento terapéutico propuesto por el médico.

Desde el punto de vista farmacológico, existe un numeroso grupo de fármacos y, en ocasiones, grupos terapéuticos que muestran enormes dificultades para generalizar la sustitución entre medicamentos que contengan esos principios activos. Y, como ya se ha comentado, no solo por el fármaco que contienen sino también por la forma de presentación en la que se ofrece. En este sentido, las formulaciones de liberación sostenida aportan un nuevo factor a tener en cuenta, ya que modifican la liberación del principio activo, por lo que las concentraciones séricas pueden ser modificadas por un mayor número de factores, entre ellos la alimentación o la administración concomitante de otros fármacos, todo lo cual puede determinar fluctuaciones excesivas en los niveles del fármaco en cuestión.

Como ya se ha expresado en este documento, existen algunas limitaciones importantes en los estudios de bioequivalencia. En este sentido, existen estudios contradictorios en relación con la bioequivalencia de algunos medicamentos genéricos respecto al de referencia. Esto ha llevado a recomendar no sustitución de fármacos que posean un estrecho margen terapéutico, o que sufran un metabolismo presistémico importante o que necesiten un ajuste de dosis frecuente (entre ellos fármacos con cinética no lineal) (20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27):

- Antiepilépticos

- Teofilinas
- Antiarrítmicos

Para algunos fármacos se recomienda la no sustitución sin autorización del prescriptor:

- Insulinas
- Anticoagulantes orales
- Factores VIII y IX hemostáticos
- Glucósidos cardíacos y combinaciones
- Medicamentos sometidos a especial control médico (etretinato, ácido acetohidroxámico, clozapina)

Existen dudas razonables como para recomendar la no sustitución de muchos medicamentos, entre algunos ejemplos cabe destacar:

- AINEs: algunos fármacos que contienen ibuprofeno o piroxicam. En algunos casos por la presencia de enantiómeros con cinética no lineal, en otros por la diferente solubilidad observada entre los distintos preparados.
- Formulaciones de liberación prolongada para calcio-antagonistas, antiepilépticos o AINEs.
- Influencia de la ingesta de alimentos en relación con cambios en la absorción de los inhibidores de la bomba de protones o verapamilo.
- Fármacos que presenten un elevada tasa de extracción hepática (por encima del 70%), debido a que el polimorfismo genético que controla el metabolismo de fármacos puede condicionar que unos pacientes presente una metabolización distinta a la esperada.

La agencia de regulación americana (FDA) ha calificado a algunos fármacos como no sustituibles por presentar problemas documentados o potenciales de bioequivalencia:

- Aminofilina cp/Amitriptilina cp.
- Cortisona acetato iny.
- Dexametasona cp.
- Dexametasona acetato iny.
- Etinilestradiol cp.
- Fitonadiona iny.
- Levodopa cap., cp.
- Metilprednisolona acetato iny.
- Nortriptilina clorhidrato, cap.
- Prometazina cp.
- Teofilina cap.
- Teofilina cp.
- Estrógenos ésteres
- Estrógenos conjugados

En palabras de Guillermo Tena, presidente de la Asociación Española de Sustancias y Especialidades Farmacéuticas Genéricas, la prescripción por principio activo no se relaciona con un aumento en la utilización de especialidades farmacéuticas genéricas, debido fundamentalmente a que se persigue un objetivo marcadamente económica. Prueba de ello es el acuerdo firmado el año pasado entre el Servicio Andaluz de Salud y el Consejo Andaluz de Farmacéuticos, por el que los farmacéuticos se comprometieron a dispensar el medicamento más barato cuando la prescripción se hace por principio activo. Dicha medida no ha dado los frutos esperados y la comunidad andaluza no ha logrado implantar de manera efectiva las EFG, y muestra de ello es la baja cuota de mercado de genéricos de Andalucía, que en septiembre del pasado año alcanzó el 2,8 por ciento, situándose más de medio punto por debajo de la media nacional.

La Administración tiene que incentivar los mecanismos adecuados para que cada vez se prescriban más genéricos. No puede limitar la prescripción a principios activos porque ello no significa que en la farmacia se vaya a dispensar una EFG. Si tenemos varias formas de recetar un genérico, no debemos descartar ninguna, ya que el ahorro es el mismo, se prescriba principio activo más genérico o se prescriba también con el nombre de la compañía. Se debe dar al médico la suficiente libertad para prescribir como él considere,

concienciándolo de la importancia de que prescriba genérico. Tampoco debe implementar en el programa informático del que disponen los médicos de atención primaria, una disposición que oriente al médico hacia el medicamento más barato, incluso entre aquellos que se encuentran por debajo del precio de referencia, ya que solo persigue un objetivo económico y no de calidad en la prescripción. Una prescripción de calidad y el mejor uso del medicamento no deben estar sometidos exclusivamente a criterios economicistas, no se pueden contemplar como mejor opción un medicamento “copia” frente a la especialidad de referencia o a un genérico sólo porque aquel sea más barato. Ni convertir al farmacéutico del distrito sanitario en un agente fiscalizador de la prescripción desde un único punto de vista, el gasto farmacéutico.²

Al hilo de lo anteriormente comentado, la posibilidad de que sea el farmacéutico, en virtud del acuerdo anteriormente mencionado, quien decida que especialidad farmacéutica dispensada al paciente, abre la posibilidad de la entrada en juego de las bonificaciones. Esta es una estrategia comercial que cada compañía puede llevar a cabo y que solo queda al amparo de su actitud ética. En fechas pasadas, el Ministerio de Sanidad y Consumo emitió una circular advirtiendo que las bonificaciones eran ilegales, pero eso no basta. Es importante, en el momento en que nos encontramos, que lo aclare suficientemente, porque un mercado regulado tiene que ser transparente, y las indecisiones sobre determinados puntos que pueden ir a favor o en contra del genérico, como las bonificaciones, constituyen una fuente de incertidumbre difícil de solucionar.

Según Guillermo Tena, el ejemplo andaluz no es bueno para los genéricos porque, en esta comunidad, la prescripción por principio activo está en torno al 15 por ciento, del cual al menos un 12,2 por ciento corresponde a fármacos para los que no existe genérico. Con lo cual, Andalucía tiene en estos momentos una cuota de genéricos de un 2,8 por ciento, lo que supone que está todavía por debajo de la media nacional. Por ello, el sistema de dobles precios de referencia no es eficaz para una prescripción de genéricos ni para incrementar el ahorro. Nuevamente, el ejemplo de la Comunidad Autónoma Andaluza es claro, sólo se ha conseguido un ahorro de 4,5 millones cuando el ahorro previsto era aproximadamente de 60 millones de euros.

Bibliografía

1. Cabello MR, Tognoni G, Lucena MI. Farmacología clínica en atención primaria: un desafío necesario. *Med Clin (Barc)* 1996;107: 299-304.
2. Baos V. La calidad en la prescripción de medicamentos. *Inf Ter Sist Nac Salud* 1999, 23: 45-54.
3. Abadanes JC, Cabedo V, Cunillera R, García JJ, Jolín L, Martín M, Prados S, Vicens C. Factores que influyen en la prescripción farmacológica del médico de atención primaria. *Atención Primaria* 1998; 22 (8): 391-98.
4. Puche E, Saucedo R, García M, Bolaños J, Villa A. Estudio del botiquín familiar y algunas de sus características en la ciudad de Granada. *Med Clin (Barc)* 1982; 79: 118-121.
5. Arias A, Martín ML, Pardo L y cols. Botiquines familiares y estructura socio-sanitaria: estudio descriptivo de una muestra piloto. *Aten Prim* 1986; 3: 128-132.
6. Caamaño F, Figueiras A, Lade E, Gestal-Otero JJ. La automedicación: conceptos y perfil de sus usuarios. *Gac Sanit* 2000; 14: 294-299.
7. Hernández B, Eiros JM. Automedicación con antibióticos: una realidad vigente. *Centro de salud* 2001; 6: 357-64.
8. Baos V. Estrategias para reducir los riesgos de la automedicación. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2000; 24: 147-152
9. Laporte JR. Automedicación: ¿la información de los usuarios aumenta al mismo tiempo que el consumo? *Med Clin (Barc)* 1997;109: 795-796
10. Laporte JR, Carne X, Vidal X, Moreno V, Juan J. Upper gastrointestinal bleeding in relation to previous use of analgesics and non-steroidal antiinflammatory drugs. *Lancet* 1991; 337: 8589
11. González J, Orero A, Rodríguez ML. Uso de los antimicrobianos en la comunidad. *JANO* 1997; 1206 (supl): 4-8.
12. Orero A, González J, Prieto J. Antibióticos en los hogares españoles. Implicaciones médicas y socioeconómicas. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 782-85
13. Orero A, Ripoll MA, González J. Análisis de la automedicación con antibióticos en la población española. *Enf Infecc Microbiol Clin* 1998; 16: 328-332

14. Barat I, et al. Drug therapy in the elderly: what doctors believe and patients actually do. *Br J Clin Pharmacol* 200; 51: 615-622
15. Barat I, Andreasen F, Damsgaard EMS. The consumption of drugs by 75-year-old individuals living in their own homes. *Eur J Clin Pharmacol*. 2000; 56:501-509
16. Anónimo. Guidelines for the medical assesment of drugs for use in self-medication. World Health Organization (Regional Office for Europe). Copenhagen. 1986.
17. Rigueira AI. Cumplimiento terapéutico. ¿Qué conocemos en España?. *Atención Primaria* 2001; 27 (8): 559-68.
18. Márquez E, Casasado JJ, Márquez JJ. Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico. *FMC* 2001; 8 (8): 558-73.
19. Basterra M. El cumplimiento terapéutico. *Pharm Care Esp* 1999; 1: 97-106.
20. Bowers A. Regulatory considerations associated with the in vivo bioequivalence assessment of metered-dose inhalers. *Drug Inform J* 1995; 29: 941-959.
21. Pidgen A. Bioequivalence and generic prescribing: an industrial view. *Journal of pharmacy and Pharmacology* 1996; 48: 11-16.
22. Meredith PA. Generics drugs. Therapeutic equivalence. *Drug Safety* 1996; 15: 233-242.
23. Mehvar R, Jamali F. Bioequivalence of chiral drugs. *Clin Pharmacokinet* 1997; 33: 122-141.
24. Patanik RN, Lesko LJ, Chen ML, Williams RL and the FDA individual equivalence working group. Individual bioequivalence: new concepts in the statistical assessment of bioequivalence metrics. *Clin Pharmacokinet* 1997; 33: 1-6.
25. Abad F, Martínez E, Gálvez MA. Estudios de bioequivalencia: análisis y aspectos metodológicos. En: *El ensayo clínico en España*. A García ed. Farmaindustria, Serie Científica. Madrid 2001: 69-80.
26. Frías J, Guerra P, Soto A, Carcas A. Limitaciones de los estudios de bioequivalencia: aspectos prácticos. En: *El ensayo clínico en España*. A García ed. Farmaindustria, Serie Científica. Madrid 2001: 81-92.
27. García A, García M. Sustitución de medicamentos: equivalencias e inequivalencias. En: *El ensayo clínico en España*. A García ed. Farmaindustria, Serie Científica. Madrid 2001: 93-118.

43- Ética de la práctica de la acupuntura.

Introducción

La Acupuntura es una práctica especialmente popular dentro de las técnicas médicas no convencionales' Originaria de China en la actualidad se utiliza en al menos () países' En Bélgica el (#* del tratamiento de Acupuntura lo administran médicos occidentales' En Alemania el ((* de las clínicas contra el dolor proporcionan Acupuntura' En el Reino Unido\$ el #+* de los médicos occidentales recomiendan a sus pacientes un tratamiento de Acupuntura o tratan a sus pacientes con Acupuntura ellos mismos'

En muchos países desarrollados el uso cada vez mayor de la Acupuntura indica que existen otros factores que la avalan aparte de la tradición y el coste La preocupación sobre los efectos adversos de los fármacos químicos las cuestiones asociadas con los enfoques y su posiciones de la medicina occidental el mayor acceso del público a información sanitaria los cambios en los valores y la reducida tolerancia del paternalismo son algunos de ellos

La Organización Mundial de la Salud ha emitido directrices para ayudar a las autoridades sanitarias nacionales a establecer una reglamentación con respecto al conocimiento de la Acupuntura y la experiencia que se exige a los médicos y otro personal de salud que desee incluir la Acupuntura en su labor profesional en el marco de la Medicina occidental moderna.

Existen sentencias del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas que hacen referencia a que en ausencia de reglamentación específica para técnicas terapéuticas complementarias la ley a seguir se mantendrá en los límites del ejercicio médico. Los Servicios Nacionales de Salud de Alemania Francia Bélgica Reino Unido y Suiza reembolsan los gastos por tratamiento por Acupuntura.

Motivos de la Declaración

La utilización de la Acupuntura en la atención médica moderna supone sacarla de su contexto tradicional y aplicarla como técnica terapéutica para un número limitado de afecciones en las cuales tiene una eficacia demostrada sin necesidad de conciliar las teorías en las cuales se basan la medicina moderna y la medicina tradicional china.

En nuestro país el colectivo de médicos que practican la acupuntura está formado por facultativos que en su práctica habitual incluyen la Acupuntura tanto en el sistema privado como en el público ampliando así las posibilidades de aplicar una terapia adecuada a la patología del paciente.

La Medicina es ciencia y arte de ahí que sin perjuicio de la obligación que tiene el médico de prestar cuidados actualizados concienzudos y atentos y el derecho de los pacientes a recibir cuidados seguros y contrastados por la ciencia médica uno de los derechos irrenunciables del médico es la libertad de prescripción para el mejor tratamiento de sus pacientes' El médico en el ejercicio de esa libertad de prescripción responde ante la sociedad los enfermos y sus compañeros de profesión de acuerdo con lo establecido en las normas jurídicas y deontológicas.

En los últimos años un número importante de Colegios Oficiales de Médicos cuentan con una Sección Grupo de Trabajo o similar que agrupa a los médicos que practican la acupuntura' Los Colegios deben poner los medios para comprobar y garantizar un grado de formación adecuado de esos profesionales de manera que se puedan acreditar en tanto no exista una legislación a nivel nacional.

Desde hace muchos años la Acupuntura es una práctica corriente en nuestro país; al amparo de Colegios de Médicos Academias de Medicina y los Masters en Universidades se está impartiendo su enseñanza sin que exista regulación y control oficial para la práctica y la docencia.

Por todo lo anterior la Comisión Central de Deontología no entra a juzgar la eficacia de la Acupuntura como técnica terapéutica la Organización Médica Colegial ha de regular aquellos aspectos deontológicos particulares que conlleva su práctica' Esta actividad ha sido reconocida y aceptada por la Organización Mundial de la Salud como un método útil en la actividad médica y viene avalada por una práctica continuada a lo largo de los siglos'

Conceptos y definiciones

Por Acupuntura se entiende no sólo la inserción de agujas delgadas sólidas\$ metálicas\$ a través de la piel en los puntos correspondientes\$ para la prevención o tratamiento de la enfermedad\$ sino que puede incluir asimismo acupresión electroacupuntura acupuntura con láser moxibustión (aplicación local y focalizada de calor en los puntos de acupuntura usando una sustancia combustible pulverizada y comprimida) y aplicación de ventosas\$ que son técnicas terapéuticas relacionadas de la Medicina Tradicional China'

La acupuntura es un método terapéutico que tiene por base los siguientes principios:

- Principio Diagnóstico: por el cual aplicándola teoría de la materia médica en medicina tradicional china con su terminología específica se llega a un diagnóstico para la aplicación de un principio terapéutico.
- Principio Terapéutico: por el que se aplican diferentes técnicas terapéuticas poniendo en marcha una serie de sistemas tendiendo a la curación y reequilibrio de los mismos.
- Principio Preventivo: el diagnóstico de la medicina tradicional china ayuda por medio del adecuado análisis clínico a proporcionar una serie de medidas preventivas recomendaciones dietéticas etc. con el fin de prevenir la enfermedad.

De los tres principios anteriores se desprende que la Acupuntura es una práctica médica ya que requiere un diagnóstico previo a la instauración del principio terapéutico que marcará la técnica a utilizar la prescripción de puntos y el modo de manipulación o las técnicas necesarias para prevenir la enfermedad en cada paciente concreto.

Como indica la Ley 41/1979, de 13 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias en su artículo 1.º a corresponde a los Licenciados en Medicina la indicación y realización de las actividades dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud a la prevención de las enfermedades y al diagnóstico tratamiento terapéutica y rehabilitación de los pacientes así como al enjuiciamiento y pronóstico de los procesos objeto de atención &

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

Es evidente que los bienes jurídicos en juego\$ tanto públicos como privados\$ exigen un control de la práctica y una regulación de la formación por parte del Estado\$ teniendo en cuenta los criterios del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos.

Aspectos Deontológicos y Profesionales

El médico que practica la Acupuntura está sujeto en todo a lo indicado en el Código de Ética y Deontología Médica.

Dada la peculiaridad de esta técnica terapéutica y de los actuales sistemas docentes es necesario matizar y determinar algunos aspectos particulares que requieren especial atención.

El Código de Ética y Deontología Médica de &... deja claro en su art' !&'! la obligación del médico que practica la acupuntura de informar a los pacientes de la necesidad de no abandonar el tratamiento fundamental caso de que lo hubiere.

Igualmente deberá mantener al día sus conocimientos sobre los mecanismos de acción de la Acupuntura que se vayan descubriendo para integrarlos con los de la medicina occidental convencional (artículo \$* del CEDM)"

El médico no utilizará ninguna de las técnicas de la medicina tradicional china en las que no esté suficientemente entrenado"

El enfermo que se somete a esta modalidad de tratamiento debe tener la seguridad de que es tratado por un conocedor de la patología médica que aplicará estas técnicas desde un diagnóstico diferencial preciso; además debe tener la garantía de que el que las aplica las conoce y se ha sometido al mismo control exigido para la práctica médica convencional"

Cuando un paciente requiere otra indicación terapéutica clara se le debe comunicar y remitirlo al especialista correspondiente.

Proporcionar falsas esperanzas alargar sin justificación un tratamiento o indicar el abandono de otros tratamientos útiles para el paciente son acciones éticamente reprobables

Antes de iniciar un tratamiento debe obtener el Consentimiento Informado del paciente preferentemente por escrito. En concreto se debe informar con claridad al paciente sobre las peculiaridades de la técnica o técnicas que se vayan a emplear número de sesiones previstas beneficios esperados y evolución probable También se deben comentarlos efectos adversos que

pueden producirse según las características propias del paciente y la posibilidad de que el tratamiento pueda exacerbar algún síntoma al inicio del mismo.

Teniendo en cuenta el bien superior del paciente el médico que practica la Acupuntura siempre debe cooperar en todo lo posible con el médico de atención primaria o el especialista que atienden habitualmente la salud del paciente. Puede suceder que algunos pacientes no deseen que su médico de cabecera sepa que está siendo tratado con técnicas médicas no convencionales; se debe respetar su deseo de confidencialidad aunque es prudente animarle a que se lo comunique ya que el tratamiento con Acupuntura puede reducir o cambiar las necesidades de fármacos"

La publicidad de un médico que practica la acupuntura se regirá por las normas deontológicas generales que la rigen; ha de ser objetiva prudente y veraz sin ánimo de comparación con otros profesionales sanitarios especialmente teniendo en cuenta que# en la actualidad la acupuntura es objeto de un intrusismo intenso# que utiliza una publicidad engañosa"

Conclusiones

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

Siguiendo las propuestas de la Organización Mundial de la Salud corresponde al Gobierno de la Nación la regulación de la práctica y docencia de la Acupuntura con el previo asesoramiento de la Organización Médica Colegial"

44- Guía de sedación paliativa

GUIA DE SEDACIÓN PALIATIVA

ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL (OMC)

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS (SECPAL)

INTRODUCCIÓN

La Medicina Paliativa comenzó a desarrollarse en Reino Unido en la década de los sesenta y en España en los ochenta. Se trata, por lo tanto, de un área asistencial cuyo desarrollo científico es muy joven. A pesar de ello se han hecho avances importantes en todos los sentidos. Se han incrementado notablemente, sobre todo estos últimos años, el número de recursos específicos, la capacitación de profesionales y también la investigación. Se ha avanzado mucho en el control de los síntomas, aspecto clave en Medicina Paliativa y han aparecido nuevos fármacos, sobre todo analgésicos, que facilitan mucho el alivio del dolor al final de la vida. Sin embargo todavía hay algunos enfermos que, a pesar de todo, tienen en algún momento de la evolución de su enfermedad (oncológica o no), uno o más síntomas refractarios al tratamiento que le provocan un sufrimiento insoportable¹⁶.

La necesidad de disminuir la conciencia de un enfermo en las horas anteriores de su muerte ha sido y es objeto de controversia, en sus aspectos clínicos, éticos, legales y religiosos. Además, quienes no conocen las indicaciones y la técnica de la sedación o carecen de experiencia en medicina paliativa, pueden confundirla con una forma encubierta de eutanasia.

La mejor manera de afrontar los casos de petición de eutanasia y su aceptación social, es la correcta formación de los médicos y el desarrollo de los cuidados paliativos, de forma que ningún enfermo sufra innecesariamente al final de la vida.

Por ese motivo, la OMC y la SECPAL han elaborado este documento que puede servir de guía para la buena praxis y para la correcta aplicación de la sedación paliativa.

¹⁶ ¹⁶ La necesidad de sedación paliativa se puede estimar en torno al 20% de los pacientes atendidos por unidades de cuidados paliativos, aunque el rango en la bibliografía presenta amplias variaciones.

DEFINICIÓN

La ***sedación paliativa*** es la disminución deliberada del nivel de conciencia del enfermo mediante la administración de los fármacos apropiados con el objetivo de evitar un sufrimiento intenso causado por uno o más Síntomas refractarios.

Puede ser continua o intermitente y su profundidad se gradúa buscando la el nivel de sedación mínimo que logre el alivio sintomático.

La ***sedación paliativa en la agonía*** es la sedación paliativa que se utiliza cuando el enfermo se encuentra en sus últimos días u horas de vida para aliviar un sufrimiento intenso. En esta situación la sedación es continua y tan profunda como sea necesario para aliviar dicho sufrimiento.

GLOSARIO DE TÉRMINOS¹⁷

Consentimiento informado

La Ley 41/2002 de 14 de noviembre lo define 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 afecta a su salud”*.

La autonomía es un derecho de los enfermos que el médico debe respetar. Evitar el paternalismo tradicional no debe conducir al abandono del paciente en la toma de decisiones, que ha de realizarse en el contexto de una relación clínica cooperativa.

No debemos olvidar que el derecho del enfermo a recibir información clara y comprensible de su situación, tiene excepciones, como por ejemplo, cuando el enfermo renuncia al derecho a ser informado o cuando el médico, dadas las circunstancias personales del paciente, considera que le puede hacer más daño que beneficio. No tener en cuenta estos aspectos puede conducir a la *“obstinación informativa”* altamente indeseable por el daño que puede ocasionar.

¹⁷ Organización Médica Colegial. Atención médica al final de la [vida. Conceptos. 2009.](http://www.cgcom.org)

En las situaciones al final de la vida no se recomienda, sin embargo, la firma de ningún documento de consentimiento a la sedación paliativa, aunque es preceptivo que el proceso de toma de decisiones figure con el máximo detalle en la historia clínica del paciente.

Enfermedad incurable avanzada

Enfermedad de curso gradual y progresivo, sin respuesta a los tratamientos curativos disponibles, que evolucionará hacia la muerte a corto o medio plazo en un contexto de fragilidad y pérdida de autonomía progresivas. Se acompaña de síntomas múltiples y provoca un gran impacto emocional en el enfermo, sus familiares y en el propio equipo terapéutico.

Enfermedad o situación terminal

Enfermedad incurable, avanzada e irreversible, con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses.

Situación de agonía

La que precede a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual, y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad de relación e ingesta y pronóstico de vida limitado a horas o días. Se recomienda identificar y registrar en la historia clínica los signos y síntomas propios de esta fase.

Síntoma refractario

Aquel que no puede ser adecuadamente controlado con los tratamientos disponibles, aplicados por médicos expertos, en un plazo de tiempo razonable (y en la fase agónica, breve). En estos casos el alivio del sufrimiento del enfermo requiere la disminución de la conciencia.

Síntoma difícil

Se refiere a un síntoma que para su adecuado control precisa de una intervención terapéutica intensiva, más allá de los medios habituales, tanto desde el punto de vista farmacológico, instrumental y/o psicológico.

A la hora de tomar decisiones terapéuticas que contemplan la sedación paliativa es esencial diferenciar el síntoma *difícil* del síntoma *refractario*,

Cuidados paliativos

Conjunto coordinado de intervenciones sanitarias dirigidas, desde un enfoque integral a la promoción de la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, afrontando los problemas asociados con una enfermedad terminal mediante la prevención y el alivio del sufrimiento así como la identificación, valoración y tratamiento del dolor, y otros síntomas físicos y psicosociales.

INDICACIONES DE LA SEDACIÓN PALIATIVA

La sedación se ha de considerar actualmente como un tratamiento adecuado para aquellos enfermos **que son presa de sufrimientos intolerables y no han respondido a los tratamientos adecuados.**

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

Las indicaciones más frecuentes de sedación son las situaciones extremas de delirium hiperactivo, náuseas/vómitos, disnea, dolor, hemorragia masiva y ansiedad o pánico, siempre que no hayan respondido a los tratamientos indicados y aplicados correctamente durante un tiempo razonable.

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, ni como “eutanasia lenta” o “eutanasia encubierta” (no autorizada por nuestro código profesional ni por las leyes actualmente vigentes).

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

1. La aplicación de *sedación paliativa* exige del médico, la comprobación cierta y consolidada de las siguientes circunstancias:
 - a) Que existe un sufrimiento intenso causado por síntomas refractarios. Que el enfermo o, en su defecto la familia, ha otorgado el adecuado consentimiento informado de la sedación paliativa.¹⁸
 - b) Que el enfermo ha tenido oportunidad de satisfacer sus necesidades familiares, sociales y espirituales.
2. En el caso de la *sedación en la agonía* se requiere, además, que los datos clínicos indiquen una situación de muerte inminente o muy próxima.

Si tuviera dudas de la citada indicación, el médico responsable deberá solicitar el parecer de un colega experimentado en el control de síntomas.

¹⁸ Ley 41/2002, de Autonomía del Paciente. Art.9.3ª

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.

Como en cualquier otro tratamiento se debe realizar una evaluación continua del nivel de sedación en el que se encuentra y necesita el enfermo. Se recomienda para este fin la escala de Ramsay (Tabla I). En la historia clínica y en las hojas de evolución deberán registrarse con el detalle necesario los datos relativos al ajuste de las dosis de los fármacos utilizados, a la evolución clínica de la sedación en la agonía y a los cuidados básicos administrados.

Tabla I: Evaluación sistemática del nivel de sedación con la escala de Ramsay:

Nivel I	Agitado, angustiado
Nivel II	Tranquilo, orientado y colaborador
Nivel III	Respuesta a estímulos verbales
Nivel IV	Respuesta rápida a la presión glabellar o estímulos dolorosos
Nivel V	Respuesta perezosa a la presión glabellar o estímulos dolorosos
Nivel VI	No respuesta

Es un deber deontológico abordar con decisión la sedación en la agonía, incluso cuando de ese tratamiento se pudiera derivar, como efecto secundario, una anticipación de la muerte^{19, 20}.

El inicio de la sedación paliativa no descarga al médico de su deber de continuidad de los cuidados. Aunque esta sedación pueda durar más de lo

¹⁹ Art. 27.1 del Código de Ética y Deontología Médica.

²⁰ Existen pruebas de que una sedación bien indicada y bien llevada cabo, no acorta la vida (Morita Tsunoda J, Inoue S, Chilara S. Effects of high doses opioids and sedateives on survival in terminally Ill cancer patients. J Pain Symptom Manage. 2001;21(4):282---289.

previsto inicialmente, no pueden suspenderse los cuidados básicos e higiénicos exigidos por la dignidad del moribundo, por el cuidado y el aseo de su cuerpo²¹. Igualmente, es necesario transmitir a la familia que el enfermo adecuadamente sedado no sufre.

SEDACIÓN O EUTANASIA

La Ética y la Deontología Médica establecen como deberes fundamentales respetar la vida y la dignidad de todos los enfermos, así como poseer los conocimientos y la competencia debidos para prestarles una asistencia de calidad profesional y humana.

Estos deberes cobran una particular relevancia en la atención a los enfermos en fase terminal, a quienes se les debe ofrecer el tratamiento paliativo que mejor contribuya a aliviar el sufrimiento, manteniendo su dignidad, lo que incluye la renuncia a tratamientos inútiles o desproporcionados de los que sólo puede esperarse un alargamiento penoso de sus vidas.

Existe una clara y relevante diferencia entre sedación paliativa y eutanasia si se observa desde la Ética y la Deontología Médica. La frontera entre ambas se encuentra en la intención, en el procedimiento empleado, y en el resultado. 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.

PROCEDIMIENTO

Es recomendable que la sedación se lleve a cabo en el lugar en que está siendo atendido el enfermo, ya sea en el hospital o en el domicilio y que sea aplicada por su médico. En el caso de que éste no se considere capacitado para ello, solicitará la ayuda a un equipo de cuidados paliativos o a un médico con la suficiente experiencia para ello.

²¹ Respecto del mantenimiento de la nutrición y la hidratación durante la sedación, es preciso valorar individualmente cada caso, y diferenciar claramente entre sedación paliativa y sedación paliativa en la agonía. En la sedación paliativa, dada su reversibilidad, suele recomendarse mantener la hidratación

Y la nutrición, siempre y cuando éstas no su hubieran considerado como fútiles antes de ser necesaria la sedación. En la sedación paliativa en la agonía, puede mantenerse la hidratación dado que ésta aumenta la eficacia de los medicamentos, pero no está indicada, en general, la nutrición.

Elección del fármaco y la vía adecuados

Los fármacos de elección en la sedación paliativa son, por este orden, las *benzodiazepinas* (midazolam), los *neurolépticos sedativos* (clorpromazina iv o levomepromazina sc) los anticonvulsivantes (fenobarbital im o sc) y los *anestésicos* (propofol iv). En el caso de la sedación paliativa en la agonía hay que valorar la retirada de los fármacos que ya no sean necesarios.

El midazolam es siempre la primera opción, excepto cuando el síntoma refractario es el delirium, siendo en este caso de elección la levomepromacina. El midazolam puede usarse por vía subcutánea o endovenosa. La vía endovenosa, por lo general, se reserva para casos de urgencia (asfixia, hemorragia masiva, etc.) o cuando el enfermo ya tiene una vía venosa canalizada por otros motivos.

El *midazolam* tiene una dosis techo aproximada de 150 a 200 mg diarios, a partir de la cual pueden producirse reacciones aradójicas. Existen formulaciones con diferentes concentraciones, por lo que se recomienda pautar siempre en mg y no en ml. Las presentaciones de uso más frecuente son las ampollas con 15 mg en 3 ml ó 50 mg en 10 ml.

La *levomepromacina* se usa como primera opción en casos de delirio refractario, y como segunda opción cuando fracasa la sedación con midazolam. Puede usarse por vía subcutánea o endovenosa. La levomepromacina tiene una dosis techo de aproximadamente 300 mg diarios. La presentación es de ampollas de 25 mg en 1 ml.

El *fenobarbital* o el *propofol* se utilizan en el medio hospitalario y bajo prescripción y seguimiento de un médico experto, cuando en la sedación paliativa fracasan las técnicas anteriores.

Sedación con midazolam por vía subcutánea

La dosis de inducción es de 2,5 a 5 mg cada 4 horas, administrada en bolo, individualizando la dosis dentro de ese rango en función del estado de consciencia de partida y de la fragilidad del paciente.

En caso de pacientes que hayan desarrollado tolerancia a benzodiazepinas por tratamientos previos, la dosis de inducción será de 5 a 10 mg.

Si tras la dosis de inducción el paciente presenta agitación, o mantiene el síntoma refractario, se administra una dosis de rescate extra igual a la dosis de inducción inicial.

Puede repetirse la dosis de rescate tantas veces como se precise hasta alcanzar la sedación, siempre teniendo en cuenta que el inicio de la acción por vía subcutánea requiere de 10 a 15 minutos, y que la vida media del midazolam puede fluctuar entre 2 y 5 horas.

Tras 24 horas de inducción, se calcula la dosis de infusión continua, sumando todas las dosis (inducción + rescates) administradas en las últimas 24 horas, obteniendo así la cantidad a cargar en un infusor de 24 horas, o bien dividiendo dicha cantidad total entre 24, obteniendo así los mg/hora a administrar mediante bomba de infusión continua. Las dosis extra de rescate serán de aproximadamente 1/6 de la dosis total diaria, y se podrán seguir utilizando durante todo el procedimiento de la sedación.

Sedación con midazolam por vía endovenosa

En este caso la dosis de inducción se calcula administrando entre 1,5 y 3,5 mg en bolo lento, repitiendo la dosis cada 5 minutos hasta alcanzar el nivel de sedación mínimo con el que se logre el alivio del síntoma refractario. La suma de las dosis que han sido necesarias se denomina dosis de inducción. Dicha dosis de inducción, multiplicada por seis, será la dosis a administrar en infusión continua durante las siguientes 24 horas. Las dosis de rescate serán las mismas que la dosis de inducción y se añadirán tantas veces como sean precisas.

Tras 24 horas se calculará el ritmo de la bomba de infusión endovenosa continua en mg/h de la misma forma que se ha propuesto para la sedación subcutánea. Las dosis extra de rescate se pueden seguir utilizando durante todo el procedimiento de sedación.

Sedación con levomepromacina por vía subcutánea

Si el paciente está bajo intento de sedación previa con midazolam, debe reducirse la dosis de éste fármaco un 50% en el día de la inducción con levomepromacina, intentando rebajar la dosis de midazolam progresivamente en los días posteriores, según sea la respuesta clínica.

Se calcula la dosis de inducción de forma similar al midazolam, con dosis iniciales de 12,5 a 25 mg, aunque utilizando mayor intervalo de tiempo (6 a 8 horas), dado que la vida media de éste fármaco es mayor (de 15 a 30 horas). La dosis diaria de infusión continua será la suma de las dosis administradas en las primeras 24 horas, siendo habitualmente esta dosis de aproximadamente 100 mg diarios.

Sedación con clorpromacina por vía endovenosa

Se calcula la dosis de inducción también de forma similar al midazolam, con dosis iniciales de 12,5 a 25 mg, utilizando intervalos de 6 a 8 horas. La dosis de mantenimiento suele ser de 12,5 a 50 mg cada 6 a 8 horas, con una dosis techo de 300 mg diarios.

Sedación con fenobarbital por vía subcutánea o intramuscular

Antes de iniciar la inducción con fenobarbital, hay que suspender el tratamiento con benzodiazepinas y neurolépticos, y reducir el tratamiento opioide al menos a la mitad de la dosis.

La dosis inicial de inducción es de 100 mg y hay que esperar al menos 2 horas a que alcance su concentración plasmática máxima. La dosis total suele ser de 600 mg en el primer día, en perfusión continua subcutánea, ajustando en los sucesivos hasta alcanzar una sedación adecuada.

Sedación con fenobarbital por vía endovenosa

La dosis de inducción es de 2 mg/kg (administración lenta), y la dosis de mantenimiento suele establecerse en 1 mg/kg/hora.

Sedación con propofol por vía endovenosa

Debe realizarse siempre bajo supervisión médica experta en el manejo de éste fármaco y en el medio hospitalario, por lo que no es objeto de descripción en esta guía de uso general.

Utilización de otros fármacos durante la sedación

En el caso de la sedación paliativa, dada su reversibilidad, puede ser prudente mantener todos aquellos fármacos pautados previamente, siempre que no se considere extraordinario su uso. En el caso de la sedación en la agonía, se recomienda mantener durante la sedación algunos fármacos esenciales. Entre ellos los anticolinérgicos (con la indicación de antiseoretos bronquiales), o los opioides, que no deben ser retirados durante la sedación, aunque puede reducirse su dosis.

Los anticolinérgicos más usados son el n-butilbromuro de hioscina (ampollas de 20 mg en 1 ml) o la escopolamina bromhidrato (ampollas de 0,5 mg en 1 ml).

Es muy probable que además haya que utilizar con frecuencia algún otro fármaco. Tal es el caso de la hioscina para evitar las secreciones bronquiales o la morfina, sobre todo si el paciente ya la estaba recibiendo en esos momentos.

- ❖ HIOSCINA. Para prevenir/tratar las secreciones bronquiales (estertores premortem) y por su capacidad sedante.
 - N-butilbromuro de hioscina
 - 20 mg en ampollas de 1 ml.
 - Dosis: 20 a 40 mg cada 8 horas (IV o SC)
 - Escopolamina bromhidrato
 - 0,5 mg en ampollas de 1 ml.
 - Dosis: 0,5 a 1 mg cada 4 horas (IV o SC)

- ❖ MORFINA. Tiene capacidad sedante y, por supuesto, no retirarla nunca si el enfermo ya la estaba recibiendo.

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Tras la iniciación de la sedación, las recomendaciones se pueden agrupar en tres²²:

1. Revisar periódicamente el nivel de sedación según la Escala de Ramsay (tabla 1): movimientos espontáneos faciales o corporales, repuesta a estímulos (despertar tranquilo o angustiado, movimientos erráticos).
2. Evaluar y dejar constancia en la historia clínica de la evolución: temperatura, secreciones, frecuencia respiratoria, diámetro pupilar.
3. Evaluar constantemente el estado emocional de la familia, dejando también constancia en la historia clínica. Proporcionar siempre presencia, comprensión, disponibilidad y privacidad (habitación individual).

CONCLUSIÓN

La sedación paliativa implica, para el enfermo, una decisión de profundo significado antropológico: la de renunciar a experimentar conscientemente la propia muerte. Tiene también para su familia importantes efectos psicológicos y afectivos. Tal decisión ha de ser resultado de una deliberación sopesada y una reflexión compartida acerca de la necesidad de disminuir el nivel de conciencia del enfermo como estrategia terapéutica.

Además, la sedación ha de estar siempre bien indicada y bien efectuada, siendo los elementos fundamentales el consentimiento, la administración de fármacos a dosis adecuadas, y la evaluación.

Madrid, 29 octubre 2011

²² Protocolo de sedación paliativa. Hospital Virgen Macarena. Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud. 2011

45- Conceptos "Atención Médica al Final de la Vida"

Grupo de trabajo “Atención médica al final de la vida” (23)

INDICE

1. **Introducción**

2. **Aspectos éticos**

Eutanasia Eutanasia pasiva Eutanasia indirecta Eutanasia involuntaria
Suicidio médicamente asistido Limitación del esfuerzo terapéutico
Obstinación terapéutica Abandono Buena práctica médica Morir con
dignidad

3. **Autonomía del paciente**

Consentimiento informado Documento de instrucciones previas

4. **Situaciones clínicas**

Enfermedad incurable avanzada Enfermedad o situación terminal. Situación
de agonía Síntoma refractario Sedación paliativa Cuidados Paliativos

1-INTRODUCCIÓN

Las palabras y el lenguaje no son meros envoltorios para el que habla o escribe, sino potentes instrumentos para acceder a la realidad de lo que son las cosas. Este hecho lleva a considerar como trascendentes los conceptos que en “**Atención Médica al Final de la Vida**” se pueden manejar.

Parece conveniente que exista un lenguaje común que asigne a las palabras un significado preciso para ayudar a los médicos en su práctica profesional. Esta unidad formal del lenguaje también derivará en beneficio para todos ya que la sociedad recibirá ideas y conceptos con las mismas palabras.

En definitiva, este documento pretende ser una ayuda que, aportando claridad y uniformidad a los conceptos, facilite la deliberación ética y la comunicación en esta fase particularmente delicada de la vida.

2. ASPECTOS ETICOS

2.1. Eutanasia

Entendemos que el concepto de eutanasia debe incluir exclusivamente la acción u omisión, directa e intencionada, encaminada a provocar la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada o terminal, a petición expresa y reiterada de ésta.

Aunque etimológicamente signifique “buena muerte”, actualmente es un término circunscrito a la anterior definición.

2.2. Eutanasia pasiva

Se ha definido como la interrupción o no inicio de medidas terapéuticas inútiles o innecesarias en un enfermo que se encuentre en situación de enfermedad terminal.

Para evitar confusiones, éste término no debería utilizarse, ya que estas actuaciones no constituyen ninguna forma de eutanasia y deben considerarse como parte de la buena práctica médica.

2.3. Eutanasia indirecta

Aconsejamos retirar el término, ya que está mejor definido por el principio del *doble efecto*.

Se entiende por *doble efecto* el principio ético por el cual se permite un determinado tratamiento que puede tener un efecto beneficioso y otro perjudicial, siempre y cuando éste último no haya sido buscado de forma intencionada por el médico y el resultado final sea beneficioso o neutro para el enfermo.

2.4. Eutanasia involuntaria

Sería aquella que se aplica a un enfermo sin que éste lo haya solicitado. Ningún código ético ni penal lo acepta y, por lo tanto, no debería ser ni siquiera objeto de discusión.

2.5 Suicidio médicamente asistido

Consiste en la ayuda intencionada de un médico a la realización de un suicidio, ante la demanda de un enfermo competente 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.

2.6. Limitación del esfuerzo terapéutico

Con este concepto se suele hacer referencia a la retirada o no instauración de un tratamiento porque, a juicio de los profesionales sanitarios implicados, el mal pronóstico del paciente lo convierte en algo innecesario que solo contribuye a prolongar en el tiempo una situación clínica que carece de expectativas razonables de mejoría.

Nos parece que dicho término es confuso y debe evitarse ya que no se trata en absoluto de ninguna limitación de tratamientos sino de una reorientación en los objetivos.

2.7. Obstinación terapéutica

Consiste en la aplicación de medidas no indicadas, desproporcionadas o extraordinarias con el objetivo de alargar innecesariamente la vida. Estas medidas pueden llamarse también tratamientos inútiles o fútiles.

La aplicación por parte del médico de estos tratamientos, generalmente con objetivos curativos, son una mala práctica médica y una falta deontológica.

Las causas de obstinación pueden incluir las dificultades en la aceptación del proceso de morir, el ambiente curativo, la falta de formación, la

demanda de enfermo y familia, o la presión para el uso de tecnología diagnóstica o terapéutica.

Entre sus consecuencias, podemos destacar la frustración de los profesionales y de los enfermos y sus familiares, además de la ineficiencia debida al uso inadecuado de recursos.

Es preferible evitar el término “*encarnizamiento*” porque presupone una cierta intencionalidad negativa por parte de quien lo efectúa.

2.8. Abandono

Se trata de la falta de atención adecuada a las necesidades del enfermo y su familia.

Entre sus motivos destacan la falsa idea de que “ya no hay nada que hacer” y una formación insuficiente en cuidados paliativos, así como el miedo o sensación de fracaso del profesional

Es el otro extremo de la obstinación y constituye, igualmente, una falta deontológica y una mala práctica médica.

Probablemente muchas de las demandas de eutanasia son realmente deseos anticipados de morir, que pueden tener su origen en un mayor o menor abandono por parte de quienes deberían atenderle profesional y humanamente.

2.9. “Buena práctica” médica

En la atención al final de la vida, podemos considerar buena práctica médica aquella dirigida a conseguir unos objetivos adecuados, basados en la promoción de la dignidad y calidad de vida del enfermo.

Los medios para ello comprenden la atención integral al enfermo y familiares, el óptimo control de los síntomas, el soporte emocional y una adecuada comunicación. Todos estos principios constituyen la esencia de los cuidados paliativos.

La buena práctica médica incluye así mismo la aplicación de medidas terapéuticas proporcionadas, evitando tanto la obstinación como el abandono, el alargamiento innecesario y el acortamiento deliberado de la vida.

2.10. Morir con dignidad

Dado que la muerte ocurre en un solo instante, “morir dignamente” supone vivir dignamente hasta el último momento.

Ello requiere la consideración del enfermo como ser humano hasta el momento de la muerte, el respeto a sus creencias y valores así como su participación en la toma de decisiones mediante una relación cercana y sincera con el equipo asistencial.

Comúnmente se asocia el hecho de morir con dignidad cuando no existe dolor ni otros síntomas relevantes. Pero hay que tener en cuenta otros factores igualmente importantes, como la presencia de sus seres queridos y en un entorno amable.

El término “muerte digna”, muy utilizado últimamente, nos parece confuso porque hace referencia a un instante y el morir es un proceso.

3.- AUTONOMÍA DEL PACIENTE

3.1 Consentimiento Informado

La propia Ley lo define 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 afecta a su salud”. (Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Art. 3)

La autonomía es un derecho de los enfermos que el médico debe respetar. Evitar el paternalismo tradicional no debe conducir al abandono del paciente en la toma de decisiones, que ha de realizarse en el contexto de una relación clínica cooperativa.

No debemos olvidar que el derecho del enfermo a recibir información clara y comprensible de su situación, tiene excepciones, como por ejemplo, cuando el enfermo tácitamente no quiere ejercer este derecho a ser informado o cuando el médico, dadas las circunstancias personales de este paciente, considera que le puede hacer más daño que beneficio. No tener en cuenta estos aspectos puede conducir a la “*obstinación informativa*” altamente indeseable.

3.2. Documento de instrucciones previas

Según la antedicha Ley, es el documento por el cual una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad sobre los cuidados y los tratamientos y, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo, con el objeto de que ésta se cumpla si cuando llegue el momento la persona no se encuentra en condiciones de expresarla personalmente.

Este documento no excluye la comunicación continua y adecuada del médico con su enfermo para tener en cuenta sus valores en las distintas fases de su enfermedad.

Esta Ley ha sido desarrollada en todas las Comunidades Autónomas con distintas denominaciones como, por ejemplo, voluntad vital anticipada o manifestación anticipada de voluntad, aunque popularmente se conoce con el nombre de “testamento vital”. Este término es especialmente inadecuado ya que la palabra “testamento” hace referencia expresa a los deseos de la persona para después de su muerte, que no es el caso que analizamos aquí.

4.- SITUACIONES CLINICAS

4.1. Enfermedad incurable avanzada

Enfermedad de curso gradual y progresivo, sin respuesta a los tratamientos curativos disponibles, que evolucionará hacia la muerte a corto o medio plazo en un contexto de fragilidad y pérdida de autonomía progresivas. Se acompaña de síntomas múltiples y provoca un gran impacto emocional en el enfermo, sus familiares y en el propio equipo terapéutico.

4.2. Enfermedad o situación terminal

Enfermedad incurable, avanzada e irreversible, con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses.

4.3. Situación de agonía

La que precede a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual, y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la

conciencia, dificultad de relación e ingesta y pronóstico de vida en horas ó días.

4.4. Síntoma refractario

Aquel que no puede ser adecuadamente controlado con los tratamientos disponibles, aplicados por médicos expertos, en un plazo de tiempo razonable. En estos casos el alivio del sufrimiento del enfermo requiere la disminución de la conciencia.

4.5. Sedación paliativa

En este contexto, se trata de la disminución deliberada de la conciencia del enfermo mediante la administración de los fármacos apropiados con el objetivo de evitar un sufrimiento insostenible causado por uno o más síntomas refractarios.

Cuando el enfermo se encuentra en sus últimos días u horas de vida, hablamos de sedación en la agonía.

4.6. Cuidados paliativos

Conjunto coordinado de intervenciones sanitarias dirigidas, desde un enfoque integral a la promoción de la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, afrontando los problemas asociados con una enfermedad terminal mediante la prevención y el alivio del sufrimiento así como la identificación, valoración y tratamiento del dolor, y otros síntomas físicos y psicosociales.

46- “La Atención Médica al final de la vida”

Declaración sobre

“La Atención Médica al final de la vida”

Organización Médica Colegial de España

MIEMBROS DE LA COMISIÓN: Rogelio Altisent Trota, Jacinto Bátiz Cantera, Luis Ciprés Casanovas, L. Pablo Corral Collantes, Marcos Gómez Sancho, Juan Luis González Fernández, José Antonio Herranz Martínez, Javier Rocafort Gil, Juan José Rodríguez Sendín. Coordinador: Marcos Gómez Sancho. Madrid, enero 2009.

Una necesidad transformada en un derecho

El envejecimiento de la población y el aumento del número de personas con cáncer, otras enfermedades crónicas o degenerativas, representan un reto importante para las sociedades desarrolladas. Muchos de estos enfermos, que padecen al final de sus vidas un sufrimiento intenso, precisan una atención esmerada en la que debe estar implicada **toda la sociedad**.

Todas las personas tienen derecho a una asistencia sanitaria de calidad, científica y humana. Por tanto, recibir una adecuada atención médica al final de la vida no debe considerarse un privilegio, sino **un auténtico derecho**.

La Medicina Paliativa debe aplicarse desde **todos los ámbitos** asistenciales: Atención Primaria, Atención Especializada y Atención Sociosanitaria. Además, el médico, **cualquiera que sea su especialidad**, debe adoptar ante el sufrimiento una actitud particularmente compasiva y humana, con empatía, respeto y delicadeza. Abandonar al enfermo cuando necesita esta atención constituye una mala práctica médica.

La calidad de vida como prioridad

El objetivo en la atención a las personas con una enfermedad en fase terminal es procurar su mejor **calidad de vida**, lo cual implica:

- Identificar, evaluar y tratar el dolor y otros síntomas de forma temprana, así como atender las necesidades psicosociales y espirituales. El tratamiento del dolor no es una cuestión opcional sino un imperativo ético.
- Procurar una **comunicación** respetuosa y sincera, que aporte **información** responsable y adecuada. Hay que facilitar al enfermo que pueda expresar sus emociones y siempre debe ser escuchado.
- Una **continuidad en los cuidados** a lo largo de la evolución de su enfermedad, estableciendo mecanismos de coordinación entre todos los niveles asistenciales, promoviendo y facilitando que el enfermo, si así lo desea, pueda morir en su casa.
- Conocer y respetar los **valores** del enfermo promoviendo así su autonomía y facilitar su participación en la toma de decisiones prestando una especial atención a las voluntades anticipadas.
- Reconocer la importancia de la familia y el entorno personal del enfermo, promoviendo su colaboración en los cuidados. Así mismo hay que prestar atención esmerada a las necesidades de los cuidadores.

Las actuaciones asistenciales deberán evitar tanto la prolongación innecesaria de la vida por medio de la obstinación diagnóstica y

terapéutica, como su acortamiento deliberado, o el abandono del enfermo y su familia.

La petición individual de la eutanasia o el suicidio asistido deben ser considerados generalmente como una demanda de mayor atención pudiendo hacer que desaparezca esta petición aplicando los principios y la práctica de unos cuidados paliativos de calidad.

Hacia una buena práctica médica

Para el control del dolor y de otros síntomas contamos con avances relevantes. El uso adecuado de la morfina y de nuevos analgésicos, entre otras medidas, consigue suprimir o aliviar el dolor en la mayoría de los casos.

La información y la comunicación entre enfermo, familia y equipo terapéutico es otro de los pilares fundamentales para una atención de calidad.

Se debe promover y practicar el trabajo en **equipo interdisciplinar**, sin olvidar el papel del médico como referente.

La **ética clínica**, entendida como la metodología que promueve la toma de decisiones respetando los valores de quienes intervienen, debe ser usada como método de trabajo cotidiano.

El reto de la formación

El progresivo incremento de personas que precisan cuidados paliativos constituye actualmente un paradigma que ya no se puede considerar como cuestión marginal en la enseñanza de las Facultades de Medicina.

La demanda social de medicina paliativa es un buen ejemplo para entender la urgencia de reformas en los planes de estudio más adaptadas a las necesidades de la sociedad.

Los cuidados que un pueblo presta a sus ciudadanos más frágiles es un exponente de su grado de civilización. En este esfuerzo colectivo, los médicos, fieles a nuestra mejor tradición humanística y humanitaria, siempre deberemos estar comprometidos.

47- Revisión Bibliográfica sobre E y PAS



1. Introducción
2. El estado del conocimiento
3. Abordaje de la Eutanasia y Suicidio asistido desde diferentes puntos de vista:
 - a. Motivo de solicitud por parte de los pacientes.
 - b. Características de los pacientes que la solicitan.
 - c. Actitud de los profesionales
 - d. Actitud de la población
 - e. Reflexiones de los profesionales
 - f. Conceptos.
 - g. Normativa.
 - h. Implicaciones
4. Posicionamiento de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos.
5. Explorando valores comunes

INTRODUCCIÓN

Declaración del autor.

El presente estudio es fruto de la revisión de los artículos más relevantes sobre E y PAS desde el año 2002 al 2008. El trabajo del revisor ha consistido en resumir las principales aportaciones de los investigadores, sin verter en ningún momento opiniones personales, por lo que se declara independiente de las afirmaciones manifestadas en los mismos.

Metodología.

La OMC publicó, en el año 2002, una revisión de la literatura sobre los términos “eutanasia y suicidio asistido” en los años 1993 a 2001. Desde entonces, el debate sobre ambos conceptos ha sido continuo, generando gran cantidad de publicaciones al respecto. Como complemento a un nuevo abordaje de la atención médica al final de la vida promovido por la OMC, se realiza una revisión de la literatura, consultando la base MEDLINE y búsqueda manual de artículos en la revista oficial de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (Medicina Paliativa) desde el año 2002 al 2008. Las palabras clave de búsqueda han sido "Euthanasia" OR "Suicide, Assisted" El método de selección de los artículos los resumo como sigue:

1. Lectura de los títulos de los artículos que resulten de la estrategia de búsqueda propuesta.
2. Lectura de los ABSTRACTS, de los artículos cuyos títulos contengan: EUTHANASIA o ASSISTED SUICIDE.
3. Ha sido la lectura inicial de los ABSTRACTS, las que me ha dado las claves para proceder o no, a una lectura de los artículos y resumen de los contenidos. Todos aquellos que me induzcan a pensar que pueden ofrecer información, en aras a poder acometer los objetivos de la revisión, han sido leídos en profundidad. En este punto no quiero especificar qué aspectos ha de contener el ABSTRACT, puesto que ha sido la experiencia del investigador la que dirija el proceso. Así mismo el tiempo disponible ha sido un factor igualmente decisivo a la hora de seleccionar aquellos artículos representativos, dejando para una segunda fase un análisis más exhaustivo, que será base para una Tesis Doctoral, cuyos resultados el autor se compromete a poner a disposición de la OMC

Abreviaturas

E: Eutanasia

PAS: Suicidio asistido por un médico

ODDA: Oregon Death Dignity Act (Decreto de Muerte con dignidad en Oregon)

DCB: Acto voluntario de Dejar de Comer y Beber.

MA: Acelerar la Muerte

OMC: Organización Médica Colegial

1. Estado actual del conocimiento.

Eutanasia y suicidio asistido: Conceptos generales y situación legal en Europa, Oregón y Australia. *C de Miguel Sánchez, A Lopez Romero. Med Pal, Vol 13 nº 4. Octubre-Dic_06.*

1. Se despenaliza la eutanasia (E) en Holanda (2001) y Bélgica (28 de mayo de 2002)
2. Se permite el suicidio asistido (PAS) en Holanda (1 de abril de 2002), Bélgica (28 de mayo de 2002), Suiza (EXIT: cantones de habla germánica; AMD, cantones franceses y DIGNITAS personas extranjeras que vayan a Suiza. Oregón (1997).

Se comenta la situación en el resto de Europa: España, Reino Unido, Alemania, Francia, Dinamarca.

Se analizan las definiciones de:

Buena praxis médica,

Futilidad de tratamiento

Cuidados Paliativos, enfermedad terminal, enfermedad irreversible

Decisión informada,

objeción de conciencia

Dignidad Distanasia, obstinación terapéutica

Eutanasia, Homicidio por compasión, pendiente resbaladiza, suicidio asistido.

Sedación terminal, voluntades anticipadas

No inicio o retirada de tratamiento de soporte vital.

Eutanasia y suicidio asistido: Dónde estamos y hacia donde vamos.

Cristina de Miguel y López Romero. Med Pal 2007,14: 40-49.

Es la segunda parte de una revisión que sobre la E y PAS hacen Cristina de Miguel y López Romero.

En este artículo se revisa la incidencia de la E y del PAS, características de los pacientes que lo solicitan así como los motivos argumentados por los pacientes para solicitar terminar con su vida.

La evidencia disponible no permite confirmar la teoría de la pendiente resbaladiza en Holanda. Según los datos disponibles durante el periodo 1990-2001:

- a) los médicos rechazan un tercio de las solicitudes de eutanasia y suicidio asistido;
- b) no hay cambios significativos en las cifras de E y suicidio asistido a lo largo del tiempo;
- c) las cifras de E sin petición explícita del paciente permanecen constantes en el tiempo, disminuye el porcentaje de médicos implicados en esta práctica y se incrementa el porcentaje de médicos que nunca la realizarían;
- d) el porcentaje de médicos que realizan estas prácticas lleva un crecimiento lento, pero progresivo; y
- e) el porcentaje de médicos que se vuelven más permisivos hacia la E es cada vez menor, y es mayor el porcentaje de médicos que se vuelven más restrictivos.
 - La evidencia disponible tampoco permite confirmar la teoría de la pendiente resbaladiza en Oregón. Según los datos disponibles: a) los médicos rechazan 5 de cada 6 peticiones para la prescripción de la droga letal; b) Los pacientes que fallecen por suicidio asistido es una fracción muy pequeña del total de pacientes que presentan una enfermedad en situación avanzada; y c) el 40% de los pacientes que fallecen por suicidio asistido, no consiguen el fármaco letal del primer médico consultado.
 - En Holanda a partir del año 2000, disminuye el número de casos de eutanasia y suicidio asistido, sin poder afirmar si el número absoluto de peticiones ha disminuido en realidad, o simplemente los médicos han disminuido la práctica de la notificación del caso.
 - En Holanda existe incumplimiento de la Ley en casos de padecimiento psicológico, personas “cansadas de vivir”, menores de edad, pacientes con enfermedad crónica no terminal, ausencia de la opinión de un segundo médico y prácticas realizadas por enfermería. Parece por tanto razonable reabrir el debate en caso de menores, enfermedad no terminal y pacientes con una alteración psicológica importante. Por el contrario, en Oregón, todos los informes remitidos por los médicos que prescriben las drogas letales cumplen todos los requisitos exigidos por la ley.
 - Para mantener unas cifras bajas de E y PAS, el factor responsable de mayor impacto es mantener unos cuidados paliativos de calidad, pero las medidas paliativas no consiguen anular la totalidad de las peticiones.

- El paciente que fallece por E y PAS suele ser más joven que el que fallece por la evolución de la enfermedad, enfermo de cáncer, y ser divorciado o soltero.
- La depresión aumenta por 4 el riesgo de solicitar la eutanasia. Aunque existe un problema de infradiagnóstico y de infratratamiento de la depresión en los pacientes con enfermedad en situación terminal, tras tratamiento sólo el 11% de los pacientes cambian su deseo de acelerar la muerte.
- Los grupos vulnerables o socialmente desfavorecidos: mujeres, pobres, minorías étnicas, raciales con un soporte inadecuado y un difícil acceso al sistema de salud, no solicitan con más frecuencia la eutanasia, ni el suicidio asistido, por lo que no parecen ser una solución para los grupos social o económicamente vulnerables.
- El duelo de familiares y amigos de enfermos que fallecen por E o por PAS, presentan menos indicadores de duelo complicado, de duelo normal y menos reacciones de estrés postraumático. Probablemente tener la oportunidad de despedirse del paciente es un determinante importante en el proceso de duelo posterior.
- Los motivos para solicitar la eutanasia o el suicidio asistido afectan a las cinco esferas de la persona: física, funcional, psicosocial, espiritual y existencial, y en un mayor porcentaje relacionadas con la pérdida de la autonomía, la pérdida de la dignidad y la disminución de la capacidad para hacer cosas placenteras en la vida. Con frecuencia se trata de personas tremendamente controladoras e independientes.

Abordaje de la E y PAS desde diferentes puntos de vista a. Motivo de solicitud de E o PAS por el paciente.

Requests to Forgo Potentially Life-Prolonging Treatment and to Hasten Death in Terminally Ill Cancer Patients: A Prospective Study.

Jean-Jacques Georges Bregje D. Onwuteaka-Philipsen, Agnes van der Heide, Gerrit van der Wal, and Paul J. van der Maas. J Pain Symptom Manage 2006;31:100--110.

Este estudio analiza el estado del conocimiento y evolución de las solicitudes para renunciar al tratamiento y acelerar la muerte en pacientes terminales. A Los médicos que participaron en un estudio nacional sobre decisiones al final de la vida, se les preguntó sobre si ellos estaban tratando a algún paciente cuya expectativa de vida se situaba entre una semana y tres meses, y quién de

ellos continuaría tratándolo hasta la muerte del paciente. De 120 médicos, que reunían los criterios de inclusión, 85 (71%) completaban un cuestionario cada mes hasta que fallecía el paciente.

El cuestionario proporcionaba información sobre síntomas de los pacientes, dudas, y la decisión que afectaba a la solicitud de abandonar el tratamiento. La mayoría de los pacientes padecían cáncer gastrointestinal o del tracto respiratorio, y el 66% murieron en los dos meses siguientes a la entrevista inicial.

La prevalencia de solicitudes que afectaban a decisiones al final de la vida se incrementaba durante los 3 últimos meses de vida. La evolución de la solicitud se encontraba en relación con el incremento en el número de síntomas severos o dudas. La solicitud de renuncia al tratamiento se relacionó con debilidad general, mientras que la pérdida de la dignidad fue la razón más frecuente para solicitar adelantar la muerte. El sufrimiento físico por sí solo, parecía que conlleva menor nº de solicitudes que el distres psicológico.

Los resultados del estudio enfatizan la importancia de explorar los problemas psicológicos que provocan el sufrimiento del paciente, para poder proporcionar una atención adecuada al final de la vida

Predictors and correlates of interest in assisted suicide in the final month of life among ALS patients in Oregon and Washington. *Ganzini L, Silveira M, and Johnston. J Pain Symptom Manage 2002, 24: 312-17*

Para comprender los factores relacionados con el interés en el PAS, los autores estudiaron 50 cuidadores de enfermos con ELA descendente, de Oregon y Washington, en el contexto de las percepciones del paciente en el tema del PAS y su estado físico y emocional en el último mes de vida. Para 38 pacientes se pudo recabar información de los mismos pacientes, con una mediana de 11 meses antes de la muerte, centrándose en depresión, desesperanza, sentimiento de carga, apoyo social, calidad de vida, dolor y sufrimiento. Un tercio de los pacientes manifestaban su deseo de PAS en el último mes de vida. La desesperanza y el interés inicial en PAS fueron predictores para el deseo final de PAS. Los pacientes con ELA y más interesados en PAS tenían mayor distrés y sentimiento de carga, y padecían más niveles de insomnio, dolor y disconfort.

Desire for hastened death in patients with advanced disease and the evidence base of clinical guidelines: a systematic review. *Peter L Hudson, Linda J Kristjanson, Peter L Hudson, Linda J Kristjanson, Michael Ashby, Brian Kelly Penelope, Rosalie Hudson, Sanchia Aranda of and Annette Street. Palliative Medicine 2006; 20: 693-701*

Objetivos: El deseo de los pacientes para la muerte acelerada (MA) en el contexto de enfermedad avanzada y cuidados paliativos es un tema controvertido, frecuentemente discutido en la literatura internacional. Gran parte de la discusión se ha centrado en opiniones y debate sobre aspectos éticos relacionados con la MA, y poco en guías clínicas para responder a tal solicitud.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática para evaluar la evidencia científica en relación a las razones expresadas por los pacientes para desear una MA, y la calidad de las guías clínicas en este área

Resultados: 35 estudios reunían los criterios de inclusión (1990-2005). Las razones asociadas para un deseo de morir fueron complejas y multifactoriales; sin embargo los aspectos psicológicos, existenciales y sociales parece que tenían más peso que aquellos directamente relacionados con aspectos físicos, como el dolor. La gran mayoría de la evidencia que apoya estas afirmaciones se basan en:

- a) Percepciones del paciente en cómo se sentirían en el futuro.
- b) Interpretaciones de los profesionales y familiares sobre el deseo de los pacientes. Varias publicaciones proporcionan opiniones de expertos para responder a la solicitud de PAS o E, sin embargo hay una escasez de evidencia en cuanto a guías de actuación ante el deseo de morir entre los enfermos terminales. La mayoría de la literatura se centra en respuestas específicas, con una mínima exploración de cómo los clínicos podrían responder inicialmente ante un deseo de morir de un paciente. Conclusiones: Para avanzar en el conocimiento de los aspectos complejos para desear una MA en el contexto de cuidados paliativos, la investigación habría de centrarse en estudio con pacientes que en el momento actual manifiestan su deseo de MA, así como en el desarrollo de guías para ayudar a dar respuesta a los profesionales.

Este artículo demuestra que los factores asociados con deseo de MA son variados y complejos. Solo un pequeño nº de estudios se han llevado a cabo con pacientes que han expresado el deseo de MA. Además existe una falta de evidencia de guías clínicas para ayudar a los profesionales a responder ante los deseos de los pacientes. Quedarían ciertas cuestiones por contestar: ¿Pueden las intervenciones de los profesionales reducir el deseo de PAS o E?

The demand for euthanasia in palliative care units: a prospective study in seven units of the 'Rhône-Alpes' region. MC Comby Hospital St Joseph, Lyon and M Filbet Palliative Care Unit, Hospices Civils de Lyon. *Palliative Medicine* 2005; 19: 587-593

Se trata de un estudio prospectivo realizado durante seis meses en 5 unidades de cuidados paliativos en una región de los Alpes franceses; en este período se identificaron 13 solicitudes de E (del paciente, familiares o ambos). La frecuencia de esa solicitud representaba un 2,1% (sobre 611 pacientes).

Con este estudio los autores demuestran que las solicitudes para E tienen lugar a pesar de recibir cuidados paliativos. Aunque los casos no son frecuentes (Un 1% de los pacientes que reciben cuidados paliativos en unidades hospitalarias) estas pueden suponer dificultades y dilemas éticos para los miembros de los equipos. Durante el estudio se registraron muchas razones para la solicitud de E (casi siempre era multifactorial). El papel del dolor, la depresión y la alteración en la auto imagen ya han sido descritos en la literatura, como apuntan los autores, sin embargo sorprende encontrar una escasez de razones ligadas a la pérdida de la autonomía y de la independencia (dos razones que en muchos de los estudios de esta revisión se consideran como las más frecuentes). Destaca en este trabajo la importancia que ocupan los factores ambientales en la solicitud inicial y su persistencia en el tiempo, sobre todo familiares (claudicación, problemas de comunicación, dinámica familiar alterada,...), que hasta ahora había sido poco estudiada.

Attitudes towards, and wishes for, euthanasia in advanced cancer patients at a palliative medicine unit. *Sissel Johansen, Jacob Chr. Holen, Stein Kaasa, Jon Havard Loge Lars Johan Materstvedt. Palliative Medicine 2005; 19: 454-460*

Introducción. La mayoría de los estudios en relación a E y PAS han sido conducidos en población sana. El objetivo de este estudio es explorar y describir actitudes y deseos para E/PAS en pacientes oncológicos con una expectativa corta de vida.

Metodología. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a 18 pacientes con cáncer con un expectativa de vida menor a 9 meses. Todos los pacientes fueron reclutados de una unidad hospitalaria de medicina paliativa.

Resultados. Los pacientes que mantenían una actitud positiva frente a E/PAS, no necesariamente deseaban para ellos mismos que se practicara E/PAS. Los deseos eran diferentes de las solicitudes. El miedo a presentar dolor en un futuro y una muerte dolorosa fueron las principales razones dadas para un posible deseo de E/PAS. La preocupación sobre una merma en la calidad de vida y la falta de esperanza también contribuían a tales pensamientos. Así pues los deseos para E/PAS eran hipotéticos, orientados hacia un futuro con un prerequisite: dolor intenso, falta de calidad de vida y desesperanza. Asimismo, esos deseos fueron fluctuantes y ambivalentes.

Conclusión. El deseo de morir en estos pacientes no parecía ser constante. Más que hablar de deseo era más apropiado entenderlo como una solución mental ambivalente y fluctuante en un futuro. Los profesionales sanitarios deberían reconocer estos aspectos a la hora de responder a solicitudes, deseos o actitudes hacia E/PAS.

b. Características de los Pacientes.

Attitudes of Terminally Ill Cancer Patients About Euthanasia and Assisted Suicide: Predominance of Psychosocial Determinants and Beliefs Over Symptom Distress and Subsequent Survival. *Maria E. Suarez-Almazor, Catherine Newman, John Hanson, and Eduardo Bruera. J Clin Oncol 2002,20:2134-2141.*

Objetivos. Los autores parten de la base de que aunque la E y el PAS son aspectos controvertidos, el punto de vista de los más implicados, los pacientes terminales, rara vez había sido explorado. Ellos intentan con este trabajo evaluar si las actitudes hacia E o PAS eran determinadas por su distrés sintomático.

Pacientes y Métodos. Se llevó a cabo un estudio con 100 pacientes oncológicos terminales. Sus declaraciones en relación a E y PAS fueron analizadas utilizando escalas de Likert. También se les preguntaba a los pacientes por la frecuencia en que ellos habían considerado acabar con sus vidas. Estas respuestas fueron evaluadas en relación a las características de la enfermedad, incluyendo severidad sintomática, características sociodemográficas, creencias sobre el sufrimiento de los pacientes oncológicos y supervivencia.

Resultados. La mayoría de los pacientes (69%) defendían E o PAS en alguna de las situaciones propuestas. A través del análisis univariante la asociación entre esta actitud y los síntomas era débil, habiendo sólo clara relación con la disnea. Ninguna asociación significativa fue observada con el dolor, náuseas, bienestar, pérdida de apetito, depresión o supervivencia. El posicionamiento a favor de la E se relacionó significativamente con: Sexo masculino, falta de creencias religiosas, y pensamientos generales sobre el sufrimiento de los pacientes con cáncer y sus familias. En el análisis multivariante las únicas características que permanecían con asociación estadística, fueron las creencias religiosas y la percepción de ser una carga para la familia. La frecuencia de ideación suicida se asoció con la escasez de bienestar, depresión, ansiedad y disnea, pero no con otros síntomas somáticos como dolor, náuseas y pérdida de apetito

Conclusión. Los hallazgos del estudio sugieren que las opiniones de los pacientes son principalmente determinadas por los aspectos psicosociales y las creencias personales más que por la severidad de la enfermedad o distres sintomático. que son incompatibles el PAS y la excelencia de unos cuidados paliativos ha sido superado. Propone 5 opciones para responder al sufrimiento intolerable:

1. Manejo intensivo sintomático.
2. Parar o no iniciar terapias de mantenimiento.
3. Sedación ante síntomas refractarios.
4. Cese voluntario de beber o comer.
5. PAS

1. y 2. Legal. Hay consenso. Decisión por el paciente o quien delegue

1. Legal. Consenso incierto. Paciente o delegado
2. Legal. Consenso incierto. Solo paciente
3. Ilegal (excepciones). Consenso incierto. Solo paciente

Consideration of Hastening death among hospice patient and their families.

Mayfield E, Abbot K, Lund J and L Griffith. J Pain Symptom Manage 2004, 27:523-32

El objetivo era describir las percepciones de los trabajadores sociales (TS) de pacientes o familiares en hospice, que tenían deseos de acelerar la muerte. Los cuestionarios fueron enviados por correo postal (n=212), en dos estados del sudeste de Norteamérica. La tasa de respuesta fue del 36%. De los 73 TS que respondieron, el 56% tenía un paciente y el 26% tenía un familiar que expresaron el deseo de acelerar la muerte del enfermo. El 70% tenían cáncer, y eran predominantemente varones (66,6%), raza blanca (94%) y casados (67%). La escasa calidad de vida (28%) y el sufrimiento (28%) fueron las razones más comunes registradas para acelerar la muerte.

Revisión sistemática sobre E y PAS: 2002-2008

Los TS perciben que las solicitudes están directamente relacionadas con necesidades no resueltas

Assisted Suicide and Euthanasia Should Not Be Practiced in Palliative Care Units. *José Pereira, Dominique ,Gerard Pralong, Josianne Pralong, Claudia Mazzocato, and Jean-Michel Bigler. Journal of Palliative Medicine. Vol. 11, N° 8, 2008, 1074-6*

Se trata de una editorial encargada a Pereira y col, donde exponen las razones que ellos consideran por las que NO SE DEBERIA PERMITIR LA E Y EL PAS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS. Las resumo como sigue:

1. Adelantar la muerte es contraria a la filosofía de los cuidados paliativos.
2. Se enviaría un mensaje equívoco a una población, que de por sí está pobremente informada de los objetivos de los cuidados paliativos.
3. Representaría una fuente de distres para algunos pacientes y familiares.
4. Sería una fuente de tensión entre los miembros del staff de cuidados paliativos.
5. Colocaría a los profesionales de las unidades como porteros para el PAS
6. Habría una amenaza de cambio e la dinámica de cuidados una vez que se decidiera la solicitud de PAS o E
7. Se equipararían las Unidades como "dumping sites" para el PAS o E
8. Actitud negativa hacia aquellas instituciones que excluyeran el PAS, privándole de poder ejercer los mejores cuidados paliativos posibles (*Básicamente este editorial recoge los principios de consenso, que el Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos, reflejó en un artículo previo (The response of a Swiss university hospital's palliative care consult team to assisted suicide within the institution. Palliative Medicine 2008; 22: 659-667. J Pereira), tras permitirse en su hospital a la práctica del PAS o E.*

Oregon Hospice Chaplains' Experiences with Patients Requesting Physician-Assisted Suicide. *B. Carlson, N. Simopolous, E.R. Goy, A. Jackson, and L. Ganziny. Journal of Palliative Medicine. Vol 8, N°6, 2005, 1160-6*

Introducción. El Decreto de Morir con Dignidad de Oregon (ODDA) fue promulgado en 1997, con PAS legalizado. 86% de los 171 pacientes que murieron mediante PAS se encontraban en algún hospice.

Objetivos. Estudiar los puntos de vista de los capellanes sobre ODDA y sus experiencias al atender a pacientes que solicitan PAS.

Diseño. Cuestionario único, anónimo enviado por correo postal.

Sujetos. Todos los capellanes que trabajaban en alguno de los 50 hospice de Oregon.

Resultados. 50 de 77 capellanes (65%) rellenaron el cuestionario. 42% de los que contestaron se oponían al ODDA y el 40% de ellos lo apoyaban. La mitad de los que respondieron, en los últimos tres años, habían trabajado con algún paciente que había realizado alguna solicitud explícita para el suicidio asistido. Las conversaciones con los pacientes se centraron en el papel de la fe y la espiritualidad en esta decisión, razones por las que deseaban acelerar su muerte, y aspectos familiares relacionados con su decisión. Los capellanes no sintieron que ellos hubieran tenido una fuerte influencia en la decisión del paciente sobre el PAS (EVA: 4/10), aunque tres reportaron un paciente que retiró su solicitud de PAS tras las conversaciones con el capellán. Los capellanes hicieron hincapié en su presencia, sin prejuizar, en su relación de ayuda con los pacientes.

Attitudes and experiences of Oregon hospice nurses and social workers regarding assisted suicide. *Lois L Miller, Theresa A Harvath, Linda Ganzini, Elizabeth R Goy, Molly A Delorit and Ann Jackson. Palliative Medicine 2004; 18: 685-691*

Introducción. Una vez que se legalizó el PAS en Oregón, los médicos no tenían claro cómo les afectaría atender a pacientes que optaran por esta decisión. El 86% de los 171 personas que murieron por prescripción letal se encontraban incluidos en programas hospice.

Métodos. Un cuestionario fue enviado por correo postal a todas las enfermeras y trabajadores sociales de Oregón en 2001 (n=573) para conocer su actitud sobre el PAS y su interacción con los pacientes que lo solicitaban. Se incluyeron en el estudio las respuestas de 306 enfermeras y 85 trabajadores sociales.

Resultados. Casi 2/3 de los que respondieron, revelaron que al menos un paciente había manifestado el PAS como opción posible en el último año. Los TS estaban más a favor de la corriente Oregon Death Dignity Act (ODDA) que las enfermeras. El 22% de los que respondieron el cuestionario no se encontraban cómodos discutiendo los aspectos del PAS con los pacientes. El 95% estaban a

favor de que un enfermo que solicitara el PAS, siguiera estando incluido en un programa hospice.

Revisión sistemática sobre E y PAS: 2002-2008 **Conclusiones.** Las enfermeras y los TS que trabajan en hospices y otros programas pueden encontrarse a un enfermo que les plantee cuestiones sobre PAS, esté legalizado o no, y deberían estar preparados para discutir estos aspectos. La mayoría de los profesionales en Oregón, no creen que el suicidio asistido y la inclusión de un paciente en programa hospice sean mutuamente excluyentes.

The euthanasia debate and a new position paper from a Task Force of the EAPC: a helpful reappraisal or a retreat into obfuscation? *Karen Forbes and Geoffrey Hanks. Palliat Med 2003;17; 92-93.*

La EAPC fue una de las primeras organizaciones en responder a la popular y política campaña pro-eutanasia posicionándose a través de un artículo en European Journal of Palliative Care (Roy DJ, Rapin CH. Regarding Euthanasia. Eur J Palliat Care 1994; 1: 57 /59), este documento definía la eutanasia y la postura de la EAPC. En 2002 la EAPC decidió formar un grupo de trabajo de Ética, para revisar la posición sobre la E, puesto que se había asistido en los últimos años a grandes desarrollos en el campo de los cuidados paliativos, así como despenalizado tanto el PAS como la E en algunos países del mundo. El grupo de trabajo de Ética refleja en un artículo en el mismo nº de Palliative Medicine (Materstvedt L-J, et al. Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. Palliat Med 2003; 17), el posicionamiento actual y simultáneamente se publica en European Journal of Palliative Care. Los Editores de las dos publicaciones deciden publicarlo e invitan a ser objeto de comentarios en esas mismas revistas, para lo cual fijan un deadline, a todo el que quiere verter sus opiniones. La mayoría de los comentarios recibidos de todos los ámbitos: profesionales sanitarios, especialistas en Ética, filósofos, políticos,...aceptan el artículo de opinión como una útil contribución al debate que se mantiene. Asimismo invitan al profesor Alastair Campbell, Director del Centro de Ética en Bristol y primer presidente de la Sociedad Internacional de Bioética, para revisar todos los comentarios y aportar su experiencia al debate (Introductory paper: Palliative care and the euthanasia debate: recent developments. Richard Huxtable and Alastair V Campbell. Palliat Med 2003; 17; 94-96).

Impact of euthanasia on primary care physicians in the Netherlands.

Harm van Marwick, Ilinka Haverkate, Paul van Royen, Wilrijk and Anne-Mei. Palliative Medicine 2007; 21: 609-614.

Introducción. Existe un escaso conocimiento sobre el impacto emocional que provoca la E en los médicos de AP en Holanda.

Objetivos. Obtener una mayor información sobre el impacto emocional sobre los médicos de AP que practican E o PAS, y adaptar las necesidades educacionales en estos aspectos.

Métodos. Se llevó a cabo un estudio cualitativo sobre cuatro grupos focales, en el contexto de la AP de Holanda; 22 médicos de AP se incluyeron en cada uno de los cuatro grupos: Varones mayores, mujeres mayores, varones jóvenes y un grupo especialmente interesado en el campo de la E.

Resultados. Varias etapas con diferentes emociones fueron distinguidas: Antes (Tensión), durante (Pérdida) y después (mejoría). Aunque no se practica con mucha frecuencia, la E tiene un gran impacto sobre los médicos de AP. Su relación con el paciente, el encontrarse solo, el papel de la familia y la presión de la sociedad fueron las principales preocupaciones expresadas.

Conclusiones. Muchos médicos de AP manifestaron que los médicos más jóvenes deberían formar sus propias opiniones sobre E y otras decisiones al final de la vida, durante la carrera. Los autores recomiendan que estos temas deberían ser incluidos oficialmente en el pregrado.

The response of a Swiss university hospital's palliative care consult team to assisted suicide within the institution. P Laurent, B Cantin, D Petremand and T Currat Palliative Medicine 2008; 22: 659-667.

En Enero de 2008 el Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), un gran hospital universitario de Lausanne (Suiza) permitía el Suicidio Asistido (AS) en casos excepcionales dentro del hospital. Sin embargo, la E es ilegal. Esta decisión supuso varios dilemas éticos y prácticos para el equipo de soporte de cuidados paliativos del Hospital. Para abordar estos dilemas el equipo llevó a cabo un proceso de diálogo abierto entre los miembros con el objeto de identificar una respuesta colectiva y su posicionamiento. Se llevaron a cabo reuniones cada 4-6 semanas, durante 10 meses. Uno de los principales dilemas éticos fue encontrar un equilibrio entre la posición del equipo y el principio de autonomía de los pacientes y las directivas de la Dirección del hospital. Aunque todos los miembros del equipo expresaron su oposición al PAS, hubo opiniones

dispare en cuanto si los miembros del equipo deberían estar presentes durante el acto, si así los solicitaba el paciente. En la Tabla 1. resumo las cuestiones para las cuales hubo una postura de consenso de los miembros del equipo y aquellas no resueltas. Para ponernos en situación, decir que desde enero de 2006 hasta junio de 2007 seis pacientes reunieron criterios de iniciar el proceso de PAS; de ellos uno murió de PAS. Dos murieron de su enfermedad antes de que el proceso fuera culminado. Un paciente retiró su deseo de PAS cuando empezó a trabajar el equipo de cuidados paliativos y en otros dos fue rechazado finalmente el PAS, uno por ser incompetente y otro porque su enfermedad mejoró.

Tabla.1.Cuestiones Confrontadas por el Equipo de soporte de Cuidados Paliativos

Cuestiones donde ha habido consenso

Como Equipo, ¿respaldamos el PAS? No

¿Deberíamos participar en el comité de ética de la Institución, sobre el PAS? No

Si nosotros participamos en el desarrollo de la guía de actuación, ¿se nos implicaría en el proceso? Sí

¿Deberíamos ser consultados en la evaluación del proceso? Sí.

¿Deberíamos seguir atendiendo a los enfermos que han solicitado PAS? Sí

¿Cómo pactaríamos el seguimiento de los enfermos que solicitan PAS? Seguirlo hasta el final, pero no acompañarle en el acto.

¿Qué hacemos si un paciente nos pide estar presente durante el acto si nosotros no respaldamos la práctica ni prescribimos la medicación? Establecer con anterioridad la relación informándole que no estaríamos en el momento final

¿Cómo actuamos ante los pacientes que solicitan información sobre suicidio asistido? Derivarlos a la dirección médica del hospital

Cuestiones no resueltas.

¿Cómo actuamos si alguien en nuestro equipo participa en el PAS?

¿Nuestra actitud puede incurrir en algún castigo? ¿Deberíamos permitir la práctica del PAS en nuestra Unidad aunque nosotros no lo indiquemos?

¿Qué pasaría si nuestra posición contradice la política de la Dirección?

¿Estamos legalmente obligados a aceptar las directivas del hospital?

¿Deberíamos establecer un diálogo regular con las organizaciones “pro-derecho a morir” en nuestra región?

¿Deberíamos tener en cuenta en un futuro la actitud de nuestros trabajadores en relación a sus creencias sobre el PAS? y ¿legalmente podemos hacerlo?

Oregon Physicians' Responses to Requests for Assisted Suicide: A Qualitative Study. Steven K. Dobscha, Ronald T. Heintz , N. Press, and L. Ganzini. *Journal of Palliative Medicine* Vol 7, Nº 3, 2004, 451-61

Los autores a través de estudio cualitativo, desarrollan entrevistas semiestructuradas a 35 médicos de Oregón que habían recibido la solicitud de PAS por parte de sus pacientes. Las entrevistas tuvieron lugar en 2000 y fueron grabadas (audio), transcritas y analizadas utilizando técnicas cualitativas. La

solicitud de PAS tuvo un fuerte impacto en los médicos y sus prácticas. Los médicos se sintieron con frecuencia no preparados y experimentaron aprehensión e incomodidad antes y después de recibir las solicitudes. Las fuentes de discomfort incluían: dudas sobre el manejo adecuado de los síntomas y del sufrimiento, no querer abandonar a los pacientes, y no conocimiento profundo de las preferencias de los pacientes. La participación en el PAS requirió un gran tiempo y suponía una fuerte reacción emocional. Independientemente de si el médico prescribía o no la dosis letal, no expresaban un gran remordimiento sobre sus decisiones. La solicitud del PAS con frecuencia facilitaba la discusión de importantes aspectos, y muchos médicos sentían que el proceso incrementaba su confianza y asertividad, en discutir aspectos importantes al final de la vida. Raramente solicitaban apoyo de los colegas, en su lugar discutían los aspectos emocionales de sus experiencias con las esposas.

Oregon Physicians' Perceptions of Patients Who Request Assisted Suicide and Their Families. *L. Ganzini, Steven K. Dobscha, Ronald T. Heintz, and N. Press. Journal of Palliative Medicine. Vol. 6, N°3, 2003:381-90*

En el año 2000 Ganzini et al realizan un estudio cualitativo a través de entrevistas semiestructuradas presenciales con 35 médicos de Oregon que recibieron al menos una solicitud de PAS.

Las entrevistas se centraron en las percepciones de los pacientes que solicitaban PAS, las razones para la solicitud y las reacciones familiares. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y analizadas utilizando técnicas cualitativas. Los médicos describieron que los pacientes solicitantes tenían una personalidad fuerte, caracterizados por determinación e inflexibilidad. Estos pacientes querían controlar el tiempo y la manera de morir, así como evitar la dependencia de otras personas. Estas preferencias se reflejaban en un rasgo de afrontamiento y de personalidad de toda la vida. Los facultativos que estos enfermos vivían sin motivación, y con "mucho esfuerzo", y que estaban preparados para morir. Las solicitudes que fueron enérgicas y persistentes, podían ocurrir en cualquier momento tras el diagnóstico de enfermedad terminal y eran paralelas a la decisión de rechazar cualquier intervención médica, incluidos tratamientos paliativos. Muchos miembros familiares estaban en contra de apoyar la solicitud de PAS hasta que ellos se daban cuenta de la fuerza de esta preferencia.

Responding to desire to die statements from patients with advanced disease: recommendations for health professionals. *Peter L Hudson, Penelope Schofield, Brian Kelly, Rosalie Hudson, Annette Street*

*,Margaret O'Connor ,Linda J Kristjanson , Michael Ashby ,Sanchia Aranda.
Palliative Medicine 2006; 20: 703-710*

No es raro para pacientes con enfermedad terminal expresar un deseo para una muerte asistida. Los profesionales sanitarios con frecuencia tenemos dificultades para responder ante tales expresiones, y es un desafío evaluar porqué estas declaraciones se hacen. Los clínicos pueden tener problemas a la hora de interpretar si esa expresión de deseo de morir es un signo de distres psicológico o meramente un comentario que no se ha de tener en cuenta al pie de la letra. Dada la falta de guías que ayuden a los profesionales sanitarios, los autores con el artículo, intentan dar una recomendaciones para responder al deseo de morir del enfermo, basándose en los principios de la comunicación terapéutica así como de una revisión sistemática de la literatura empírica. Cuando no había evidencia de las recomendaciones, apelan al consenso de un grupo multidisciplinar compuesto por médico, enfermera, psiquiatra, psicólogo, sociólogo y teólogo.

d. Actitud de la Población

Preferences of the Dutch general public for a good death and associations with attitudes towards end-of-life decision-making.
Judith AC Rietjens, Agnes van der Heide, Bregje D Onwuteaka-Philipsen, Paul J van der Maas, Gerrit van der Wal. Palliative Medicine 2006; 20: 685-692.

Introducción. La E y otras decisiones al final de la vida son aceptables para la gran mayoría de la población holandesa. Los autores tienen por objetivo en este trabajo ahondar en las características que considera la población como una "buena muerte".

Metodología. Se enviaron por correo postal cuestionarios a 1777 ciudadanos holandeses (tasa de respuesta: 78%), que contenían cuestiones relacionadas con buena muerte, actitud hacia la E, sedación Terminal aumento de la morfina, y características demográficas. Se analizaron las asociaciones entre las características de una buena muerte y actitudes ante decisiones al final de la vida.

Resultados. Las características que fueron consideradas como una buena muerte fueron:

1. *Posibilidad de despedirse del ser querido (94%).*

2. *Morir con dignidad (92%)*
3. *Ser capaz de decidir sobre el tipo de cuidados al final de la vida (88%).*
4. *Morir sin dolor (87%).*
5. *Morir en el domicilio (65%)*
6. *No ser una carga para los familiares (65%)*
7. *Sentirse preparado para la muerte (63%)*
8. Mantener el conocimiento hasta el momento de morir (61%)

La aceptación de E y de la sedación Terminal se relacionó con el deseo de tener una muerte digna y con la preocupación de convertirse en una carga para los familiares, asimismo se relacionaba con la capacidad de decidir sobre los posibles tratamientos al final de la vida y sobre el momento de la muerte.

Conclusión. Morir con dignidad y sin dolor, sí, pero igual de importante es controlar y mantener la independencia, todo ello es lo que entiende la población holandesa como buena muerte.

e. Reflexiones de los Profesionales.

Una pendiente que sí resbaló. A. Gándara del Castillo. *Med Pal*, 2007,14: 145

Se trata de una respuesta al artículo de De Miguel y López²³. Según estos autores, con los datos de la evolución de Holanda, no está justificado afirmar el argumento de la pendiente resbaladiza. Según Gándara, sí hay datos históricos que sí apoyan esta tesis, centrándose su argumento en el programa de eutanasia y eugenesia de la Alemania nazi: empezando por la eutanasia por compasión, a través de conceptos de dominio y raza, se llegó de alguna manera, el *endlösung*, la "solución final", con holocausto incluido.

Eutanasia y Cuidados Paliativos no hace buen maridaje. *Sanz A., Del Valle M. L., Hernansanz S., Gutiérrez C., García Recio C., Flores L. A. Med Pal, 2007, 14: 146-7*

Se trata de una Carta al Director tras la publicación de un trabajo de búsqueda y de síntesis publicado en Medicina Paliativa por De Miguel.¹ En primer lugar apuntan que tras la publicación de esta revisión se publican en New England los

²³ ²⁴ **Eutanasia y suicidio asistido: Dónde estamos y hacia donde vamos.** Cristina de Miguel y López Romero. *Med Pal* 2007,14: 40-49.

datos actualizados sobre la situación de la eutanasia y suicidio asistido en Holanda (van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, Rurup ML, et al. End-of-life practices in the Netherlands under the euthanasia act. N Engl J Med 2007; 356: 195765) En ellos se muestra una cierta caída en la práctica referida de la eutanasia y un mayor empleo de lo que se interpreta como sedación terminal . En todo caso, no coinciden con la interpretación de algunos datos. Es el caso, por ejemplo, del concepto de “pendiente resbaladiza”. Los autores muestran que, efectivamente, la incidencia de muerte inducida no crece de manera progresiva e indefinida en los países en que esta práctica está aprobada. Pero es fácil apreciar que, por ejemplo, la probabilidad de fallecimiento a voluntad (por suicidio espontáneo, suicidio asistido o eutanasia) en un paciente oncológico se multiplica casi por diez cuando los datos de nuestro país , se comparan con los de un estado que ha marcado normas para legalizar el suicidio asistido , y por más de cien si se hace con los de un país como Holanda que ha mantenido una actitud laxa y permisiva . Y, sin entrar a debatir las impactantes sugerencias en relación con la eutanasia infantil, llama la atención que en Holanda, a la sombra de la práctica de la eutanasia, entre el 0,4 y el 0,8% de todos los fallecimientos hayan sido provocados sin una solicitud explícita del paciente. En su reflexión final los autores llegan a conclusiones que no se encuentran en los abundantes datos del estudio. Y parecen mostrar cierto respaldo a la idea de la despenalización de la asistencia al suicidio en ciertos supuestos La idea de que estamos en un camino abocado “con toda probabilidad”, es decir, de manera necesaria, a esta despenalización ya lo han expuesto otros autores. Entre ellos, Timothy Quill, que marca buena parte de la línea de argumentación de la bioética al final de la vida en las revistas americanas de mayor impacto. Lo que sugiere Quill es que una parte del desafío es facilitar opciones de finalización a los pacientes que las puedan necesitar. Y coincide en señalar que, aunque se avanza hacia el objetivo de atender los deseos de quien pide la anticipación de su muerte, todavía queda un largo camino por recorrer.

Eutanasia y suicidio asistido: Dónde estamos, hacia dónde vamos o "hacia dónde queremos ir". J Gómez Cañedo. Med Pal 2007, 14: 148-9

En los dos últimos números de la revista Medicina Paliativa de 2006 se publicó un artículo titulado: “Eutanasia y suicidio asistido: dónde estamos y hacia dónde vamos”. El autor hace algunos comentarios relativos a las conclusiones y a la reflexión final, que parten de la experiencia cotidiana con los enfermos al final de la vida en sus domicilios. El artículo nos confirma, en este sentido, cómo la actuación que más incidencia tiene en que los pacientes cambien su deseo inicial de un suicidio asistido son los cuidados paliativos. Y sin embargo, los cuidados paliativos aún no están todo lo extendidos que quisiéramos y sabemos de los grandes problemas de equidad en lo relativo al acceso a estos

servicios. Se pregunta si no estaremos dando un paso más largo del debido al asumir que hay que universalizar una ley (de despenalización de la eutanasia) cuando aún no hemos universalizado los cuidados paliativos. ¿No estaríamos dejando a un gran número de personas sin una alternativa? El artículo nos revela también que aún son cientos los casos de eutanasias no consentidas, cifras que parecen, en todo caso, inaceptables cuando estamos reivindicando el principio de autonomía como horizonte de la relación médico-paciente.

Revisión sistemática sobre E y PAS: 2002-2008 Hemos criticado la pretensión de omnipotencia curativa que lleva a la obstinación terapéutica. Es verdad que cuando estamos ante una persona enferma cuyo sufrimiento no podemos aliviar podemos llegar a sentir una gran impotencia, pero ¿no será también una forma de deseo omnipotente de aliviar todo sufrimiento el que nos planteemos desde los cuidados paliativos ir hacia a la despenalización de la eutanasia?. ¿No será un paso demasiado largo que intenta evitar el enfrentamiento con nuestro propio límite?.

Palliative Care and Euthanasia: A Continuing Need to think again.

David J Roy. J Palliat Care Spring 2002;18, 3-5.

Consciente del gran interés que suscita, y controversia, las posturas opuestas a favor y en contra de la muerte asistida, el autor, de una manera conciliadora se hace una serie de preguntas que contesta, con mente amplia:

1. ¿Todo en la Eutanasia es realmente malo?
2. ¿Podría la prescripción de la dosis letal, por parte del médico, sustituir a la comunicación?
3. ¿Por qué entonces el moribundo, tratado por los equipos de cuidados paliativos, solicita la muerte?
4. ¿Somos demasiado complacientes para la compasión?.

Depression, Euthanasia, and improving End -of-Life care. Ezequiel J.

Emanuel. J Clin Oncol 2005,23:6456-6458.

Se pregunta el autor en esta editorial, si es la depresión o el sufrimiento insoportable lo que motiva a solicitar el PAS o la E. Valora muy positivamente el trabajo de van der Lee²⁵, que en contra de su hipótesis inicial, la depresión era cuatro veces más frecuente en los pacientes que solicitaban E. Pero igual que se ha avanzado en el control del dolor en los últimos 15 años, parece que la implementación de los cuidados paliativos también habría de dirigirse a mayores habilidades en el manejo del distrés y de la depresión, y un tratamiento enérgico. Hace un símil, que me parece muy claro: Aunque la tristeza y a veces la depresión es un mecanismo adaptativo ante una amenaza vital, por el mismo

modo la hipotensión arterial es lógica ante una hemorragia digestiva y no por ello no se deja de tratar con sueroterapia y drogas vasoactivas.

f. Conceptos.

Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. *Lars Johan Materstvedt, David Clark, John Ellershaw, Reidun Førde, Anne-Marie Boeck Gravgaard, H*

25 Euthanasia and Depression: A prospective Cohort Study Among Terminally ill Cancer Patients.

Marije van der Lee, Johanna G. van der Bom, Nikkie B. Swarte, A. Peter M. Heintz, Alexander de Graeff and van den Bout. *J Clin Oncol* 2005; 23:6607-6612

Christof Müller-Busch, Josep Porta i Sales and Charles-Henri Rapin. Palliat Med 2003; 17; 97 101.

Tras una introducción que justificó la constitución del grupo de trabajo de Ética de la EAPC y una descripción de la situación actual de la despenalización de la E y PAS en algunos países del mundo, pasan a describir las definiciones de consenso sobre Cuidados paliativos (La de la OMS de 2002), y hacen hincapié en qué no debe ser confundido con E y PAS: Retirada de tratamiento fútil, mantenimiento de tratamiento fútil o sedación Terminal. Explicitan que la E es un acto voluntario con el consentimiento del paciente, lo que quiere decir que toda muerte provocada a un enfermo no voluntaria (persona no capacitada) o involuntaria (en contra del deseo del paciente) se debe llamar: Asesinato. Se deben abandonar los términos de voluntaria y pasiva, para denominar la E, puesto que esta es por definición siempre activa y voluntaria. E=EUTANASIA es el acto de matar a petición del paciente, y se define como provocar la muerte intencionadamente por un médico mediante la administración de fármacos ante la solicitud voluntaria de un paciente competente.. PAS= Physicianassisted suicide es definido como La ayuda intencionada de un médico a una persona competente que de manera voluntaria le solicita suicidarse, proporcionándole medicación para que él mismo se la administre. Los puntos clave que reflejan el posicionamiento del grupo de trabajo de Ética, los recojo en Anexo I, al final de este documento.

Euthanasia in Palliative Care Journals. *Maaike A. Hermsen, MA and Henk A.M.J. ten Have. J Pain Symptom Manage* 2002; 23:517-525.

En este estudio se analizan los aspectos morales de la E que se discute entre los profesionales de cuidados paliativos en las revistas específicas de cuidados paliativos. En primer lugar los autores identifican qué aspectos sobre la E se analizan en las diferentes revistas y su actitud hacia esta práctica. En segundo

lugar examinan la naturaleza y frecuencia de varias descripciones de E en los artículos de cuidados paliativos. La utilización de los términos de E parece consistente con la distinción clásica de activa y pasiva, voluntaria e involuntaria. En tercer lugar describen varios argumentos tanto a favor como en contra de que la E en el contexto de los cuidados paliativos. La mayoría de los artículos examinados no considera la E como un acto legítimamente ético en el contexto de los cuidados paliativos. Futuros estudios serán necesarios para clarificar la situación de la E en el contexto de los cuidados paliativos. ¿Hay un papel para la E cuando todavía no están desarrollados completamente los cuidados paliativos? Se preguntan los investigadores.

Palliative Sedation as Part of a Continuum of Palliative Care. *Mark F. Carr and G. Jervey Mohr. Journal of Palliative Medicine. Vol.11, Nº 1, 2008, 76-85*

Según los autores tres aspectos parecen animar a los que avocan por una tolerancia amplia a la muerte asistida por el médico. El primero es el supuesto fracaso de los cuidados paliativos en los casos extremos. Los autores manifiestamente están en contra de que al final los cuidados paliativos supongan un fracaso. Cuando la sedación paliativa se entiende como parte del proceso de la atención paliativa, entonces el argumento anterior no tiene sentido. El segundo, se centra en ayudar al paciente a mantener el sentido del control en sus días y horas finales. Desde la práctica de una buena atención integral paliativa, reforzando los puntos de control de los enfermos, síntomas, lugar, decisiones,..., no se apelaría con mayor fuerza desde la muerte asistida que una sedación ante un síntoma refractario. El tercer argumento esgrimido es que la sedación paliativa es un eufemismo para la muerte asistida. Obviamente es fácil rebatir.

Revisión sistemática sobre E y PAS: 2002-2008 este aspecto con los principios con los que nos movemos los profesionales que trabajamos en cuidados paliativos, los ya sabidos: Intención-proceso y resultado.

Exploring the Option of Voluntarily Stopping Eating and Drinking within the Context of a Suffering Patient's Request for a Hastened Death. *Judith Schwarz. Journal of Palliative Medicine Vol 10, Nº 6, 2007, 1288-1295*

Existe una dificultad conceptual en distinguir moralidad y legalidad de aquellos actos que aceleran la muerte, tales como el rechazo a tratamientos que prolongan la vida, y otros que también aceleran la muerte y que se etiquetan de

suicidio. Recientes estudios²⁴ empíricos sugieren que la mayoría de los pacientes terminales que sufren y que voluntariamente escogen la opción de dejar de comer y beber (DCB) para acelerar su muerte, experimentan una "buena" muerte. SCHWARZ con este artículo explora el estado moral y legal de la decisión de DCB como medio de acelerar la muerte, cuando es escogida voluntariamente por un paciente en situación terminal, competente y con sufrimiento insoportable. La opción de DCB voluntariamente puede ser comparada con otras opciones o prácticas para acelerar la muerte, e intenta dirimir si tal práctica se debería distinguir del suicidio.

g. Normativa

Physician-assisted Death-From Oregon to Washington State. R. Steinbrook. *N Engl J Med* 2008,359; 24:2513-17.

En Noviembre de 2008, los residentes del estado de Washington votaron 58% a 42% para permitir el PAS. Como se inició la ley en Oregón con el Decreto de Muerte con Dignidad, así se basará la de Washington. En marzo de 2009 habrá dos estados en Estados Unidos que despenalizarán el PAS.

En Oregón entre 1998 y 2007 los médicos realizaron un total de 541 prescripciones de dosis letal de medicación (secobarbital o pentobarbital) y 341 murieron como resultado de tomar dicha medicación. La legalización del PAS ha sido seguida con mejoras en la implementación de los cuidados paliativos. Tres años se tardó en Oregon en preparar la legislación para PAS, en Washington cuentan con meses. Se hace hincapié en que la medicación no debe ser prescrita a un paciente con "sufrimiento por enfermedad psicológica o psiquiátrica" y que si se sospecha previamente ha de ser valorado por la Unidad de Salud Mental. Llama la atención que en 2007 ninguno de los enfermos a los que se le administró la medicación letal, fueran previamente valorados por psiquiatras, cuando en el período de 1998-2006 el 12.6% fueron derivados a psiquiatras.

The House of Lords Select Committee on the Assisted Dying for the Terminally Ill Bill: implications for specialist palliative care. *IG Finlay, VJ Wheatley D, Velindre and C Izdebski. Palliative Medicine* 2005; 19: 444-453

²⁴ Ganzini L, Goy ER, Miller LL, Harvath TA, Jackson A, Delorit MA: Nurses' experiences with hospice patients who refuse food and fluids to hasten death. *N Engl J Med* 2003;394:359-365.

El Proyecto de Ley para la muerte asistida a enfermos terminales propuso legalizar E y PAS para los enfermos terminales en Reino Unido. Un comité de expertos de la cámara de los Loores fue asignado para analizar este proyecto de ley y recientemente se publicó su informe, que se debatiría en el Parlamento el 10 de octubre de 2005. La evidencia escrita y oral remitida al comité representó una serie amplia de puntos de vista sobre la muerte asistida. Gran parte de la evidencia tenía por origen aquellos países que ya han legalizado E o PAS, en relación con las prácticas, procedimientos y garantías. En este artículo de debate se extrae la información que los autores consideran relevantes para los profesionales de cuidados paliativos así como una fuente interesante para el debate público sobre la muerte asistida. La evidencia que recogen los autores ha llevado a los tres autores a oponerse a este proyecto de ley.

h. Implicaciones

End-of-Life Practices in the Netherlands under the Euthanasia Act. *Van der Heide A., OnwuteakaPhilipsen B, Rurup M, Buiting HM, van Delden J, Hanssen-de Wolf J, Janssen et al. N Engl J Med 2007; 356:1957-65*

Introducción. En 2002 una ley en Holanda regulaba el proceso de finalización de la vida por un facultativo ante la solicitud de un paciente con sufrimiento insoportable. En 2005 se desarrolló un seguimiento de eutanasia y PAS, así como de otras prácticas al final de la vida.

Metodología. Se enviaron por correo, cuestionarios a los médicos que atendieron 6860 éxitus identificados de los certificados de defunción. La tasa de respuesta fue 77,8%.

Resultados. En 2005, de todas las muertes en Holanda, el 1.7% fueron el resultado de eutanasia y el 0.1% por PAS. Estos porcentajes fueron ligeramente menores que en 2001 (2,6%=Eutanasia, 0,2%=PAS). El 0,4% de todos los fallecimientos resultó de prácticas de finalizar la vida sin solicitud explícita por el paciente. La sedación profunda conjuntamente con prácticas para acelerar la muerte se empleó en el 7,1% en 2005, cuando en 2001 fue del 5,6%. En el 73,9% de todos los casos de E y PAS se utilizaron Relajantes neuromusculares o barbitúricos., mientras que los opioides con tal fin ocuparon el 16,2%. En 2005 se notificaron el 80,2% de todos los casos de E y PAS. Los médicos más frecuentemente notificaban las prácticas al final de la vida, cuando lo consideraban E o PAS, lo cual era dudoso cuando empleaban opioides.

Conclusiones. La ley Holandesa de Eutanasia fue seguida por una ligera disminución de las tasas de E y PAS. La disminución puede ser resultado del

incremento de los cuidados de estos enfermos al final de la vida tales como la sedación paliativa.

Differences between terminally ill cancer patients who died after euthanasia had been performed and terminally ill cancer patients who did not request euthanasia. *Jean-Jacques Georges, Bregje D Onwuteaka-Philipsen, Gerrit van der Wal Agnes van der Heide and Paul J van der Maas . Palliative Medicine 2005; 19: 578_586*

Los autores hacen hincapié en que puede ser posible que la práctica de unos cuidados paliativos de alta calidad podría prevenir la solicitud de E, sin embargo como apuntan ellos la evidencia científica al respecto es escasa. El original que presentan forma parte de un estudio nacional sobre decisiones al final de la vida realizado en Holanda. Los datos sobre pacientes oncológicos terminales que murieron después de solicitar la E y que esta tuvo lugar, fueron comparados con aquellos que no solicitaron E. Los resultados de los autores, muestran que la prevalencia y severidad de los síntomas (dolor, malestar general, náuseas) eran más altos en los pacientes que solicitaron E. No se encontraron diferencias en cuanto a tipo de tratamiento y de cuidados entre los dos grupos. Así pues, los resultados sugieren que la práctica de E está principalmente relacionada con el sufrimiento del paciente.

Responding to desire to die statements from patients with advanced disease: recommendations for health professionals. *Peter L Hudson, Penelope Schofield , Brian Kelly , Rosalie Hudson , Annette Street , Margaret O'Connor , Linda J Kristjanson , Michael Ashby , Sanchia Aranda. Palliative Medicine 2006; 20: 703-710*

4. El Comité de Ética de la EAPC (Asociación Europea de Cuidados Paliativos) adopta las siguientes conclusiones en relación a E y PAS²⁵:

1. Se reconoce que en Europa varias posturas ante la E y el PAS surgen, y se reabre nuevamente el debate.
2. Los estudios existentes sobre actitudes de la población, de los pacientes y de los profesionales sobre E y PAS, pueden esclarecer el debate que se suscita, sin embargo la mayoría de estos estudios adolecen de un rigor

²⁵ *Palliative Medicine* 2003; **17**: 97 /101

metodológico. Se insta a estudios multicéntrico y con mayor nivel de evidencia.

3. Los motivos de solicitud para E y PAS son complejos y multifactoriales e incluyen factores personales, psicológicos, sociales, culturales, económicos y demográficos. Tales solicitudes requieren una atención respetuosa y cuidadosa, junto con una comunicación sensible en el contexto adecuado del paciente al final de la vida.
4. Las solicitudes de E y PAS, con frecuencia se ven distorsionadas por la falta de unos cuidados paliativos previos. Así pues, las solicitudes de E y PAS, deberían ser precedidas por una abordaje integral paliativo específico.
5. La práctica de la E y del PAS, no debería formar parte de la responsabilidad de los equipos de cuidados paliativos.
6. La sedación terminal o paliativa debe ser distinguida de la E. En la sedación terminal la *intención* es mejorar un sufrimiento intolerable, el *proceso* es la administración de un fármaco sedante para el control sintomático y el *resultado* que se persigue es aliviar el distrés. En la E la intención es matar al paciente a través de la administración letal de una droga y el resultado que se persigue es la muerte inmediata. En el contexto de cuidados paliativos la sedación ligera puede ser utilizada terapéuticamente, pero en este caso no se afecta el nivel cognitivo ni la capacidad comunicativa del paciente. La utilización de una sedación profunda (que conlleva a la inconsciencia), a veces resulta necesaria para conseguir un objetivo terapéutico, sin embargo el nivel de sedación ha de ser revisado periódicamente. La nutrición y a hidratación se llevarán a cabo cuando clínicamente estén indicadas.
7. Si la E es legalizada en cualquier sociedad, se pueden producir las siguientes amenazas:
 - a. Ejercer presión sobre personas vulnerables.
 - b. Se puede asistir a frenar el desarrollo de los cuidados paliativos.
 - c. Conflictos entre los requerimientos legales y los valores personales y profesionales de los médicos y otros profesionales sanitarios.
 - d. Posibilidad de apertura a incluir otros grupos subsidiarios de recibir E.
 - e. Incremento en la incidencia de muerte medicalizada no voluntaria.
 - f. El asesinato puede llegar a ser aceptado por la sociedad.
8. En los sistemas sanitarios los pacientes pueden temer que sus vidas sean prolongadas innecesariamente o ser finalizadas ante un distres insoportable. Como resultado de ello la E o el PAS puede resultar como una opción. Una alternativa es hacer partícipe al paciente en la toma de

decisiones a través de habilidades de comunicación, explorando sus deseos y motivos de sufrimiento.

9. El Comité de Ética anima a la EAPC y a sus miembros a entablar un diálogo abierto con aquellos profesionales sanitarios que promueven la E o el PAS. La comprensión y el respeto hacia diferentes puntos de vista no es lo mismo que aceptar E ni PAS.

La EAPC debería respetar la decisión de E y PAS, pero es importante recalcar la responsabilidad de todas las sociedades para proporcionar los mejores cuidados posibles a los ancianos, a los pacientes en situación terminal y a los ciudadanos más vulnerables. Para poder conseguir estos objetivos es necesario implementar cuidados paliativos en los sistemas sanitarios de todos los países europeos, con una dotación económica adecuada, y apostando por la investigación y formación. El poder llevar a cabo los objetivos anteriores, constituye una de las mejores alternativas a las propuestas de legalización de la E o el PAS.

5. Explorando valores comunes

The ethics of palliative care and euthanasia: exploring common values.
Samia A Hurst and Alex Mauron. Palliative Medicine 2006; 20: 107_/112

Los autores comienzan con una introducción donde explican porqué el promover unos cuidados paliativos y avocar por la E o el PAS ha sido visto como posturas opuestas. Pero en su raíz reflejan aspectos con **valores comunes**:

- a. Ambas posturas se centran en reducir el sufrimiento humano.
- b. Pretenden no reducir el ser humano a la esfera exclusivamente biológica.
- c. Enfatizan la necesidad de hacer partícipe al paciente en la toma de decisiones, esto es, el principio de autonomía.
- d. Ambos posicionamientos reconocen que la muerte en sí mismo, no debería ser considerada como “el peor mal”, y hacen hincapié en que “una buena muerte” es posible.

Explorando los valores éticos comunes, se suscitan desacuerdos de varias clases, que se resumen en preguntas abiertas, que las resumo en la siguiente tabla.

Tabla 2. Preguntas abiertas

Empíricas	¿Los pacientes que solicitan E/PAS pidiendo?	Realmente lo están
	Están suficientemente informados de las alternativas disponibles? Son capaces de tomar decisiones? Están presionados?	
	¿La legalización de E/PAS	Conduciría a la muerte de
	pacientes en otras circunstancias no contempladas? Se perdería la confianza en el sistema sanitario? Conllevaría su ofrecimiento a los pacientes?	
	¿Cuál es la eficacia de los cuidados paliativos	En las mejores circunstancias? En sistemas más precarios?
	¿La legalización de E/PAS implica una actitud más compasiva ante el dolor y el sufrimiento individual?	
Normativa	¿La autodeterminación incluye	El derecho a escoger la muerte asistida? El derecho a matar a demanda del paciente?
	¿Qué peso ocupan los riesgos y los beneficios de legalizar E y PAS?	
	¿Es suficiente el “valor de la vida” para justificar una prohibición de matar, incluso si la persona cuya vida piensa que no merece la pena, desea ser matado?	
	¿Es una buena muerte la que conlleva la aceptación o la elección?	
	¿Es la muerte perjudicial en todos los casos?	
Estratégica	¿La legalización de la E/PAS	Dificultaría el desarrollo de los cuidados paliativos? Reduciría la motivación para proporcionar unos buenos cuidados paliativos?

48-Informe sobre la “Campaña Píldora del DíaAnterior”

La Comisión Central de Deontología, a petición de la Comisión Permanente del Consejo General de Colegios de Médicos, ha analizado el comunicado oficial de la Sociedad Española de Contracepción y el laboratorio farmacéutico Chiesi España sobre la “Campaña Píldora del Día Anterior”, procediendo a emitir el siguiente

INFORME

Antecedentes

1. El día 1 de febrero de 2011, la Sociedad Española de Contracepción y la empresa Chiesi España firmaron un comunicado oficial anunciando el inicio de la Campaña Píldora del Día Anterior con el fin de “ofrecer información y formación de los jóvenes en materia de educación sexual para que la afronten con responsabilidad y sin riesgos, contribuyendo así a disminuir los embarazos no deseados y las ITS”, preocupados porque “en España se producen más de 100.000 embarazos no deseados” y “un aumento significativo de los casos de infección de transmisión sexual entre los jóvenes”.
2. Se anunciaba que la campaña empezaría el día 10 de febrero en la Universidad Complutense de Madrid para continuar después en otras universidades. Dicha campaña consistiría en distribuir una caja que contiene una “píldora ficticia” con un prospecto donde se contemplan todos los métodos anticonceptivos existentes en la actualidad.
3. Igualmente informaba que se había “rediseñado y actualizado la página web www.informateya.com donde los jóvenes pueden encontrar las preguntas y respuestas más frecuentes en materia de educación sexual así como los sistemas de anticoncepción existentes, junto con toda la información de la campaña”.
4. Ese mismo día, 10 de febrero, Sanifax emitió un amplio dossier especial sobre la mencionada campaña, donde se exponía la “radiografía de la sexualidad juvenil en España”, basada en presuntas encuestas a los jóvenes.

5. Hechos

1. En la página web de Chiesi España no figuran sus productos; hay que consultarlos a través del Vademecum. Dentro de los productos hormonales vende Norlevo[®] (píldora del día después) y Alcis[®] (estradiol, para el tratamiento de la menopausia).
2. La página web www.informateya.com es propiedad y responsabilidad de Chiesi España.
3. En el apartado “Quiénes somos” de dicha página web, se afirma textualmente que “Chiesi España S.A. es una compañía farmacéutica reconocida internacionalmente, y su principal actividad se produce en el área de los fármacos éticos. Pretendemos ser competitivos e innovadores al proporcionar soluciones médicas para el tratamiento de pacientes con necesidades médicas relevantes”.

“El propósito de esta web es proporcionar información sobre temas relacionados con salud sexual y reproductiva, y en concreto, sobre la anticoncepción de emergencia, la llamada píldora de emergencia. El público a quien se dirige es toda persona que mantiene relaciones sexuales y necesita información sobre métodos anticonceptivos, y especialmente para el caso de que ya se haya producido un coito no protegido”.

4. La venta total de la píldora del día después aumentó un 155% a julio de 2010 en relación al año anterior y un 229% en lo referente a la venta directa en el mismo periodo.
5. Está demostrado que la promoción de la píldora del día después no ha contribuido a disminuir los abortos ni las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Como consecuencia de la promoción de la actividad sexual sin protección que se ha hecho entre los jóvenes, desde 2001 a 2009 la infección gonocócica aumentó un 99,6% y la sífilis en un 206% (datos de epidemiología del registro de enfermedades contagiosas del Instituto de Salud Carlos III).
6. Existen denuncias acerca de que en las oficinas de farmacia se distribuye masivamente el folleto informativo destinado a las usuarias de la “Píldora del Día Después”, elaborado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, cuyo contenido no sólo incurre en graves imprecisiones sobre su mecanismo de acción, sino que, tergiversando la realidad, llega a negar los efectos secundarios y contraindicaciones de este fármaco, omisión que sin duda incita a su consumo irresponsable. Lo anterior supone un evidente caso de publicidad engañosa que, además, puede tener una importante y

negativa repercusión en la protección de la salud de las usuarias, entre las que se encuentran un amplio sector de consumidoras menores de edad.

Consideraciones

1. La campaña “Píldora del Día Anterior” utiliza un envase que induce a confusión. Habría que dilucidar si es ético utilizar la apariencia de un producto farmacéutico con el objetivo de realizar una campaña supuestamente formativa.
2. La propia empresa Chiesi España manifiesta en la web www.informateya.com que su propósito fundamental es informar sobre la anticoncepción de emergencia y, en consecuencia, promocionar la venta de su píldora del día después. Se trata, por tanto, de un objetivo mercantilista.
3. La información debe ser diferente a la publicidad; es necesario separarlas aunque no siempre es fácil. Los mensajes promocionales que recibe la población sobre fármacos de venta libre suelen ser muy agresivos, como podría ser el caso de esta campaña.
4. La campaña publicitaria sobre la “Píldora del Día Anterior” potencia, por asociación de ideas, la demanda de la “Píldora del Día Después”.
5. Con la justificación de informar y formar a la juventud, se promueve una campaña sobre los métodos anticonceptivos, especialmente sobre un producto que es actualmente de libre dispensación en farmacias debido a las gestiones previas de la Sociedad Española de Contracepción y del propio laboratorio sobre las autoridades.
6. Hay que preguntarse si esta campaña puede conseguir realmente los fines que dicen proponerse sus promotores “información y formación de los jóvenes en materia de educación sexual para que la afronten con responsabilidad y sin riesgos, contribuyendo así a disminuir los embarazos no deseados y las ITS”. No explican si los 100.000 embarazos no deseados que mencionan son exclusivamente en jóvenes o en toda la población femenina fértil.
7. Por lo que respecta a la técnica, la campaña incide en una línea pedagógica incompleta. Una auténtica formación sobre sexualidad humana debería incluir la educación en la afectividad y no centrarse de forma exclusiva en el puro fisiologismo. Precisamente el uso del sexo tal como lo conciben Chiesi y la Sociedad Española de Contracepción ha contribuido a que las

ETS hayan aumentado de manera importante en los últimos años, al haber enviado el mensaje subliminar de que el uso de la píldora protege de todo tipo de riesgos.

8. Un médico no puede participar en campañas promocionales de medicamentos con ánimo de lucro, salvo que esa sea su profesión y se sepa claramente que trabaja para la industria farmacéutica. Una sociedad científica médica no actúa de forma deontológicamente correcta cuando apoya una campaña de un laboratorio cuyo fin es aumentar las ventas de la píldora del día después como indica en la web mencionada.
9. Las compañías farmacéuticas tienen legítimos intereses comerciales que se traducen en la promoción de sus productos mediante las tradicionales estrategias de información y publicidad. 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 sociedad²⁶.
10. Es condenable la práctica de hacer a los profesionales de la medicina objeto de estrategias promocionales que fundamentalmente tratan de obtener el mayor número de “impactos” publicitarios. El médico que en calidad de experto hace recomendaciones tanto en medios científicos como en medios de comunicación general debe hacer constar, si existen, sus vinculaciones con la industria.
11. Algunas sociedades científicas e instituciones médicas recomiendan a sus miembros la realización de registros de colaboraciones y declaración de conflicto 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.

Conclusiones

Primera. Consideramos que la campaña “Píldora del Día Anterior” promovida por la Sociedad Española de Contracepción y la empresa Chiesi, utilizando el prestigio de la profesión médica, es publicidad encubierta.

²⁶ ²⁸ Declaración de la Comisión Central de Deontología “Ética de la relación profesional del médico con la industria farmacéutica y las empresas sanitarias”, octubre 2005.

- Segunda.** Es contrario a la Deontología que un médico o asociación científica de médicos hagan publicidad de un producto sanitario.
- Tercera.** Sería punible desde la Deontología si se demostrara que algún miembro de esa Sociedad o la Sociedad misma obtuviera beneficios económicos, sin haberlos declarado, como consecuencia de la campaña.
- Cuarta.** Parece procedente pedir información a los promotores sobre el contenido de la campaña y de sus protagonistas por si entre ellos hay médicos que pudiesen haber incurrido en faltas deontológicas.

Madrid, 26 febrero de 2011

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

49. Libertad de prescripción

Ante las restricciones que algunas Comunidades Autónomas están imponiendo a los médicos con respecto al número de medicamentos financiados que pueden recetar de cada principio activo o grupo farmacológico y las críticas que estas actuaciones están levantando aduciendo que comportan una vulneración y restricción de la libertad de prescripción esta Comisión Central de Deontología quiere hacer las siguientes consideraciones:

Referencias legales

1. La Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios “regula y pretende asegurar la calidad de las prestaciones en todo el Sistema Nacional de Salud en un marco descentralizado capaz de impulsar el uso racional de los medicamentos y en el que el objetivo central sea que todos los ciudadanos sigan teniendo acceso al medicamento que necesiten, cuando y donde lo necesiten, en condiciones de efectividad y seguridad (Exposición de Motivos I in fine)”.
2. El artículo 85 de la mencionada Ley fomenta la “Prescripción por principio activo”: “Las Administraciones sanitarias fomentarán la prescripción de los medicamentos identificados por su principio activo en la receta médica.

En los casos en los que el prescriptor indique en la receta simplemente un principio activo, el farmacéutico dispensará el medicamento que tenga menor precio y, en caso de igualdad de precio, el genérico, si lo hubiere”.

3. En el artículo 88 reconoce “el derecho de todos los ciudadanos a obtener medicamentos en condiciones de igualdad en todo el Sistema Nacional de Salud, sin perjuicio de las medidas tendentes a racionalizar la prescripción y utilización de medicamentos y productos sanitarios que puedan adoptar las Comunidades Autónomas en el ejercicio de sus competencias”.
4. Distintas Comunidades Autónomas han dictado normas o legislado medidas tendentes a racionalizar el gasto farmacéutico. La última de ellas ha sido la gallega:
 - 4.1. El Diario Oficial de Galicia, con fecha 28 de diciembre de 2010, publica la Ley 12/2010 de 22 de diciembre, de racionalización del gasto en la prestación farmacéutica de la Comunidad Autónoma de Galicia.

Dicha Ley tiene como objeto “establecer medidas de racionalización del uso de medicamentos y productos sanitarios en el ámbito del Servicio Gallego de Salud, mediante la implantación de un catálogo priorizado de productos farmacéuticos”. En dicho catálogo “se incluirán los de menor precio de los que figuren en el Nomenclátor oficial de productos farmacéuticos financiados por el Sistema Nacional de Salud”.

Con respecto a los medicamentos, “el catálogo seleccionará algunos de los recogidos en un mismo conjunto de intercambio, entendiendo como tal el conjunto de los que tienen el mismo principio activo, la misma dosis, la misma presentación e igual número de unidades por envase. Estos medicamentos del conjunto de intercambio poseen la misma eficacia, seguridad y calidad y se consideran intercambiables entre sí”.

- 4.2. Con fecha 30 de diciembre de 2010 la Consejería de Sanidad del Gobierno Gallego publica el Catálogo Priorizado de Productos Farmacéuticos (fecha de su última actualización: 04/02/2011).

Documentos de referencia

Además de las referencias que a esta cuestión se hacen en el Código de Deontología, La Comisión Central de Deontología se ha pronunciado en varias ocasiones respecto a este asunto en las siguientes declaraciones:

1. “La libertad de prescripción del médico” (23-01-1999).
2. “Ética de la prescripción y la sustitución de medicamentos genéricos” (29-05-1999).
3. “Ética de la relación profesional del médico con la industria farmacéutica y las empresas sanitarias” (01-10-2005).

Criterios Deontológicos

1. La libertad de prescripción se basa en la capacidad del médico de prescribir una determinada sustancia o su equivalente terapéutico, no en si debe tener un nombre comercial u otro. De hecho en muchos de los hospitales se prescribe por principio activo o existen protocolos de intercambio terapéutico para los tratamientos más habituales de los pacientes que ingresan.

2. Es cierto que el médico debe disponer de libertad de prescripción (Art. 20 del Código de Ética y Deontología Médica) pero no es menos cierto que está obligado a procurar la mayor eficacia de su trabajo y el rendimiento óptimo de los medios que la sociedad pone a su disposición (Art. 6).
3. La libertad de prescripción no debe considerarse como un bien absoluto sin barreras ni límites. La Organización Mundial de la Salud indica que “un enfermo debe recibir el medicamento más indicado para su situación clínica, con la pauta terapéutica más adecuada, durante el tiempo necesario y de forma que suponga el menor costo posible para el paciente y la comunidad”. No hay que olvidar que en la medicina actual, libertad, responsabilidad y competencia están muy estrechamente imbricadas y son inseparables de las cuestiones científicas, socio-laborales y económicas que son ineludibles en la toma de decisiones.
4. La libertad de prescripción implica también tener en cuenta los aspectos económicos de las decisiones médicas. El médico no puede olvidar que los recursos con que se pagan las prescripciones pertenecen a toda la sociedad. Está por ello particularmente obligado a prescribir con racionalidad y buen sentido económico. Es deontológicamente inaceptable la prescripción de fármacos de precio más elevado cuando su eficacia sea idéntica a la de otros de costo inferior.
5. Hay que saber conjugar la libertad de prescripción y los derechos de los pacientes con la responsabilidad de administrar adecuadamente los recursos económicos que la sociedad pone en manos del médico. Existe el deber deontológico de prescribir con responsabilidad y moderación.
6. La administración sanitaria, cualquiera que sea el ámbito de su competencia, tiene el deber de asegurar la sostenibilidad del sistema sanitario público y por tanto de racionalizar el gasto. Para ello, entre otras cosas, debe cumplir con su deber de vigilancia, supervisión, optimización y control del gasto farmacéutico. Esto ha de hacerse siempre sin que suponga ningún ataque a la calidad y seguridad del sistema sanitario público, para que se considere un acto de responsabilidad necesario e ineludible.

Conclusiones

- Primera.-** No hay nada que objetar desde el punto de vista deontológico a las medidas de selección de medicamentos que puedan realizar las distintas administraciones sanitarias entendiéndose que los medicamentos que se puedan intercambiar o sustituir tienen similar eficacia, seguridad y calidad entre sí. De hecho esto ya se viene haciendo desde hace años en los hospitales públicos mediante políticas locales de compras en farmacia y/o protocolos de intercambio terapéutico.
- Segunda.-** En estos momentos es necesario juzgar y analizar la prescripción médica con mucha prudencia y un grado importante de corresponsabilidad dado que nos movemos en una realidad de preocupante incertidumbre por la sostenibilidad del sistema sanitario público.
- Tercera.-** Este tipo de iniciativas no deterioran la calidad de la asistencia muy al contrario pueden generar, mediante la optimización del gasto farmacéutico, un ahorro económico que debería permitir atender otras necesidades asistenciales.
- Cuarta.-** Tampoco suponen, en base a los criterios deontológicos expuestos, una vulneración de la libertad de prescripción del médico y mucho menos un riesgo para la seguridad de los pacientes. Más bien parecen actos de responsabilidad administrativa muy necesarios que no merecen ningún reproche ético.
- Quinta.-** No es función de esta Comisión Central de Deontología valorar la competencia o no de una Administración Autónoma para legislar y llevar a cabo las medidas mencionadas, sino la valoración de los aspectos deontológicos de las mismas. En consecuencia este posicionamiento deontológico no debe interpretarse por ningún interés de parte en cualquier conflicto competencial.

Madrid, 25 febrero de 2011

50- Recomendaciones ante el Proyecto de Ley de cuidados paliativos y muerte digna

Propuesta conjunta de OMC y SECPAL

La Organización Médica Colegial (OMC) y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) ven con satisfacción el anuncio de un proyecto de Ley de Cuidados Paliativos y Muerte Digna que está elaborando el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

OMC y SECPAL trabajan conjuntamente desde hace más de 10 años realizando estudios y publicando documentos dirigidos a la mejora de la atención sanitaria al final de la vida.

Desde la experiencia adquirida en estos años de estudio y colaboración consideramos oportuno hacer públicas las siguientes reflexiones y recomendaciones:

1. Los cuidados paliativos no pueden considerarse como un privilegio sino como un **derecho** de todos los ciudadanos.
2. Debe garantizarse el **acceso equitativo** a unos recursos de cuidados paliativos de calidad en todas las Comunidades Autónomas. Para ello es imprescindible establecer una política de recursos humanos y estructuras asistenciales adecuados, de acuerdo con los **estándares** recomendados por la Asociación Europea de Cuidados Paliativos.
3. En un ámbito más especializado la ley debe garantizar la creación de equipos de profesionales con **formación avanzada** y un **perfil específico** para esta atención.
4. La prestación de cuidados paliativos debe ser una competencia básica de todos los profesionales sanitarios, con independencia de su especialidad. Para ello es trascendental que la nueva ley establezca la **obligatoriedad de la formación en cuidados paliativos en los estudios universitarios**, impartida por profesionales con experiencia clínica en esta área asistencial.
5. La nueva ley debe garantizar que los profesionales que trabajan en los equipos de cuidados paliativos tengan la adecuada cualificación y una acreditación oficial. La creación del **Área de Capacitación Específica**, según lo previsto en la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias, sería la solución adecuada.
6. La nueva norma legal debe contemplar que los **niños** y los adultos con **enfermedades no oncológicas** accedan a la medicina paliativa en las mismas condiciones que los pacientes con cáncer.

7. Esta Ley es una oportunidad para simplificar la prescripción de fármacos opioides, mediante la **eliminación de la receta de estupefacientes** que deberá sustituirse por un sistema sencillo de registro que garantice el necesario control.
8. La nueva ley debe promover el respeto de la buena práctica médica y de los **códigos de deontología** de las profesiones sanitarias.
9. Los pacientes en situación de enfermedad terminal, con una expectativa de vida muy limitada deben tener derecho a las prestaciones de la Ley de Dependencia mediante un **procedimiento de acceso urgente**, pero limitado en el tiempo a un máximo de seis meses.
10. Esta nueva ley es una oportunidad histórica para articular un **equivalente a la baja laboral** para el familiar cuidador que facilite la atención del enfermo en el propio domicilio. Esto supondría un ahorro económico evidente al evitar estancias hospitalarias que son de altísimo coste, así como una mayor calidad de vida para el paciente.
11. Una norma legal que se propone garantizar la calidad asistencial en cuidados paliativos debe contemplar un sistema de **incentivación a la investigación** que respete la especial vulnerabilidad de los pacientes con enfermedades avanzadas.
12. Recomendamos que esta norma legal se denomine “**Ley de calidad en la atención al final de la vida**”, ya que los términos empleados inicialmente (“muerte digna” y “morir con dignidad”), tienen significados diversos y a veces contrapuestos, lo cual puede inducir a confusión.

Consideramos que esta ley puede ser una oportunidad para impulsar la divulgación social de los cuidados paliativos y de la solidaridad con el que sufre, como seña de identidad de la calidad moral de una sociedad.

Los cuidados que un pueblo presta a sus ciudadanos más frágiles son un exponente de su grado de civilización. En este esfuerzo colectivo, los médicos y demás profesionales sanitarios, fieles a nuestra mejor tradición humanística y humanitaria, siempre deberemos estar comprometidos.

Madrid, 15 de enero de 2011

51- La vacunación Pediátrica

La Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en sesión celebrada los días 5 y 6 de febrero de 2016, adoptó el acuerdo de aprobación la siguiente declaración, elaborada por la Comisión Central de Deontología sobre:

LA VACUNACIÓN PEDIÁTRICA

1. Introducción

La vacunación es un procedimiento médico que protege a las personas frente a enfermedades ocasionadas por microorganismos (bacterias, virus, etc.) y ha conseguido una disminución drástica de enfermedades hasta hace unos años tan frecuentes como la viruela (considerada erradicada), polio, difteria, etc. El procedimiento es fácil de aplicar, tiene una base científica indiscutible en vacunas pediátricas y de extraordinaria utilidad para la salud individual y colectiva. Es la acción sanitaria que con menor coste, produce más beneficio y llega a mayor número de personas y desde la perspectiva ética, mejor cumple el Principio de Justicia, ya que iguala a toda la población subsidiaria de vacunación.

Las vacunas pediátricas son muy seguras y los efectos secundarios que aparecen con alguna frecuencia son muy leves (febrícula y reacción local) y los graves son excepcionales. La relación beneficio/riesgo es sin duda alguna altamente positiva. Pero han aparecido voces en contra de la vacunación de los niños, maximizando los efectos secundarios y con especial referencia en algunos de importancia que dicen pueden aparecer a más largo plazo (autismo, enfermedades neurológicas como encefalitis desmielinizante), y que en absoluto están demostrados. Por tanto, difundir estos postulados es desinformar a la población y crear infundada alarma social.

Un reciente estudio de la escuela de Salud Pública Johns Hopkins Bloomberg de Baltimore y presentado por *Meghan Moran et al.* "*Why are antivaccine messages so persuasive? A content analysis of anti-vaccine websites to inform the development of vaccine promotion strategies*". *American Public Health Association's Annual Meeting in Chicago* (3 de noviembre, 2015), ha analizado 500 páginas Web de colectivos anti vacunas en que se propagan sus ideas. Utilizaron los buscadores Google, Bing, Yahoo y Ask Jeeves con términos como "*peligros de la inmunización* ", "*peligro vacuna*" y tras la eliminación de duplicados, obtuvieron información de webs de salud y personales, blogs y Facebook.

El trabajo constata que el 70% de las informaciones utilizan terminología científica poco comprensible para los no profesionales sanitarios, en apoyo de la peligrosidad de las vacunas y el estudio evidencia que en estas redes de divulgación hay "*una considerable cantidad de desinformación y pseudociencia*"; asegurando que el 65% de las vacunas pueden causar autismo, casi el 50% daño cerebral, con pretendidas evidencias científicas que en realidad no lo son, mientras que el 30% para defender estos catastrofistas presagios tan solo recurren a simples casos excepcionales, sin que además existan evidencias incuestionables para apoyar la relación pretendida entre el daño y la vacunación.

Algunos defensores de los postulados en contra de la vacunación hacen referencia a los intereses económicos de laboratorios para justificar su actitud. Los ingresos de una compañía farmacéutica por la venta de vacunas son mucho menores a los que obtiene con la mayoría de los otros fármacos. En las cuatro compañías que fabrican vacunas, estas representan una media del 3-4% de su total de ventas. Esto supone que podrían dejar de fabricarlas sin sufrir demasiado impacto en su negocio. En todo caso, este no puede ser un argumento que invalidara la científicamente demostrada eficacia de las vacunas. También si lo que se pretende insinuar es que los médicos que mayoritariamente recomiendan la vacunación, actúan bajo presión comercial, se está sugiriendo que esta inmensa mayoría de profesionales son manipulables, sugerencia totalmente falsa.

Los profesionales sanitarios tienen la obligación y la responsabilidad de recomendar la vacunación, si bien no todas las vacunas con igual fuerza, pues no es comparable el riesgo que supone tener una enfermedad u otra ni el porcentaje de protección que confieren. No es lo mismo por ejemplo la vacunación contra la difteria, de incuestionable eficacia en una enfermedad que puede llegar a ser mortal, que la vacunación antigripal anual, enfermedad más leve y que la vacuna preventiva tiene algunos interrogantes. A pesar de las enormes ventajas preventivas de la vacunación infantil, esta no es obligatoria en España y los padres pueden optar por rechazarlas o aceptar unas vacunas y rechazar otras.

La incorporación incesante de nuevas vacunas en el calendario recomendado, es otra cuestión con indudables implicaciones éticas y exige un ejercicio de prudencia y un posicionamiento crítico, no diferente al que se tiene o se debería tener con innovaciones de fármacos o de nuevas tecnologías, es decir regirse por criterios de efectividad, seguridad y eficiencia, basados en pruebas y evidencias científicas.

2. Información a la población

De especial relevancia ética es la información a la población, tanto por las administraciones sanitarias como por los laboratorios productores y por los

profesionales sanitarios, así como considerar su repercusión social. Es necesario que el médico se interese por los valores y creencias de los padres con dudas a vacunar a sus hijos, que van desde el temor a reacciones adversas reales o imaginarias hasta credos culturales, religiosos o de otro tipo. El médico debe explicar argumentos y evidencias que contrarresten estas falsas creencias. Estudios científicos revelan que el 28% de los padres ponen en tela de juicio las vacunas y el 6% las rechazan de pleno. La vacuna de la varicela es la que genera más reticencias por desconfianza acerca de su seguridad.

Las reticencias de los padres se basan entre otras razones en: Dudas sobre la necesidad y la eficacia de las vacunas, que estas o sus aditivos sean inseguros y puedan dar efectos secundarios de importancia, así como la posibilidad indemostrada que la sobrecarga del sistema inmunitario pueda en un futuro afectar negativamente al niño.

Con alguna frecuencia y cada vez más y más fácilmente, estos padres disponen de mucha información a través de las redes sociales que en demasiadas ocasiones suele ser incorrecta, no contrastada, cuando no rotundamente falsa, lo que contribuye a difundir ideas erróneas y mitos sobre las vacunas. El manejo frívolo de los riesgos sea quien sea el que los haga apoyándose en argumentos con escasa o nula base científica, genera desconcierto y pérdida de confianza en las recomendaciones de los médicos.

3. ¿La vacunación pediátrica debe ser obligatoria?

A diferencia de otros países, la vacunación en España no es obligatoria. Ahora bien, las vacunaciones forman parte de la cartera de servicios de Atención Primaria aprobada por el Consejo Interterritorial de Sistema Nacional de Salud y las Comunidades Autónomas ofrecen esta prestación y son competentes para establecer sus calendarios, que financia el sistema sanitario público y que sería muy conveniente se unificaran para todo el país.

El modelo español difiere de otros como, por ejemplo, el de USA, donde el calendario de vacunaciones es en la práctica obligatorio, aunque se reconocen exenciones por creencias filosóficas o religiosas o contraindicación médica. La escuela actúa como mecanismo de control, pues se exige la vacunación oficial para el acceso a la escolarización.

La cobertura en España, a pesar de la no obligatoriedad, es incluso superior a la de países en los que la vacunación es obligatoria. Se debe a varias razones, entre otras: a) La implicación de los profesionales médicos de Atención Primaria y la colaboración práctica de enfermería; b) las campañas institucionales de promoción de la vacunación; c) el papel difusor, formativo e informativo de los pediatras y de las sociedades científicas; d) la generalizada

aceptación de las vacunas entre los padres para sus hijos en la población española; e) la gratuidad de las vacunas del calendario oficial de vacunación.

La negativa familiar a la vacunación plantea un conflicto de valores entre el derecho de los padres a la crianza de sus hijos según sus valores y creencias y el principio de justicia, al poner en riesgo la inmunidad personal y la de grupo. En España, la ley protege la capacidad de decisión de los padres al no obligar al cumplimiento del calendario oficial de vacunación. Los médicos y sobre todo pediatras deben tener un papel esencial ya que el respeto a la autonomía de los ciudadanos no exime de argumentar e intentar persuadirlos para conseguir actitudes y decisiones saludables para los niños.

La vacunación es un derecho básico. Según la reciente Ley 26/2015, de 28 de julio, relativa a la protección a la infancia y a la adolescencia y la Ley Orgánica 8/2015, se consagra el principio de prevalencia del interés superior del menor a la salud. Son los niños quienes sufren la bondad o el riesgo, de algo, las vacunas, aceptado o rechazado por sus padres, en el ejercicio de su representación legal y patria potestad, con lo que se produce otro valor en conflicto, el derecho inalienable del niño a que se proteja su salud. Es cierto que gracias a la inmunidad de grupo, para el niño no vacunado no supone un riesgo grave y los padres saben de su protección siempre y cuando la mayoría de la población esté vacunada. Ahora bien, esta realidad afecta al *principio de justicia* al poner en riesgo la inmunidad del grupo. Si todos actuaran así, tarde o temprano se producirá un brote de enfermedades infecciosas prevenibles (ejemplos recientes en Europa y en España).

Especial consideración merece una referencia a la administración de vacunas. Debe conocerse que cuando se vacuna a la población pediátrica se actúa fruto de una decisión de la autoridad sanitaria en materia de salud pública por un riesgo epidemiológico detectado y en aras de preservar y reducir la existencia de ciertas enfermedades infecciosas en la infancia y, asimismo, reducir la mortalidad infantil: es por ello que no se requiere un diagnóstico previo puesto que aún no hay enfermos, ni enfermedad que diagnosticar y el cumplimiento de esa orden de la autoridad sanitaria sufre, por tanto, a la prescripción facultativa.

4. Responsabilidad de los médicos

La responsabilidad del médico, ante el rechazo de vacunación, no debe limitarse a informar. El respeto a la autonomía del paciente no debe confundirse con la delegación de responsabilidades médicas, amparándose

en el <:yo ya le informé de todo, ahora decidan Uds., la responsabilidad es suya». El médico debe hacer un esfuerzo para entender las motivaciones de los padres, sus preferencias y sus valores, sobre todo al considerar que está en juego la salud de sus hijos, sin posibilidades de tomar decisiones que le afectan.

De todas maneras, se ha de intentar comprender y no juzgar para sentar las bases de colaboración y tomar decisiones conjuntas con los padres buscando acuerdos, en un clima de respeto y progresiva confianza. Se puede incluso acceder a la negación de una vacuna, pero lograr que se reciba otras y dejar abierta la posibilidad de reconsiderarlo más adelante.

Por todo ello, es actualmente preferible la evidencia científica y la razón ética de convencer con argumentos, ya que la obligatoriedad conlleva en la sociedad sentimientos en contra. Por ello en nuestra moderna y abierta sociedad, suele ser a la larga más efectivo el convencer, que la obligación impuesta.

Además de momento no es imprescindible la vacunación universal, ya que en España hay altos porcentajes, alrededor del 90% de coberturas vacúnales en la infancia, fruto en gran parte de la labor preventiva de los profesionales sanitarios.

Ahora bien, hay que insistir a los padres que las vacunas son un derecho de todos los niños, y que deberán asumir los daños que pueden producirse por la no vacunación. Por todo ello hoy en día no es ineludible la obligatoriedad de la vacunación en nuestros niños, pero ante el descenso de la población inmunizada con peligro de aparición de brotes de infecciones prevenibles, habría que plantear y legislar su obligación, de forma similar a la obligatoriedad del cinturón de seguridad en coches o casco en motos.

El colectivo médico lamenta que se hayan producido recientemente fallecimientos en niños por difteria (el último caso de fallecimiento se refería en 1987) y tos ferina enfermedades fácilmente prevenibles. Es preciso recordar el deber de los médicos, reflejado en varios artículos 5.1, 12.2, 21.1, 25.1, 25.2 y 26.1, del Código de Deontología Médica (CDM), en que obliga a emplear los medios necesarios disponibles para preservar la salud, no prescribir medicamentos o no emplear procedimientos ni hacer recomendaciones que no estén basados en la evidencia científica o en la eficacia clínica basada en la experiencia. Hacer lo contrario vulneraría los principios de beneficencia y de no maleficencia.

5. Conclusiones

- Primera.** Los poderes públicos siguiendo el mandato constitucional deben poner al servicio de los médicos y de la población todas aquellas vacunas que han demostrado fehacientemente su efectividad, seguridad y eficacia.
- Segunda.** Los médicos tienen el deber deontológico de promover la vacunación universal en aquellas enfermedades en que dicha vacunación se ha demostrado como de probada efectividad, seguridad y eficacia.
- Tercera.** La existencia de un calendario vacunal común refuerza la confianza sanitaria y social en las vacunas
- Cuarta.** El médico debe recordar siempre que es garante de la salud e integridad del paciente menor de edad y del mayor beneficio para el menor ante situaciones en que se ponga en riesgo su salud.
- Quinta.** La Ética y la Deontología señalan que los colegas médicos que públicamente o incluso en el ejercicio personal de la profesión, desaconsejen las vacunaciones indicadas en el calendario oficial, sin concurrencia de contraindicación justificada, vulneran las normas del CDM y como consecuencia pueden considerarse actuaciones profesionales de praxis, cuanto menos inadecuada y, en ocasiones, peligrosas.

Madrid, 8 de febrero de 2016

*52- Los conflictos ético-
Deontológicos que plantea la
publicidad avalada por las
instituciones, organizaciones y
sociedades científico médicas*

La Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en sesión celebrada los días 5 y 6 de febrero de 2016, adoptó el acuerdo de aprobación la siguiente declaración, elaborada por la Comisión Central de Deontología:

"Los conflictos ético–deontológicos que plantea la publicidad avalada por las instituciones, organizaciones y Sociedades Científico Médicas"

1. Introducción

La Comisión Permanente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) solicita la valoración a la Comisión Central de Deontología del escrito y la documentación remitidos mediante correo electrónico el día 17 de julio de 2015 por parte de una colegiada y miembro de una comisión de Deontología provincial, .al presidente del CGCOM.

Para dar trámite a dicha solicitud, el escrito es dirigido al Presidente de la Comisión Central de Deontología con registro de salida del CGCOM de día 14/09/2015, y en él se hace referencia a la relación existente entre algunas sociedades médicas científicas y la promoción de productos alimentarios o de cualquier otro artículo de consumo, hecho que está siendo actualmente objeto de crítica entre numerosos colegiados, sobre todo a *través* de las redes sociales.

A continuación se expone el contenido de dicho escrito y la documentación acompañante:

-Expone la colegiada que ha solicitado la valoración de la Comisión Central de Deontología que: *"La imagen que transmitimos a la sociedad como profesionales y sobre todo el engaño que esto supone para el ciudadano es el motivo de la crítica suscitada"*. Pone

como ejemplos: *"cereales y galletas cargados de azúcar avalados por la sociedad de....., salchichas con sellos de fundaciones científicas del , y bebidas que contienen hasta 16*

cucharadas de azúcar asociadas a varios sellos médicos detrás. Pañales. Compresas, leche, mantequilla, compuestos de omega-3 sin evidencia científica, etc ..." Nos traslada algunos ejemplos que nos lleva a considerar que, más allá de lo que se anuncie, parece grave que se preste la imagen de médicos y sociedades científicas para avalar la superioridad y excelencia sanitaria de

determinados productos alimentarios o de unas marcas comerciales sobre otras sin que se haya probado la base científica sobre la que se sustenta esta publicidad.

-También se plantea el problema de que el Código de Deontología Médica (CDM) hace

53- El secreto profesional, defensa social y protección de riesgos laborales

Julio 2017

La Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en sesión celebrada el 8 de Julio de 2017, adoptó el acuerdo de aprobar la siguiente **Declaración SOBRE EL SECRETO PROFESIONAL, DEFENSA SOCIAL Y PROTECCIÓN DE RIESGOS LABORALES.**

1- INTRODUCCIÓN: MOTIVOS PARA LA DECLARACIÓN SOBRE SECRETO PROFESIONAL Y LA DEFENSA SOCIAL

Las grandes leyes de finales del siglo XIX buscaron las alianzas de los médicos para la solución de dos de los grandes problemas de la sociedad de aquella época: el crimen y las epidemias, junto a otras cuestiones de sustrato médico de interés para el derecho privado. Para evitar que los crímenes quedaran impunes la ley de Enjuiciamiento Criminal establece en su artículo 355 la obligatoriedad de dar parte al juez de todas aquellas lesiones o hechos violentos de los que el médico tuviera noticias con ocasión de su ejercicio profesional. La otra gran cuestión era evitar las epidemias para lo cual se obliga al médico a denunciar a las autoridades sanitarias una serie de enfermedades infecto-contagiosas, que previamente se habían catalogado como de declaración obligatoria. Ambas situaciones, y obligaciones, se han mantenido hasta nuestros días, si bien algunas se han visto reforzadas con ocasión de una nueva plaga que asola a la sociedad, cual es la violencia de género. El legislador se vuelve a apoyar en los médicos buscando su cooperación para detectar estas agresiones.

Es evidente que en ambas situaciones se rompe y quebrantan derechos individuales, el de los pacientes, para preservar su confidencialidad; la denuncia se hará, aunque el lesionado o el infectado se opongan, y el médico no pueda preservar el secreto que ha jurado mantener. Los defensores a ultranza de los derechos individuales han tenido que reconocer que, en determinadas circunstancias, estos han de ceder a favor de los derechos de la sociedad. Pero cualquier lesión de derechos, máxime si son fundamentales, han de tener unas sólidas bases y siempre ha de cumplirse el principio de la proporcionalidad. Si ha de quebrantarse que sea lo menos posible y siempre ponderando los bienes que han de derivarse de un hecho de esa trascendencia.

Ya sabemos que no hay derechos absolutos, todos tienen excepciones, la línea que los delimita es el bien común. En algunas circunstancias se confunden derechos prima facie, derechos de primera generación, derechos naturales que se tiene por el hecho de ser persona, son los llamados de la personalidad, con otros que no lo son, son los derechos legales, aquellos que han de sujetarse a una ley que los regula. El tener una licencia de armas, el poseer un carnet de conducir, el acceso a un puesto de trabajo, etc. Esto derechos se han de atener a las leyes que los regulan.

La sociedad de nuestro tiempo ha puesto en las manos de los ciudadanos, instrumentos, medios y productos intrínsecamente peligrosos, de tal suerte que mal usados, dolosa o culposamente, podría causar estragos en la población. La prensa se hace eco de estos hechos: el piloto que estrella el avión, el maquinista que se salta todos los reglamentos y descarrila un tren, el capitán de un yate que hunde un barco, el anciano que atropella a un grupo de ciclistas, el enfermo mental que tirotea a una población, el operario que con evidentes defectos psicorgánicos no advierte del riesgo de explosión de una caldera o de una contaminación con productos tóxicos. Todas estas personas pasan indefectiblemente por un médico para obtener las licencias que le autorizan a manejar esos instrumentos o máquinas. La responsabilidad recae sobre los médicos, porque el estado les transfiere el deber de cumplir esa función en garantía de la sociedad. La cuestión es: ¿ese deber de garante social lo es sólo para aquellos médicos que por una ley administrativa lo tienen transferido o lo es para todos como ocurre con la denuncia de las lesiones y de las enfermedades infecto-contagiosas? Esta es la cuestión que se ha planteado la Comisión Central de Deontología.

2- CONSIDERACIONES GENERALES

A- Conceptos relacionados con el secreto médico

Intimidad: “Lo más interior y reservado de la persona o grupo familiar”. La intimidad se ha referido tradicionalmente a las creencias religiosas y con la actividad moral de la persona. Hoy abarca dimensiones más amplias que las puramente religiosas o morales.

Privacidad: tradicionalmente se ha referido a limitar el acceso de otros al cuerpo o la mente de uno mediante el contacto físico o la exposición de pensamientos o de sentimientos.

Confidencialidad: La confidencialidad implica la seguridad recíproca compartida entre dos personas de que la información personal y privada (íntima) que se comunica de una persona a otra no será expuesta a terceras personas por el receptor de la información.

La confidencialidad tiene sus raíces en la práctica humana de compartir y guardar secretos. La privacidad y la confidencialidad son similares en cuanto que ambas son contrarias a la idea de “lo público”: lo que es privado y confidencial no es público. Sin embargo, privacidad y confidencialidad no son términos equivalentes. Abandonar la privacidad personal es una precondition para establecer la confidencialidad. La privacidad es personal, mientras que la confidencialidad requiere de al menos dos personas.

Secreto médico: Compromiso que adquiere el médico, ante el paciente y la sociedad, de guardar silencio sobre toda información que llegue a conocer sobre el paciente en el curso de su actuación profesional. La palabra *secreto* hace referencia a “lo que debe mantenerse separado de la vista y del conocimiento de los demás”.

El secreto médico como “deber” viene ya recogido en el Juramento Hipocrático, pero no será hasta el siglo XVIII que dicho deber se corresponderá con el derecho de los pacientes a la confidencialidad, produciéndose un gran acercamiento entre la medicina y el derecho

Confidente necesario: todo aquel que queda justificado para conocer datos confidenciales de un paciente o usuario por ser su colaboración necesaria para asegurar la atención sanitaria y los servicios profesionales que hacen necesario recoger información confidencial.

Estado de necesidad: Caracterización jurídica de una determinada situación, recogida en el artículo 20 del Código Penal, en la que una persona, para evitar un mal propio o ajeno, lesiona un bien jurídico de otra o infringe un deber siempre que concurren los siguientes requisitos:

- 1) Que el mal causado no sea mayor que el que se trate de evitar.
- 2) Que la situación de necesidad no haya sido provocada intencionadamente por el sujeto.
- 3) Que el necesitado no tenga, por su oficio o cargo, obligación de sacrificarse

B- Bases Legales

Con respecto a la intimidad, la confidencialidad y el secreto profesional encontramos mucha legislación de referencia, si bien aún no se ha desarrollado una ley específica del secreto médico:

- Constitución Española
- Ley de Enjuiciamiento Criminal
- Ley General de Sanidad, 14/1986
- Ley Orgánica de Protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen. Ley 1 / 1982
- Ley Básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41 /2002.
- Ley Orgánica 15/1999 de Protección de datos de carácter personal
- Código penal
- Ley Orgánica 3/1986 de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública.
- Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Ley 31 /1995
- Reglamento de los Servicios de Prevención. Real Decreto 39 / 1997

3- FUNDAMENTOS ÉTICOS Y DEONTOLÓGICOS

Analicemos ahora la Confidencialidad y el Secreto Profesional desde los fundamentos éticos en los que se sustenta:

- **Respeto a la autonomía del paciente:**
 - Muchos autores consideran que el *respeto a la autonomía personal* es la premisa más importante para fundamentar la salvaguarda de la confidencialidad. El argumento sería que sin confidencialidad no hay privacidad, y sin ella se pierde el control de la propia vida.
- **Existencia de un pacto implícito en la relación clínica:**
 - Una segunda razón que justifica el deber de secreto es *la existencia de un pacto implícito en la relación clínica*. Esta promesa tácita de discreción puede entenderse como un auténtico contrato según el cual se intercambia información, propiedad del paciente, con la condición de que sea utilizada exclusivamente para su atención sanitaria
- **Confianza social en la reserva de la profesión médica:**
 - La tercera razón para justificar la obligación de secreto es *la confianza social en la reserva de la profesión médica*. Si no existiera el compromiso de los médicos de salvaguardar la confidencialidad, los pacientes no se acercarían a la consulta confiadamente.
- **Lealtad al paciente:**
 - *La lealtad* es otro modo de enfocar la fundamentación del deber de secreto. Por ella se espera que el facultativo y sus colaboradores hagan uso de la información sólo para la finalidad para la que fue recogida.

De todos estos argumentos éticos, queremos remarcar el que hace referencia a la “confianza social en la reserva de la profesión médica” en el que basa el secreto médico como una necesidad ética desde la perspectiva utilitarista de protección social. Pero el problema puede plantearse a la inversa, es decir, en los casos en que para dicha protección social lo que se plantea como necesario es justamente lo contrario, revelar el secreto.

Frente a dicho dilema, es muy relevante lo manifestado por la Asociación Médica Mundial en su revisión de Ética Médica de 2015:

- ✓ **La medicina hoy, más que nunca antes, es más bien una actividad social que algo estrictamente individual y justifica que en casos**

excepcionales el médico tenga que poner los intereses de otros por encima de los del paciente.

- ✓ **El secreto médico es esencialmente un bien social.** Si la revelación resulta algo bueno para la sociedad, el médico ha de valorar por una parte el bien social que puede significar, en este caso lo contrario, la revelación del secreto frente al mantenimiento del mismo.

El Código de Deontología Médica (CDM) dedica el capítulo V al Secreto profesional del médico y el artículo 30 a las excepciones al deber de secreto.

Artículo 30

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

- En las enfermedades de declaración obligatoria.
- En las certificaciones de nacimiento y defunción.
- Si con su silencio diera lugar a un perjuicio al propio paciente o a otras personas, o a un peligro colectivo.
- Cuando se vea injustamente perjudicado por mantener el secreto del paciente y éste permita tal situación.
- En caso de malos tratos, especialmente a niños, ancianos y discapacitados psíquicos o actos de agresión sexual.
- Cuando sea llamado por el Colegio a testificar en materia disciplinaria.
- Aunque el paciente lo autorice, el médico procurara siempre mantener el secreto por la importancia que tiene la confianza de la sociedad en la confidencialidad profesional.
- Por imperativo legal:

➤ *En el parte de lesiones, que todo médico viene obligado a enviar al juez cuando asiste a un lesionado.*

➤ *Cuando actúe como perito, inspector, médico forense, juez instructor o similar.*

➤ *Ante el requerimiento en un proceso judicial por presunto delito, que precise de la aportación del historial médico del paciente, el médico dará a conocer al juez que éticamente está obligado a guardar el secreto profesional y procurará aportar exclusivamente los datos necesarios y ajustados al caso concreto.*

Ya vemos que el CDM permite la revelación del secreto médico en sus justos límites y como algo excepcional en determinadas situaciones. Hoy por hoy, la concepción del secreto como obligación absoluta ha cedido mayoritariamente frente a un proteccionismo relativo. Las corrientes que defienden un

proteccionismo “fuerte” también admiten la existencia de excepciones, pero sólo cuando entra en juego la salud o la vida de terceras personas.

Es obvio que la revelación del secreto médico, aún para proteger a terceros o a la sociedad, plantea al médico un gran problema ético no exento de responsabilidad legal.

La respuesta que proponen la mayoría de autores para este conflicto pasa por considerar una serie de criterios antes de revelar el secreto:

- El daño puede afectar a una tercera o terceras personas concretas
- Valoración de la magnitud del daño
- Probabilidad de que se produzca
- La inminencia del daño
- La probabilidad de que una intervención pueda mitigarlo
- El grado en que se hayan utilizado otros medios distintos al quebrantamiento de la confidencialidad
- Si el propio paciente es el agente del daño

Otra forma de abordar el problema es desde los principios de la bioética: al revelar el secreto, ¿hay un beneficio social *cierto*? Si el beneficio es cierto y no sólo probable, el principio de justicia prevalecería sobre el de autonomía y justificaría revelar el secreto.

4: REPERCUSIÓN EN EL MUNDO DEL TRABAJO. SALUD LABORAL

A- Medicina del Trabajo

La Medicina del Trabajo es una especialidad de orientación social con tres fines bien diferenciados: preventivo, clínico y pericial. La Medicina del Trabajo ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud como: *“La especialidad médica que, actuando aislada o comunitariamente, estudia los medios preventivos para conseguir el más alto grado de bienestar físico, psíquico y social de los trabajadores, en relación con la capacidad de éstos, con las características y riesgos de su trabajo, el ambiente laboral y la influencia de éste en su entorno, así como promueve los medios para el diagnóstico, tratamiento, adaptación, rehabilitación y calificación de la patología producida o condicionada por el trabajo”.*

B- Reconocimientos médicos laborales

Uno de los pilares básicos de la Vigilancia de la Salud de los trabajadores es el Reconocimiento Médico Laboral (RML). Los Reconocimientos Médicos Laborales generan información sobre el estado de salud de los trabajadores; información que proviene de la intimidad del trabajador y como tal información íntima debe manejarse.

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31 /1995) es categórica en cuanto que los RML deben llevarse a cabo *“Con especial atención a la*

protección de la confidencialidad y el respeto a la intimidad". En el Artículo 22 se nos dice que el derecho a la intimidad, confidencialidad y dignidad del trabajador actúan como límites de la actividad empresarial. Al mismo tiempo la Constitución, en su Artículo 18, reconoce el derecho a la intimidad como un derecho fundamental pero **no absoluto**.

Los datos recogidos en un RML hay que utilizarlos con una especial sensibilidad porque pueden llegar a lesionar otro derecho fundamental del ser humano: El Derecho al Trabajo. El Médico del Trabajo llevará cabo la vigilancia y control de la salud de los trabajadores respetando siempre el derecho a la intimidad y la confidencialidad de toda la información concerniente a su estado de salud, en el caso de incumplir este deber, según el artículo 13 del Real Decreto Legislativo 5/2000, incurrirá en infracción muy grave.

En la Ley Orgánica 1 / 1982 de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen en su Artículo 7-4 puede leerse textualmente: "*Tendrán la consideración de intromisiones ilegítimas en el ámbito de protección delimitado por el artículo segundo de esta Ley: La revelación de datos privados de una persona o familia conocidos a través de la actividad profesional u oficial de quien los revela*".

El Artículo 10 de la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986) dispone que todas las personas tienen derecho al respeto de su personalidad, dignidad humana e intimidad, y a la confidencialidad de toda información relacionada con su proceso. Por su parte, la Ley de Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica (Ley 41/2002) establece en su artículo 7 que se debe respetar en todas las personas el carácter confidencial de los datos relacionados con su salud y que nadie puede acceder a ellos si previamente no ha sido autorizado. De esta forma se consigue, por un lado, restringir el acceso a tal información, sólo al alcance de los autorizados, y, por otro lado, imponer el deber de reserva y sigilo profesional.

El Artículo 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995) se refiere a la confidencialidad de toda la información relacionada con el estado de salud del trabajador. El personal médico queda vinculado por la exigencia de confidencialidad, lo que implica que deberá guardar secreto acerca de los datos que conozca de la salud de la persona, tanto dentro como fuera de la empresa, es decir, también frente a terceros.

El Tribunal Constitucional ha señalado reiteradamente que el Derecho a la Intimidad y Confidencialidad no es un derecho absoluto, sino que puede ceder en determinadas situaciones:

- Ante lo límites que imponga la propia Constitución
- Ante la necesidad de preservar otros derechos o bienes jurídicamente protegibles

C- Consideraciones y obligaciones de la Medicina del Trabajo

- Hay la obligación de preservar la intimidad y la confidencialidad de los trabajadores.
- Los datos derivados de los RML solamente serán comunicados a los trabajadores afectados, estando disponibles para los servicios médicos responsables de su salud y la autoridad sanitaria. Tenemos la obligación de usar los datos derivados de los reconocimientos médicos laborales con absoluta cautela, máxima discreción y confidencialidad.
- Los datos relativos a la vigilancia de la salud no podrán ser usados con fines discriminatorios ni en perjuicio del trabajador
- El Derecho al Trabajo es un derecho fundamental.
- Expresar la información en términos inocuos.
- Informar al empresario de las conclusiones que se deriven de los RML en relación con la aptitud del trabajador para el desempeño del puesto de trabajo o con la necesidad de introducir mejoras en las medidas de protección o prevención.
- Comunicar solo lo imprescindible para permitir y hacer útil la corrección de medidas que favorezcan la salud y seguridad de los trabajadores. Especial sensibilidad merecen aquellos trabajadores a los que se les impongan limitaciones dentro de las actividades propias de su actividad laboral. Así en el artículo 25.1 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (31/95) puede leerse este fin: *“El empresario garantizará de manera específica la protección de los trabajadores que, por sus propias características personales o estado biológico conocido, incluidos aquellos que tengan reconocida la situación de discapacidad física, psíquica o sensorial”. “Los trabajadores no serán empleados en aquellos puestos de trabajo en los que, a causa de sus características personales, estado biológico o por su discapacidad física, psíquica o sensorial debidamente reconocida, puedan ellos, los demás trabajadores u otras personas relacionadas con la empresa ponerse en situación de peligro”*. Por lo tanto, es de obligado cumplimiento.
- En situaciones especialmente peligrosas se informará a la empresa y a la autoridad competente.
- El médico del trabajo llevará a cabo la vigilancia y control de la salud de los trabajadores, respetando el derecho a la intimidad y seguridad de las personas y a la confidencialidad de la información relacionada con su salud. Cualquier otra información deberá contar con el consentimiento del trabajador.
- Prudencia y diligencia en la elaboración de informes y certificados pues son documentos médicos-legales de los que emanan graves responsabilidades

- El Médico del Trabajo será sumamente diligente cuando sea conocedor de información especialmente sensible:
 - *Adicciones del trabajador que supongan un serio riesgo para el mismo, los compañeros, la empresa o terceras personas.*
 - *Trastornos mentales que supongan un riesgo para el mismo, los compañeros, la empresa o terceras personas.*
 - *Trastornos que ocasionen discapacidades o minusvalías psicorgánicas.*

5. SITUACIONES QUE MERECEN ESPECIAL CONSIDERACIÓN*

**En este apartado la Comisión Central de Deontología ha tenido en cuenta algunas de las propuestas del documento: “El secreto profesional médico y la protección a terceros. Reflexiones y propuestas a raíz del accidente de aviación de Germanwings ocurrido en los Alpes franceses el 24 de marzo de 2015”. Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, 31 de marzo de 2016*

a) El paciente psiquiátrico

El médico debe cumplir el deber de secreto con el paciente psiquiátrico con más rigor, si cabe, que con otro tipo de pacientes por la estigmatización que la enfermedad mental conlleva.

Clara evidencia de dicho estigma está en el debate social, aún presente hoy en día, sobre la consideración de estas personas como potencialmente peligrosas por lo que la protección a terceros prevalecería sobre el deber de secreto.

Este tipo de actitud puede llevar a las personas que padecen estos problemas de salud a sentirse amenazadas y en consecuencia a evitar el contacto con el sistema sanitario. Esto llevará a que no puedan acceder a los recursos terapéuticos y sus posibilidades de curación o control de la enfermedad serán menores, aumentando así la estigmatización de las mismas.

En todo caso el paciente psiquiátrico agresivo es excepcional y siempre, antes de cualquier revelación de secreto médico, se deberá sopesar el riesgo que se pretende evitar frente al posible daño que puede suponer en la relación médico-paciente.

b) El paciente infecto-contagioso

El caso más paradigmático es el del paciente infectado por el VIH que, a pesar de las advertencias del profesional, se niega a tomar precauciones en las relaciones con su pareja. Este caso plantea claramente el conflicto entre dos valores: el de la protección de la salud o la vida de una o varias personas

frente al derecho que tiene el paciente a que se le respete su intimidad y confidencialidad, y el deber correlativo del médico al secreto médico.

El paciente precisará de apoyo emocional pues la negación es un mecanismo de defensa del yo, por lo que será necesario fortalecer la relación de confianza con el paciente. Ahora bien, si el paciente se niega a adoptar medidas de protección o comunicar a su pareja su condición de seropositividad, sería éste el caso más paradigmático de justificación de revelación del secreto médico.

c) Paciente en situación de Incapacidad Transitoria (IT)

Aunque las excepciones al deber de secreto están consideradas en la propia doctrina del Tribunal Constitucional al establecer que la confidencialidad no es un derecho absoluto o ilimitado, como igualmente están recogidas en el Código de Deontología Médica; el debate sobre los límites del secreto médico ha adquirido notable actualidad. El factor desencadenante de dicho debate social ha sido sin duda el desgraciado accidente del avión de Germanwings, ocurrido el 24 de marzo de 2015 en el que un copiloto enfermo había ocultado a la empresa que tenía la baja médica por enfermedad psiquiátrica. Además, dicha situación debe considerarse similar al conductor de autobuses, de trenes o cualquier conductor de empresas de transporte público en la que el trabajador pudiera estar en situación de IT sin que lo hubiera comunicado a su empresa.

Parece paradójico que, con las facilidades actuales que proporcionan las TIC, que permiten la comunicación directa y automática de las incapacidades laborales entre diferentes entidades colaboradoras de la Seguridad Social, éstas no se hagan directamente a la empresa en la que está contratado el trabajador.

Las recientes reformas de la prestación de IT (RD 625/2014, de 18 de julio), que suponen un cambio en la regulación de dicha prestación, no han incorporado, ninguna novedad en este aspecto. La información recibida por la empresa cuando un trabajador ha sido dado de baja debería ser la misma que la que contiene el parte que el trabajador en situación de IT entrega en la actualidad a la empresa, es decir una copia en la que no figura ningún dato clínico, respetándose así el derecho a la confidencialidad y el deber de secreto médico.

Se debe, pues, seguir insistiendo en dicha posibilidad de comunicación en la regulación de la prestación de IT, para evitar situaciones en que un trabajador pueda exponer a determinados riesgos a terceros por no haber comunicado su situación de IT a la empresa.

d) Certificados de aptitud (conducción, uso de armas, etc....)

El ejemplo más paradigmático es el caso de las revisiones para obtener o renovar los carnés de conducir, aunque se puede aplicar a todo tipo de licencias que requieran una aptitud psicofísica adecuada.

El problema que se plantea es el periodo que media entre el momento en que una persona recibe un apto para una licencia y el momento en que requerirá de una nueva evaluación para ser renovada: Dicho periodo en los casos del carné de conducir de vehículos puede ser de hasta 10 años, tiempo en el cual la persona puede sufrir problemas de salud que menoscaben su capacidad de conducción.

Dicha situación se podría solucionar estableciendo una conexión entre los médicos de atención primaria y hospitalaria (tanto públicos como privados) y los centros homologados, mediante la cual los profesionales podrían advertir que las condiciones de salud de la persona han cambiado, para que ésta fuera requerida en breve espacio de tiempo a un nuevo examen por el centro homologado para evaluar, a la luz de la nueva situación, la confirmación o la denegación de la aptitud para la actividad concreta para la que fue concedida. Entendemos que establecer este sistema de comunicación tampoco vulneraría el derecho a la confidencialidad de la persona.

e) El médico enfermo

La profesión médica está al servicio del paciente y la sociedad. Los actos médicos requieren del desarrollo de la actividad asistencial en plenas condiciones psicofísicas de los profesionales. A nadie se le escapa, pues, que es ésta una profesión en que el ejercicio de la misma por un profesional con determinados problemas de salud puede poner en riesgo a terceros, es decir a los pacientes.

Los problemas de salud del médico que suponen más riesgo para el desarrollo de una asistencia de calidad son precisamente aquellos que suponen un mayor estigma social como son los trastornos mentales, como ya se comentó, y las adicciones. Para que no trascendiera dicha situación personal, es decir se conociera algo propio de la intimidad del profesional, éste ha sido muchas veces reacio a consultar.

La propia profesión ha resuelto este problema con la creación del Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) desde el año 1998, que se inició en el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona.

Precisamente el programa PAIME persigue la atención al médico, considerando con extremo rigor aquellos aspectos que garanticen la confidencialidad de los datos del médico enfermo

Nuestro CDM hace alusión a la situación en la que un médico pudiera perder sus capacidades profesionales por motivo de alguna enfermedad:

- ⇓ 22.2- Si un médico observara que, por razón de edad, enfermedad u otras causas, se deteriora su capacidad de juicio o su habilidad técnica, deberá pedir inmediatamente consejo a algún compañero de su confianza para que le ayude a decidir si debe suspender o modificar temporal o definitivamente su actividad profesional.
- ⇓ 22.3- Si el médico no fuera consciente de tales deficiencias y éstas fueran advertidas por otro compañero, éste está obligado a comunicárselo y, en caso necesario, lo pondrá en conocimiento del Colegio de Médicos, de forma objetiva y con la debida discreción. Esta actuación no supone faltar al deber de confraternidad, porque el bien de los pacientes es siempre prioritario.

Tanto el programa PAIME, como los artículos del CDM referidos traducen el compromiso de la profesión médica en cuanto a la defensa social ante situaciones en que la capacidad profesional del médico pudiera verse disminuida como consecuencia de la enfermedad.

CONCLUSIONES

- ✚ El secreto médico no es absoluto.
- ✚ El derecho a la intimidad no es absoluto
- ✚ El derecho a la confidencialidad no es absoluto.
- ✚ La profesión médica está al servicio del ser humano y de la sociedad.
- ✚ La Deontología, la Ética, la Normativa y la Legislación vigentes apoyan y protegen al médico para que, en aquellos casos ya mencionados, la revelación del Secreto Médico no constituya motivo de falta o infracción y sobretodo no signifique para el médico un problema de conciencia.
- ✚ Es recomendable que se establezca un marco normativo que facilite canales de comunicación estables entre la medicina asistencial (tanto público como privada) y la medicina de empresa, que debe entenderse no como una ruptura de la confidencialidad, sino como una ampliación del círculo de confidentes necesarios para una correcta asistencia integral al paciente.
- ✚ La Sociedad no perderá la confianza en sus médicos si en casos excepcionales nos vemos en la necesidad de desvelar información confidencial siempre que lo hagamos con la debida Diligencia, Pericia, Prudencia, Recta Intención y Recta Conciencia que son los cinco pilares de la buena Praxis Médica.
- ✚ Entendemos que en la práctica se pueden plantear situaciones conflictivas con respecto al secreto médico, que ni siquiera han sido consideradas en esta declaración, para cuya solución el médico debe

pedir consejo al colegio de médicos, quien a través de su comisión de deontología podrá orientar al profesional sobre la actuación a seguir, siempre con el marco de referencia del Código de Ética y Deontología Médica.

Madrid, 12 de julio de 2017

EL SECRETARIO GENERAL

VºBº
EL PRESIDENTE

Fdº Juan Manuel Garrote Díaz

Serafín Romero Agüit

