

# IV Congreso de Deontología Médica

2017

Cuadernos  
CGCOM



OMC



ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



*IV Congreso de Deontología médica*

## IV Congreso Nacional de Deontología Médica

"Nuevos retos del humanismo en la práctica médica"



# IV CONGRESO DE DEONTOLOGÍA MÉDICA

Nuevos retos del humanismo en  
la práctica clínica

[Subtítulo del  
documento]



# Saludo y presentación del Congreso



*IV Congreso de Deontología médica*

OMC



ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



**commálaga**  
Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la provincia



# Bienvenido al IV Congreso de Deontología Médica en Málaga

Málaga y nuestro Colegio de Médicos os abren las puertas para recibirlos en la IV Edición del Congreso Nacional de Deontología Médica.

Mi agradecimiento, como presidente del Colegio de Médicos de Málaga, a la Organización Médica Colegial, las juntas directivas de los colegios de médicos provinciales y los miembros de la Comisión Central de Deontología y de las comisiones de cada uno de los colegios, que realizan una labor rigurosa para velar por el ejercicio profesional del médico en el siglo XXI, en el que la deontología y la ética médica son pilares fundamentales.

Ser médico en esta sociedad supone un auténtico reto, donde la pasión y la compasión se entremezclan en nuestro quehacer diario para ayudar al paciente.

El programa del Congreso, cuyo lema es “Nuevos retos del humanismo en la práctica médica”, se ha configurado con las numerosas sugerencias recibidas de los miembros de las comisiones de deontología. La estructura final es mérito de los miembros del Comité Organizador que preside el Dr. Joaquín Fernández-Crehuet Navajas, con el apoyo de los miembros del Comité Científico dirigido por el Dr. Manuel García del Río y del Comité Asesor, presidido por la Dra. María Castellano Arroyo.

Nuestra Junta Directiva y todos los profesionales que trabajamos en el Colegio de Médicos de Málaga os esperamos. Abrimos las puertas de nuestra sede colegial que, durante esos días, se va a convertir en vuestra casa.

La ciudad de Málaga, su clima, el mar Mediterráneo y la increíble oferta cultural de la capital de la Costa del Sol es el entorno perfecto para disfrutar de unos días en los que compartiremos conocimientos y ciencia.

Un fuerte abrazo



**Juan José Sánchez Luque**  
**Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Málaga**  
**Presidente del IV Congreso Nacional de Deontología Médica.**  
**Málaga 20-22 abril de 2017**

*IV Congreso de Deontología médica*



*IV Congreso de Deontología médica*



# Comité Científico



**Presidente:** Dr. Manuel García del Río  
Dr. José Luis de Lafuente  
Dr. José Antonio Diez Fernández  
Dr. Enrique Gómez Gracia  
Dr. Carlos Muñoz Bravo



**COMISIÓN ASESORA**  
Presidenta: Dr.ª. María Castellano Arroyo



**Comisión Central de Deontología.  
Consejo General de Colegios Médicos**  
Presidente: Dr. Enrique Villanueva Cañadas



**Comisión Andaluza de Deontología  
Consejo Andaluz de Colegios Médicos**  
Presidente: Dr. Antonio Hernández Jerez



**Comisión de Deontología del Ilustre  
Colegio Oficial de Médicos en Málaga**

*IV Congreso de Deontología médica*



*IV Congreso de Deontología médica*



# Programa del Congreso

## Jueves, 20 de abril de 2017

16:00 Apertura de la secretaría del Congreso.

Hall Sala Barahona. 1ª planta

Recogida de documentación.

17:00 **Saludo y presentación del Congreso. Lugar: Sala Barahona**

Dr. Juan José Sánchez Luque.

Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Málaga.

Dr. Joaquín Fernández-Crehuet Navajas.

Presidente de la Comisión de Deontología del COM Málaga.

17:15 - 20:00 **Curso-Taller: Lugar: Sala Barahona**

**“La atención médica al final de la vida en la España del siglo XXI”.**

**Moderador:** Dr. Joaquín Fernández-Crehuet Navajas

Organizado por la Comisión de Deontología del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos.

Dr. José María Domínguez Roldán.

**“Conceptos y definiciones de los actos médicos relacionados con el final a la vida”.**

Dr. Rafael Gómez García.

**“La atención médica al final de la vida en el ámbito domiciliario y de la medicina primaria”**

Dr. José María Domínguez Roldán.

**“Estrategias deliberativas ante situaciones reales”.**

Dr. Jacinto Bátiz Cantera.

**“La Atención Médica al final de la vida desde la Ética y la Deontología”**

Dr. José María Domínguez Roldán.

**“Estrategias deliberativas ante situaciones reales”.**

Discusión de casos prácticos.

Resumen y conclusiones.

Salida de autobuses al centro de la ciudad.

*IV Congreso de Deontología médica*



# Viernes 21 de abril 2017

9:00 - 10:30 Primera Mesa: Lugar: Sala Barahona.

**"Segundas víctimas: El impacto de los errores médicos y la salud de los profesionales".**

**Moderador:** Dr. Rogelio Altisent Trota.

**Ponentes:**

Dr<sup>a</sup>. Pilar Astier Peña .

Dr<sup>a</sup>. Bárbara Marco Gómez.

Dr<sup>a</sup>. Raquel Murillo Solís.

10:30 - 11:00 Pausa-café.

11:00 **Inauguración Oficial del Congreso.**

11:15 - 13:00 **Segunda Mesa. Lugar: Sala Barahona.**

**"La interculturalidad en la relación médico-paciente".**

Dr. Joan Monés Xiol.

Dr. Agustín Zamarrón Moreno.

Dr. Said Barakat.

13:00- 14:00 **Conferencia debate:**

**"Aspectos deontológicos de la Publicidad médica"**

**Moderadora:** D<sup>a</sup>. Aurora Puche Aguilera

**Ponentes:**

Dr. Ricardo Reguera Fernández.

Dr. Juan Pérez Artigues.

14:00 Almuerzo en la sede colegial.

16:00 - 19:30\*

**Comunicaciones orales y Comunicaciones breves. Sala Barahona**

**Moderadores:**

Dr. Antonio Hernández Jerez.

Dr. Jaime Aparicio Santos

**Comunicaciones orales. Sala Prensa**

**Moderadores**

Dr. Eloy Girela López

Dr. Ignacio Santos Amaya

17:30\* Pausa-café.

21:30 Cena de clausura: Gran Hotel Miramar.

*IV Congreso de Deontología médica*



# Sábado 22 de abril 2017

9:30 - 12:00 Sala Cubo 3 (solo para miembros de Comisiones de Deontología)  
**Reunión de Comisiones de Deontología.**

**Revisión de estatutos y Presentación de Casos/comunicaciones.**

**“A propósito de un caso: ¿rechazo al tratamiento, limitación del esfuerzo terapéutico y eutanasia?”.**  
Dr. Domínguez Roldan JM .

**“La mediación deontológica; un instrumento para evitar las segundas y terceras víctimas”.**  
Pérez Sarabia, M.

**“Proyecto para la sujeción de las compañías de seguro sanitario a la deontología médica”**  
Pérez Sarabia, M.

9:30 - 10:30 Salón de Actos (Planta baja, entrada Principal)

**Presentación Video:**

**“Decálogo del médico humanista”**

Dr. José Antonio Trujillo Ruiz

10:30 - 11:30 **Salón de Actos**

**Encuentro con Expertos:**

**“Reproducción y maternidad subrogada”.**

Dr. Jacinto Bátiz, Dr<sup>a</sup>. María Castellano Arroyo, Dr. Manuel García del Río y Dr. Ángel Hernández Gil.

12.00 Pausa-café.

12:30 - 13:30 **Conferencia de clausura:**

**“El principio de autonomía en la asistencia sanitaria: ¿hemos llegado al final del camino?”.**

Prof. Enrique Villanueva Cañadas.

13:30 **Clausura del Congreso.**

Entrega de premios a las comunicaciones

Presentación de la próxima sede del Congreso 2018.

Copa de vino y despedida.

*IV Congreso de Deontología médica*



*IV Congreso de Deontología médica*



# Entrevistas

*IV Congreso de Deontología médica*



# Entrevista al Dr. Juan Jose Sanchez Luque, Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Málaga



*IV Congreso de Deontología médica*



## **Dr. Sánchez Luque: “La atención al final de la vida o la gestación por sustitución preocupan a los médicos y a los ciudadanos”**

A tres días del comienzo del IV Congreso Nacional de Deontología Médica que reúne a los referentes en deontología de todos los colegios de médicos de España, el presidente del COM Málaga, Dr. Juan José Sánchez Luque, anfitrión de este encuentro, explica que han decidido abordar temas como la atención al final de la vida o la gestación por sustitución porque “preocupan no sólo a los médicos, sino también a la sociedad”.

El Dr. Sánchez Luque, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, presidente del COM Málaga desde 2006, aborda en esta entrevista, además de aspectos deontológicos, “el objetivo más importante” de los colegios, otros de actualidad sanitaria de Málaga como los recortes que trajo consigo la crisis que “siguen –afirma- haciendo estragos años después” a pesar del giro de la Consejería de Sanidad de Andalucía para introducir mejoras.

Cuestiona la situación de precariedad de los médicos andaluces “los peor remunerados de España” y la de los jóvenes que terminan el MIR que “ponen sus miras” en otras comunidades por falta de perspectivas en Andalucía. Y explica la hoja de ruta de la Mesa de la Profesión Médica que trabaja en este tema de la precariedad y en otros como la falta de camas en la ciudad para que lo que reclaman un tercer hospital.

Finalmente, expone las acciones profesionales y formativas del COM Málaga para acercar el colegio a los colegiados y también las actividades para trasladar la labor del colegio a los ciudadanos, como la formación a los ciudadanos en técnicas de RCP o la Exposición Permanente Galeno.

### **¿Qué objetivos se ha marcado el COM Málaga como organizador del Congreso de Deontología Médica?**

La ética y la deontología médica deben estar presentes en el día a día del médico pero sin duda hay prácticas médicas que tienen una vertiente deontológica muy fuerte y el Comité Organizador ha querido abordarlas con el fin de proporcionar al médico herramientas y conocimiento para ejercer una mejor medicina. Del programa me gusta sin duda que ha apostado por abordar temas que preocupan no sólo a los médicos sino también a la sociedad y que son muy actuales, como la atención médica al final de la vida o la gestación por sustitución.

### **El principal objetivo del Colegio que es velar por la buena praxis médica, ¿cuál es la situación real?**

Como todos los colegios de médicos de España, contamos con una Comisión Deontológica que vela por el cumplimiento del Código. No me canso de repetir, ni me cansaré, que es uno de los organismos más importantes del Colegio, si no el más. Lo que sucede es que la Comisión

*IV Congreso de Deontología médica*



también el presidente del IV Congreso Nacional de Deontología Médica, al que acompaña en la labor organizativa el presidente del Comité Organizador y secretario general del Comámálaga, Dr. Manuel García Del Río, miembro además de la Comisión Deontológica Central. Es un equipo formidable que lleva meses volcado en la organización del encuentro.

**Este Congreso aborda temas como la atención al final de la vida, maternidad subrogada o la publicidad médica. ¿Qué objetivos se han marcado al respecto?**

El Comité Organizador ha querido abordar estos temas de actualidad porque preocupan, como mencionaba anteriormente, no sólo a los médicos sino también a la ciudadanía y ocupan muchos titulares en los medios de comunicación. Cuando surgen este tipo de asuntos no se debe mirar hacia otro lado, hay que hacerlo cara a cara, buscando a los mejores ponentes que sepan aclararnos todos los aspectos de estos temas, para que el congresista se vaya con la sensación de haber aprendido que, al fin y al cabo, es el objetivo de todo congreso.

**En otro orden de cosas, ¿cuál es la situación de la asistencia sanitaria en Málaga?**

Me gustaría contestar que buena pero, por desgracia, es imposible. La crisis económica trajo consigo recortes sanitarios que siguen haciendo estragos años después a pesar de que el panorama económico ha cambiado y Málaga se considera el motor económico de Andalucía.

Hemos de reconocer que la Administración Andaluza y la Consejería de Salud ha dado un giro hacia el diálogo y está realizando mejoras en los contratos pero aún queda mucho camino por recorrer. Es una pena que los jóvenes que terminan el MIR en Andalucía no vean perspectivas de futuro en nuestra Comunidad Autónoma. Esto debe de cambiar porque la falta de especialistas será una realidad dentro de diez años.

**¿Qué hoja de ruta se ha marcado la Mesa de la Profesión Médica al respecto de esta realidad?**

Va muy en la línea de lo que he reflejado en la anterior respuesta. Lo primero, diálogo entre los profesionales de la Medicina y la Administración. Segundo, mejora en las contrataciones. Tercero, menos burocratización de la Medicina. Cuarto, menos saturación en las urgencias. Quinto, especial atención a los enfermos crónicos. Sexto, recuperar líderes profesionales y que las unidades de gestión clínica no estén capitaneadas por gestores afines a la Administración sino por verdaderos popes de la especialidad. Séptimo, modificar el trasnochado concepto de “exclusividad” que aún sigue vigente en Andalucía y que penaliza a los médicos que ejercen en la privada. Octavo, potenciar la formación e investigación de los facultativos propiciando que se recupere el tiempo destinado para ello dentro de la jornada laboral. Noveno, aplicar medidas de conciliación familiar ya que la mitad de nuestros colegiados son médicas; con esto no quiero decir que la conciliación sea un tema exclusivo de la mujer ya que desde el Colegio pensamos que la conciliación es de hombres y de mujeres.

Y como décimo, la necesidad de poner sobre la mesa una solución real para paliar la falta de camas en la ciudad. Hace falta un tercer hospital y, probablemente, un CHARE en la zona Este de la ciudad, ya que el mapa hospitalario de Málaga queda muy alejado de esa parte de la ciudad.

*IV Congreso de Deontología médica*



La Mesa de la Profesión Médica del Comálaga está magníficamente coordinada por el vicepresidente primero del Colegio, el Dr. José Antonio Ortega.

### **La OMC lleva años denunciando la precariedad de los médicos. ¿Cuál es la situación en Málaga?**

Los médicos andaluces son de los peor remunerados de España. Lo dicen los estudios. Por eso, nuestros médicos jóvenes tienen sus miras puestas fuera de nuestras fronteras. Ya sea en otra CCAA o en otros países, donde nuestra profesión está mucho más valorada no sólo económicamente sino también socialmente, lo que favorece -esto último- una excelente relación médico-paciente.

### **¿Cuáles son, a su juicio, los principales problemas que tiene la profesión médica?**

Los resumiría en tres: la excesiva burocratización a la que estamos sometidos en nuestro quehacer diario; la pérdida de confianza entre médico y paciente y la politización de la gestión sanitaria.

### **La formación de los médicos es esencial para la mejor asistencia sanitaria. ¿Qué actividades realiza el COM Málaga en este aspecto?**

El Área de Formación del Colegio es muy potente. Al frente de la misma se encuentra el Dr. José Luis De la Fuente Madero, que hace una labor encomiable para dibujar un programa formativo de calidad y cuidando que en lo económico el colegiado no se vea perjudicado. De hecho, la mayoría de nuestros cursos y talleres son gratuitos.

En lo que llevamos de año, ya han pasado por nuestros cursos de formación casi 500 colegiados. Hemos realizado 12 cursos y en total, de enero a junio, habremos llevado a cabo 30 actividades formativas.

### **¿Cuál es la estrategia del COM Málaga para acercar el colegio a los colegiados?**

Nuestros colegiados son todo para nosotros. Parece obvio pero es que es así: el Colegio de Médicos existe gracias a sus colegiados, que en nuestro caso son 7.800 en Málaga y provincia. Somos un Colegio accesible, realizamos todo tipo de actividades: formativas, profesionales, lúdicas... todo ello con el fin de que los colegiados en algún momento sientan la necesidad de acercarse a su Colegio porque ha organizado algo que le interesa. Además, somos muy activos en redes sociales (estamos en Facebook, Twitter, Instagram y Youtube) así que contactar con nosotros es realmente fácil porque las redes permiten un contacto muy directo y recibir de primera mano la opinión o sugerencias de nuestros colegiados. Y, por último y no menos importante, nuestro amplio horario permite al colegiado poder hacer sus gestiones en cualquier momento ya que abrimos de lunes a viernes de 8 a 20 horas. ¿Que a pesar de todo no tiene tiempo? En ese caso, puede realizar los trámites a través de ventanilla única en [www.commalaga.com](http://www.commalaga.com)

### **Y, de cara a los ciudadanos ¿Qué actividades realiza el COM Malaga para trasladar la labor del colegio?**

Uno de los objetivos de la Junta Directiva es acercarse también a los ciudadanos que son, al fin y al cabo, nuestros pacientes. Realizamos actividades lúdicas y de tipo social que están siempre abiertas a toda la población y que, por supuesto, son de entrada libre y gratuita. Desde el punto de vista formativo, la Escuela de RCP del Colegio lleva años formando a los malagueños en técnicas básicas de RCP, algo que consideramos

*IV Congreso de Deontología médica*



fundamental y que nos encantaría que estuviera dentro de la formación reglada en los institutos. En este punto tengo que destacar el trabajo realizado por el director de la Escuela y vicepresidente segundo del Colegio, el Dr. Andrés Buforn. Además, en la Mesa de la Profesión Médica están integradas asociaciones de pacientes, con las que tenemos una magnífica relación.

### **El Colegio inauguró el año pasado la Exposición Permanente Galeno ¿Qué contenido tiene la muestra?**

La muestra hace un recorrido por la historia de la Medicina y su contenido ha sido posible gracias a la donación de médicos malagueños. Los visitantes pueden ver aparatología de diferente tipo; los casi 1.000 frascos que integraban la antigua farmacia de Málaga (que pertenecían al extinto Hospital Noble y que han sido cedidos por el Ayuntamiento de Málaga); paneles informativos que hacen referencia a la historia de la especialidades más destacadas de la Medicina y, por último, los visitantes pueden ver cómo era una sala de exploraciones del siglo pasado. [Exposición Permanente Galeno](#) es posible gracias al esfuerzo de su director, el doctor Pedro Navarro, que es el vicepresidente de Cultura del Colegio y que ha hecho un magnífico trabajo.

### *IV Congreso de Deontología médica*





# Entrevista al Dr. Joaquín Fernández-Crehuet, presidente del Comité Organizador



*IV Congreso de Deontología médica*

OMC



ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



**commálaga**  
Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la provincia



Dr. Fernández-Crehuet: “Es fundamental que el legislador esté atento a los valores y criterios de la ética médica”

Con motivo del comienzo del IV Congreso Nacional de Deontología Médica, el Dr. Joaquín Fernández-Crehuet, presidente del Comité Organizador, desgrana los temas más relevantes de la cita, entre los que se encuentra la atención al final de la vida. El Dr. Fernández-Crehuet señala que “es fundamental que el legislador, esté muy atento a los valores y criterios de la ética médica. Por eso, siempre es buen momento

para reflexionar y debatir sobre la atención al paciente al final de su vida, y conseguir que los enfermos mueran con dignidad que es simplemente “morir en paz”

El también presidente de la Comisión de Deontología del Colegio Médico de Málaga explica que la maternidad subrogada “es un tema polémico que exige una reflexión sosegada, ya que es evidente que cuando es el resultado de un pacto mercantil siempre será contraria a la deontología médica porque atenta contra la dignidad de la persona gestante que es considerada como un medio”.

Uno de los temas que se abordarán es el del humanismo de la medicina ¿considera que la tecnología ha hecho perder algo que es la verdadera esencia de la medicina?

Queremos aprovechar la oportunidad del congreso para poner en valor la necesaria humanización de la atención sanitaria. La medicina actual está extraordinariamente tecnificada y burocratizada y, con frecuencia, induce a tratar al paciente como algo despersonalizado. Nuestros pacientes no son mecanismos que no funcionan, son personas que exigen un trato acorde con la dignidad que cada sujeto atesora.

Queremos conseguir “repersonalizar” la atención sanitaria buscando una medicina con “alma”, poniendo de relieve la figura del médico humanista tal como promueve nuestro actual Código de Deontología Médica cuando explicita que los deberes primordiales la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad”. Esto se puede confundir con una especie de “buenismo” humanitario si no va acompañado del médico son: “Respetar la vida humana y la dignidad de un auténtico compromiso con el estudio para adquirir una sólida formación científica. La primera obligación moral de un médico es la de ser competente científicamente en el arte de la Medicina.

En el tema de Atención al final de la vida ahora hay una intención clara de los grupos para legislar a nivel nacional sobre ella. ¿Qué aportaciones haría desde la deontología médica?

Me parece fundamental que el legislador, esté muy atento a los valores y criterios de la ética médica. Por eso, siempre es buen momento para reflexionar y debatir sobre la atención al paciente al final de su vida, y conseguir que los enfermos mueran con dignidad que es simplemente “morir en paz”. Esto obliga a considerar siempre al

*IV Congreso de Deontología médica*



enfermo como un ser humano poseedor de una dignidad y una libertad que exige respeto a sus creencias y valores.

En estas circunstancias los cuidados paliativos son fundamentales para ofrecer una atención integral a los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo y donde es primordial el control de síntomas, especialmente del dolor, sin olvidar los aspectos psicológicos, sociales y espirituales.

En mi opinión, con estas premisas la eutanasia entendida como la provocación intencionada de la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada o terminal, no sería necesaria nunca.

Desde una perspectiva deontológica, el art.36.1 deja muy clara la buena praxis médica “El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Cuando ya no lo sea, permanece la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir su bienestar, aún cuando de ello pudiera derivarse un acortamiento de la vida.”

Durante el congreso también se abordará el tema de la maternidad subrogada. ¿Qué opina de este asunto?

Desde el punto de vista ético, me postulo claramente en contra de esta práctica ya que la mujer “alquilada” para la maternidad por sustitución, se transforma siempre en un medio manipulable para dejar de ser considerada como una realidad digna por sí misma.

Los avances científicos actuales tienen una capacidad inmensa para hacer y experimentar sobre las fuentes mismas de la vida; hoy más que nunca, la humanidad está en una encrucijada entre dos grandes posibilidades: una es la de poner la ciencia al servicio de las personas con respeto a su dignidad. y otra es utilizarla sin ninguna limitación ética, solo buscando la utilidad de los resultados.

Otro de los temas que se van a abordar es el de los errores médicos. Siendo el principal objetivo de los Colegios el velar por la buena praxis ¿Cómo considera la gestión de los errores médicos en España?

Hoy se acepta que el análisis de los errores relacionados con la asistencia sanitaria tiene un gran valor como estrategia preventiva, ya que muchos de ellos son evitables modificando el diseño de los procesos de las organizaciones sanitarias. Esta nueva premisa ha impulsado a realizar excelentes estudios epidemiológicos para identificar los incidentes que ocurrían en sus centros y aprender de ellos para mejorar la asistencia a los pacientes.

El Ministerio de Sanidad español tiene una línea de investigación prioritaria sobre Seguridad del Paciente orientándola como uno de los elementos clave de la mejora de la calidad, prueba de ello es la estrategia número 8 del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud , que se viene desarrollando desde el 2005 en coordinación con las Comunidades Autónomas. En 2015 se ha publicado la Estrategia de Seguridad del Paciente para el Sistema Nacional de Salud 2015-2020.

Resulta paradójico que, siendo este tema tan importante, la notificación y registro de incidentes y eventos adversos durante la práctica clínica no sea todavía un deber del médico contemplado en el Código de Deontología Médica.

#### *IV Congreso de Deontología médica*



El programa incluye una serie de comunicaciones orales ¿podría anunciarnos alguna de las que se han presentado?

Nos ha sorprendido las numerosas comunicaciones presentadas, hasta el punto que hemos tenido que dividir en dos las salas para su presentación simultánea y dedicar la tarde del viernes a su exposición y debate.

Los temas que se abordan son muy diversos, las más frecuentes son los relacionados con algún dilema ético puntual; la objeción de conciencia; los conflictos entre profesionales sanitarios; la publicidad médica, los conflictos deontológicos en servicios de urgencias, maternidad subrogada, etc.

Este Congreso incluye una de convención de todas las Comisiones de Deontología de los colegios ¿Cuál es la hoja de ruta de este encuentro?

Resulta muy interesante y enriquecedora la reunión de las diferentes Comisiones de Deontología provinciales con los miembros de la Comisión Central de la Organización Médica Colegial con su presidente al frente. Creo que es una oportunidad excepcional para intercambiar experiencias, exponer nuestras fortalezas y limitaciones y marcar directrices homogéneas de actuación. No obstante, la Comisión Central de Deontología, tiene activa una intranet que nos permite estar conectados todos los presidentes de las comisiones provinciales online de forma permanente.

#### *IV Congreso de Deontología médica*



# Entrevista al Dr. Enrique Villanueva Cañadas



*IV Congreso de Deontología médica*

OMC



ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



**commálaga**  
Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la provincia



### **Dr. Enrique Villanueva: “La ética médica habla de la vida cotidiana más humana”**

El IV Congreso Nacional de Deontología Médica comienza este jueves en el Colegio de Médicos de Málaga y hasta el sábado abordará temas que acaparan el foco mediático, como la gestación por sustitución o la atención médica al final de la vida. En esta cita participará el Dr. Enrique Villanueva, presidente de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial (OMC), que destaca que “hablar de ética no es pronunciar solemnes

discursos, es hablar de una vida cotidiana más humana, más comprensiva y más humilde, donde cada uno sea capaz de asumir sus errores y sus limitaciones”

El Dr. Villanueva será el encargado de impartir la conferencia de clausura, en la que tratará el principio de autonomía del paciente.

### **¿Cuáles son sus expectativas de cara al IV Congreso de Deontología Médica?**

Mis expectativas son excelentes. El congreso será un éxito, ya es un éxito. Las directrices que se tomaron hace ya cuatro años para los congresos de Deontología dieron fruto desde el principio. Una buena organización, pilotada por personas competentes y con experiencia. Un buen comité científico, que seleccione temas y ponentes atractivos, y la posibilidad de que los participantes aprendan y sobre todo puedan comunicar aquello que han elaborado e investigado y finalmente y no menos importante, algo que los médicos siempre han sabido hacer, conjugar el trabajo con la diversión.

En este congreso todo eso está magistralmente conjugado de la mano de sus dos gestores, el Dr. Fernández-Crehuet al timón y el Dr. Manuel García del Río al mando del velamen.

### **¿La ética médica está cada vez más presente en la sociedad?**

Me gustaría creer que es así, pero no estoy muy seguro. No se puede confundir ética y derecho. El derecho médico sí que está muy presente en la sociedad y cada vez más los pacientes reclaman estos derechos, pero anudados a estos derechos van contenidos y respuestas éticas, que no se exigen en igual medida.

La relación médico-paciente no ha mejorado, la relación de mutua confianza, presupuesto imprescindible para una medicina de calidad ética, no ha mejorado, el respeto mutuo a la privacidad es de baja calidad.

Ha mejorado y mucho el respeto de los médicos a la libertad de los pacientes para elegir, para respetar sus decisiones, para no discriminar, pero el consentimiento informado se administra todavía de forma defectuosa.

Por parte de los pacientes, la tolerancia a la frustración es muy baja y ahí tenemos las denuncias y las agresiones como índices de esta intolerancia. Hablar de ética no es pronunciar solemnes discursos, es hablar de una vida cotidiana más humana, más

## *IV Congreso de Deontología médica*



comprensiva y más humilde, donde cada uno sea capaz de asumir sus errores y sus limitaciones, en un campo muy complejo y sensible como es la enfermedad.

### **¿Existe una crisis de valores éticos?**

Es una pregunta retórica, que se podría responder diciendo: depende de la concepción que se tenga de la ética. Porque el concepto de ética no es unívoco.

Si es desde la ética Kantiana sí que existe una crisis. El concepto del *deber ser* considerando al hombre un fin en sí mismo y construir desde ahí la ética, si que está en crisis. Si nos trasladamos al Cambridge de mediados del siglo XIX en pleno auge del utilitarismo, pensaríamos, que estamos en auge, pues hoy todos persiguen la felicidad. Bentham el gran impulsor del utilitarismo- máxima felicidad para todos-pensaría que sus prédicas se ha hecho realidad un siglo después.

Pronto veremos en el Congreso de los Diputados una proposición de ley, reconociendo el derecho a la felicidad de los ciudadanos. En un mundo donde los derechos humanos son pisoteados, donde se mata por razones de religión, donde se persiguen por razones de su procedencia, donde la vida tiene tan escaso valor, no se puede decir que sea una sociedad regida por valores.

Pero ¿en qué sociedad ocurrió esto?, cuando se han respetado los derechos humanos?, ¿cuándo las sociedades han sido tolerantes y solidarias? ¿cuándo se han respetado las creencias de los demás? Ahí tenemos a medio mundo pidiendo perdón por lo que hicieron sus antepasados.

Ahora no te queman por negar la santísima Trinidad, pero te matan por ser maronita en Egipto. Lo único que podemos evaluar es lo que hacen las sociedades y estas son la suma de sus individuos, si la sociedad de hoy es mejor es porque sus individuos son mejores, pero al hacer este juicio, no podemos confundir, modales con valores, ni respuestas emocionales con valores.

En modales la sociedad actual es pero que la de hace 30 años, en respeto a los semejantes también, en respuestas emocionales es mejor. La sociedad actual tiene una resonancia afectiva mejor, lo vemos ante las tragedias, ¿pero eso se debe a valores?, no, porque esa misma sociedad que llena de flores el lugar de una tragedia o pueblo de versos un mural, es capaz de matar por una discusión de futbol o una frivolidad semejante.

Hoy los medios de comunicación nos dan a diario la doble versión de una sociedad solidaria y sensible y la misma que se comporta con una crueldad atroz. Lo que sí es evidente es que impera un relativos moral. Todo dogmatismo es malo, pero el relativismo es perverso

### **¿Una buena formación en ética médica mejoraría la calidad de la asistencia que prestan los médicos?**

Yo le suelo explicar a mis alumnos que el médico ha de hacer cuatro juicios a la cabecera del paciente. El juicio clínico, el más importante; el médico-legal, que le permite que su actuación se adecua a la *lex artis*; el ético y el económico. Toda relación médico-paciente



en tanto que relación humana tiene que está regida por la ética, en tanto que médica por el principio de no maleficencia y respeto a la autonomía del paciente.

Ciertamente que una buena formación en ética formal, mejoraría esta relación, y le evitaría muchos problemas legales, pero más importante sería una ética de convicción, que el médico actuara respetando la autonomía del paciente desde la convicción de que es un derecho fundamental del paciente que él debe respetar.

### **¿Qué debe tenerse en cuenta en relación con la ética cuando se habla de avances científicos?**

Esta respuesta ya nos la dio Kant. El hombre es un fin en sí mismo. No todo aquello que científicamente se puede hacer se debe hacer. pero la historia nos ha demostrado que el instinto creador e investigador de hombre es más poderoso que los criterios morales y que las barreras éticas no son suficientes para frenar el impulso fáustico del hombre.

A mi juicio sólo existe un freno y es muy sencillo. Que las revistas científicas no publiquen aquellos experimentos que no se sometan a comités de ética. Es importante el impulso fáustico, pero para un investigador lo es más un premio Nobel o verse en la cabecera del 'Nature'.

### **Todo apunta a que la propuesta de Ciudadanos en el Congreso de los Diputados sobre una ley estatal de cuidados al final de la vida verá la luz. ¿Cuál es su opinión sobre esta norma?**

La Comisión Central de Deontología, que presido, ha hecho suya la declaración de la Comisión de Atención Médica al final de la Vida, de la OMC, que cree que es muy oportuna una ley nacional, que regule esta materia. Siempre que recoja las propuestas que esta comisión lleva haciendo muchos años. El Congreso de Deontología de Málaga será una buena oportunidad para conocer de mano de los protagonistas esta respuesta.

### **¿Qué mensaje lanzaría a los que todavía no se han inscrito en este Congreso de Deontología?**

Quiero hacer un llamamiento a aquellos que aún no se han inscrito para que lo hagan. El esfuerzo de los compañeros de Málaga se lo merece, pero lo atractivo de programa también. El gran colectivo de médicos que dedica todos su empeño en difundir y enseñar el Código de Deontología, nuestra verdadera Constitución, es cada vez más numeroso.



# Entrevista a la Dra. Maria Castellano Arroyo



*IV Congreso de Deontología médica*



### **Dra. María Castellano: “La maternidad subrogada no puede ser lícita mientras sea a cambio de dinero”**

La Dra. Castellano señala que la maternidad subrogada “no puede ser lícita, al tratarse de un procedimiento en el que participa una mujer, poniendo al servicio de otros, a cambio de dinero, su capacidad biológica para llevar durante nueve meses en su seno, a un nuevo ser”.

La profesora María Castellano es la primera mujer catedrática en una Facultad de Medicina en España con sólo 32 años y pionera en el abordaje de la violencia de género. Son muchos los hogares andaluces que ha visitado, muchos los agresores que ha estudiado, numerosas las víctimas que ha asistido y conflictos que ha resuelto.

En esta entrevista destaca que la maternidad subrogada es una consecuencia más de las técnicas de reproducción asistida en el que se pone en juego la dignidad de la mujer, hecho que coinciden desde movimientos feministas hasta el Vaticano.

### **¿Qué espera del IV Congreso de Deontología Médica?**

Como miembro de la Comisión Central de Deontología, tengo mucha ilusión con este encuentro, junto a un importante sentimiento de responsabilidad. Es una oportunidad para que numerosos médicos comprometidos con la Deontología en nuestros respectivos Colegios, abordemos temas de la práctica diaria, en los que entran en conflicto intereses, derechos y deberes de pacientes, familiares y profesionales. Con nuestras reflexiones hemos de llegar a propuestas de comportamientos acordes con la mejor y mayor calidad asistencial y el trato más humano y digno para nuestros pacientes, que sirvan de guía a todos los colegas que no van a estar en el Congreso. Se trata de iluminarnos nosotros para iluminar a los demás.

### **¿Por qué la ética médica parece estar cada vez más presente en la sociedad?**

Porque la Medicina se ha hecho omnipotente y, en la medida en que puedes hacer más cosas, debes ser más exigente para hacer lo mejor y evitar lo perjudicial. La actuación médica en el origen de la vida, al final de la misma, sobre el sexo de las personas, el curso de las enfermedades, el manejo de tecnologías que pueden modificar el destino del ser humano, etc., hacen imprescindible que al juicio clínico-científico se añada un respeto a los derechos de las personas y, sobre todo un juicio ético-deontológico personalizado y específico para cada paciente y en cada situación individual, sin olvidar el deber de justicia y equidad para todos.

### **¿La formación en ética médica es determinante para mejorar la calidad de la asistencia que prestan los médicos?**

Sin ninguna duda. Es imprescindible que un buen profesional de la Medicina, tenga también una buena formación ética, de esta manera, será un médico que regala al paciente y a su familia respeto, comprensión, confianza..., lo que proporciona tanta o

*IV Congreso de Deontología médica*



más satisfacción que el acierto científico. Aunar ambas exigencias deben configurar el objetivo del buen médico de hoy.

### **¿Hay una crisis de valores éticos en la sociedad?**

En mi opinión, encontramos un gran grupo de personas más preocupadas que nunca por el respeto a las personas y a sus derechos, con una sincera disposición a la solidaridad y a la responsabilidad personal y social y preocupadas por una adecuada formación en valores; por otro lado, asistimos a una corriente relativista en la que nada es intrínsecamente bueno o malo, conforme a la cual “todo depende” o “todo es relativo”; esta ausencia de criterios o principios sólidos que inspiren los comportamientos no nos llevaría por una senda favorable.

Si aplicamos esto a la Medicina, hay médicos preocupados por su formación ético-deontológica y por establecer principios éticos que guíen las conductas profesionales, y otros, quizá los más jóvenes, confiados y deslumbrados por las grandezas científicas que se abren ante ellos, que necesitan, en su formación, que se les incorpore el proceso reflexivo de “lo que se debe hacer”, junto al más sencillo de “lo que se puede hacer”. Los Tutores de médicos Residentes tienen aquí un papel muy importante, junto a los Colegios Profesionales y sus Comisiones Deontológicas; en la formación especializada y continuada tiene que estar muy presente la Ética médica y la Deontología, perfectamente integrada en la compleja asistencia sanitaria del siglo XXI.

### **¿Qué debe tenerse en cuenta en relación con la ética cuando se habla de avances científicos?**

El hecho de que constantemente se descubran o inventen nuevos recursos a aplicar en Medicina (medicamentos, técnicas, instrumentos, máquinas, aparatos, etc ), significa mayor exigencia moral para usarlos buscando su mayor eficacia y eficiencia y teniendo, siempre, presentes a los más vulnerables e indefensos. El médico es el garante de la equidad y del mejor aprovechamiento de los recursos con respeto a las necesidades reales.

### **Parece que se están dando los pasos para que la ley estatal de cuidados al final de la vida se convierta en realidad. ¿Cuál es su opinión sobre esta norma?**

La OMC ha tenido especial cuidado con este aspecto de la Medicina, la enfermedad terminal que ya no se beneficia de medios extraordinarios; así dispuso hace varios años, que se creara el grupo de trabajo de “Atención al final de la vida”, formado por expertos en procesos terminales y en los cuidados paliativos que están indicados para que la vida de estos pacientes discurra sin sufrimiento, y con los cuidados sanitarios y afectivos que le proporcionen el mayor bienestar.

La dignidad es de la persona, no de la vida o de la muerte, por ello, es adecuado que las leyes reconozcan y protejan el derecho de cada paciente a recibir los cuidados que le permitan sentirse atendido en lo sanitario y espiritual, escuchado, acompañado y querido, para despedirse de la vida desde la serenidad y la complacencia.

### **¿Cuáles son las claves que abordarán en su mesa sobre maternidad subrogada?**

La maternidad subrogada es una consecuencia más de las técnicas de reproducción asistida. Tiene muchas implicaciones que consideraremos en el desarrollo de la Mesa, para llegar a las conclusiones que nos parezcan más prudentes en un tema en el que el valor en juego es la dignidad de la mujer.

No puede ser lícito un procedimiento en el que participa una mujer, poniendo al servicio de otros, a cambio de dinero, su capacidad biológica para llevar durante nueve meses



en su seno, a un nuevo ser. La Medicina ha tenido muy presente que la dignidad humana exige que, el acto de la donación de órganos o tejidos, sea un acto altruista y generoso; mucha más importancia cobra este principio cuando “la donación” consiste en convivir nueve meses con un nuevo ser que depende de ti en su vida biológico-psicológica de cada minuto, con las implicaciones afectivas y emocionales que esto implica.

Es llamativo que se haya puesto de manifiesto un acuerdo pleno entre la opinión de movimientos feministas y del Vaticano al considerar que el valor a preservar, en este tema, es la dignidad de la mujer, como por otra parte sucede, también, en la prostitución y otras servidumbres. La excepcionalidad del altruismo pleno y en circunstancias muy determinadas, podría considerarse.

#### *IV Congreso de Deontología médica*



# Video Entrevista

## Dr. Joan Monés Xiol



*IV Congreso de Deontología médica*

OMC



ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



**commálaga**  
Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la provincia



*IV Congreso de Deontología médica*



# Video Entrevista

## Dra. Maria Castellano Arroyo



*IV Congreso de Deontología médica*



*IV Congreso de Deontología médica*



# Video Entrevista

## Dr. Rogelio Altisent



*IV Congreso de Deontología médica*



*IV Congreso de Deontología médica*



# Video Entrevista

## Dra. Bárbara Marco Gómez



*IV Congreso de Deontología médica*



*IV Congreso de Deontología médica*



# Video Entrevista

## Dr. José María Domínguez Roldán



*IV Congreso de Deontología médica*



*IV Congreso de Deontología médica*



# Video Entrevista

## Dr. Jacinto Bátiz Cantera



*IV Congreso de Deontología médica*

OMC



ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



**commálaga**  
Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la provincia



*IV Congreso de Deontología médica*



# Video Entrevista

## Dr. Rafael Gómez García



*IV Congreso de Deontología médica*



*IV Congreso de Deontología médica*



# Video Entrevista

## Dr. Manuel García del Río



*IV Congreso de Deontología médica*



*IV Congreso de Deontología médica*



# Video Entrevista

## Dr. José Antonio Trujillo



*IV Congreso de Deontología médica*



*IV Congreso de Deontología médica*





# La atención médica al final de la vida en la España del siglo XXI".



**Moderador:**

***Dr. Joaquín Fernández-Crehuet***, presidente del Comité Organizador

**Ponentes**

***Dr. Jacinto Bátiz***, miembro de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial (OMC),

***Dr. José María Domínguez***, especialista en Medicina Intensiva y experto en Bioética y Ética Asistencial del Hospital Universitario Virgen del Rocío

***Dr. Rafael Gómez***, responsable asistencial de la Fundación CUDECA

*IV Congreso de Deontología médica*



*IV Congreso de Deontología médica*



## Abordar con decisión la sedación en la agonía es un deber deontológico del médico

El primer taller del IV Congreso de Deontología Médica, que se celebra en el Colegio de Médicos de Málaga, abordó la atención médica al final de la vida y puso de manifiesto que se trata de un proceso que es un derecho del paciente y una obligación deontológica del médico. Los expertos explicaron que es un deber ético abordar con decisión la sedación en la agonía, incluso cuando de ese tratamiento se pudiera derivar, como efecto secundario, una anticipación de la muerte



Los doctores Bátiz, Fernández-Crehuet, Domínguez y Gómez.

En la mesa, organizada por la Comisión Andaluza de Deontología Médica y moderada por el Dr. Joaquín Fernández-Crehuet, presidente del Comité Organizador, intervinieron el Dr. Jacinto Bátiz, miembro de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial (OMC), José María Domínguez, especialista en Medicina Intensiva y experto en Bioética y Ética Asistencial del Hospital Universitario Virgen del Rocío y Dr. Rafael Gómez, responsable asistencial de la Fundación CUDECA.

El Dr. Joaquín Fernández-Crehuet comentó que entre los cuatro fines de la Medicina propuestos por el Hastings Center, tres se refieren a situaciones directa o indirectamente relacionadas con el proceso de morir como el alivio del dolor y el sufrimiento, la atención

*IV Congreso de Deontología médica*



y curación de los enfermos curables y el cuidado de los incurables, y la evitación de la muerte prematura y la búsqueda de una muerte tranquila.

En este contexto, los cuidados paliativos son fundamentales para ofrecer una atención integral a los pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo y donde es primordial el control de síntomas, especialmente del dolor, sin olvidar los aspectos psicológicos, sociales y espirituales.

El Dr. Jacinto Bátiz, miembro de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial (OMC), explicó que los conflictos éticos pueden ser diversos porque los cuidados paliativos tienen que ver con la vida, la muerte, el sufrimiento, la fragilidad y la vulnerabilidad de los enfermos.

El conflicto es un síntoma que muestra a los clínicos la necesidad de trabajar con valores con la misma capacidad y habilidad profesional con las que se desenvuelven en el trabajo clínico. Así, el Dr. Bátiz destacó que los facultativos “no podemos ser indiferentes ante el dolor de los demás y hemos de comprender que para ayudar a los enfermos no es suficiente la buena voluntad o la inclinación caritativa, sino que es indispensable instruirse, informarse e ilustrarse para ser realmente útil y eficazmente competente”. Por este motivo, indicó que “no debemos permitir que alguien sufra dolor por ignorancia de cómo hacerlo, por temor a aliviarlo con la posología suficiente o por creencias erróneas”.

De este modo, recalcó que el enfermo tiene derecho a ser aliviado de su dolor y los pacientes en fase terminal pueden ser vulnerados cuando se les somete a encarnizamiento terapéutico manteniéndoles con vida artificialmente y en condiciones que degradan notablemente la dignidad de la persona. En este punto, lamentó que “son muchos los enfermos en fase terminal que todavía mueren con el suero puesto y esperando una analítica, o entubados en un servicio de urgencias”.

Respecto a la eutanasia, resaltó que “es una tentación como solución precipitada, que se da cuando un paciente solicita ayuda para morir y se encuentra con la angustia de un médico que quiere terminar con el sufrimiento del enfermo porque lo considera intolerable y cree que no tiene nada más que ofrecerle”. Además, comentó que “el fracaso se produce cuando nos planteamos quitar la vida a un enfermo porque no sabemos cómo mejorarle sus síntomas ni cómo modificar las circunstancias personales en las que está viviendo”.

El Dr. Bátiz detalló que la sedación paliativa 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. Así, cuando la sedación está indicada y existe consentimiento, el médico tiene la obligación de aplicarla. Por tanto, si un médico se negara a realizarla, el paciente o en su defecto, la familia, la podría exigir como un derecho, que se corresponde con el deber profesional del médico.

Cuando existe una adecuada indicación para la sedación, “la objeción de conciencia no tiene cabida, como tampoco sería posible objetar ante cualquier otro tratamiento correctamente indicado”, aseguró. Una correcta asistencia implica que se recurra a la sedación sólo cuando esté adecuadamente indicada y tras haber fracasado todos los tratamientos disponibles para el alivio de los síntomas.



Por su parte, José María Domínguez, especialista en Medicina Intensiva y experto en Bioética y Ética Asistencial del Hospital Universitario Virgen del Rocío, subrayó que cuando se publicó el informe del Hastings Center sobre los fines de la medicina, entre los objetivos de esta se encontraban no solamente luchar contra las enfermedades sino también, cuando llega el momento de la muerte, aliviar el sufrimiento y conseguir que los pacientes mueran en paz.

Por tanto, los deberes y obligaciones del médico están dirigidos no solamente a prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades, sino también a prestar atención médica a pacientes en la fase final de sus vidas y emprender acciones dirigidas a aliviar su dolor y síntomas terminales.

El Dr. Domínguez, comentó que el Código de Deontología en su artículo 36, señala que: “El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Cuando ya no lo sea, permanece la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir su bienestar, aun cuando de ello pudiera derivarse un acortamiento de la vida”.

Por tanto, la atención médica al final de la vida se considera buena práctica clínica que incluye, pero no se limita, a los cuidados paliativos. No obstante, “es importante realizar una homogenización de conceptos de situaciones y actuaciones relacionadas con el final de la vida, ya que no es infrecuente que esta terminología no sea frecuentemente interpretada de modo unívoco ni por los profesionales sanitarios, ni por los pacientes”.

Por último, el Dr. Rafael Gómez, responsable asistencial de la Fundación CUDECA, expuso que “decir cuidados paliativos no equivale a atención domiciliaria, la organización de los cuidados paliativos es variada y se desarrolla mediante varios modelos, la presencia más o menos poderosa de uno u otro tipo de servicio está ligada más bien a circunstancias de oportunidad de desarrollo de cada lugar, más que a una planificación organizada de los mismos”.

Sobre la atención en el ámbito domiciliario incidió en que “requiere que prestemos especial atención a varios determinantes, que afectan no tanto a la dimensión técnica de nuestro trabajo, sino a la dimensión ética y moral de nuestra actuación. El hogar es un lugar dominado por la intimidad del paciente, la cual se nos muestra de forma mucho más clara, de forma más directa, una intimidad que es intrínseca al mismo concepto de hogar”.

“En el hogar no nos encontramos ante el mismo paradigma asistencial de los centros sanitarios, la vida de las personas se muestra en su casa con menos barreras, más espontánea. Una intimidad que está cargada de toda una dimensión trascendente que requiere que la tengamos en cuenta para no violentarla con nuestra actuación, un espacio personal que se nos abre de forma privilegiada y que exige de nuestra parte un máximo respeto a la confidencialidad de nuestra actuación, porque estamos en su casa”, concluyó.

#### *IV Congreso de Deontología médica*



# “Conceptos y definiciones de los actos médicos relacionados con el final a la vida”

*Dr. José María Domínguez Roldán*



*IV Congreso de Deontología médica*

## Conceptos y definiciones de los actos médicos relacionados con el final de la vida.

Jose Maria Dominguez Roldan

Cuando se publicó el informe del Hastings Center sobre los fines de la medicina, entre los objetivos de esta se encontraban no solamente luchar contra las enfermedades sino también, cuando llega el momento de la muerte, aliviar el sufrimiento y conseguir que los pacientes mueran en paz. Ambos objetivos tienen la misma categoría e importancia. Por tanto, los deberes y obligaciones del médico están dirigidos no solamente a prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades, sino también a prestar atención médica a pacientes en la fase final de sus vidas y emprender acciones dirigidas a aliviar su dolor y síntomas terminales.

El Código de Deontología Médica Español, en su artículo 36, señala que “El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Cuando ya no lo sea, permanece la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir su bienestar, aun cuando de ello pudiera derivarse un acortamiento de la vida”. Por tanto, la atención médica al final de la vida se considera buena práctica clínica que incluye, pero no se limita, a los cuidados paliativos.

No obstante, es importante realizar una homogenización de conceptos de situaciones y actuaciones relacionadas con el final de la vida, ya que no es infrecuente que esta terminología no sea frecuentemente interpretada de modo unívoco ni por los profesionales sanitarios, ni por los pacientes.

A efectos prácticos vamos a desglosar algunos de esos términos, principalmente basados en el documento “Conceptos y definiciones. Atención médica final de la vida” publicado por la organización médica colegial de España.

Algunas de las definiciones que debemos de tener en cuenta en relación al final de la vida son las siguientes:

- **Morir con dignidad**

*“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. Se asocia el hecho de morir con dignidad a la ausencia de sufrimiento. También hay que tener en cuenta otros factores humanos, como la presencia de los seres queridos y la creación de un entorno amable”.*

- **Cuidados paliativos. “Buena práctica” médica al final de la vida**

*“Proporcionan una atención integral a los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo y donde es primordial el control de síntomas, especialmente del dolor, así como el abordaje de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. Tienen un enfoque interdisciplinario e incluyen al paciente, la familia y su entorno, ya sea en casa o en el hospital. Los cuidados paliativos afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal; ni aceleran ni retrasan la muerte. Tienen por objeto preservar la mejor calidad de vida posible hasta el final.*

*La buena práctica médica supone la aplicación de medidas terapéuticas proporcionadas, evitando tanto la obstinación como el abandono, el alargamiento innecesario o el acortamiento deliberado de la vida”.*

- **Adecuación del esfuerzo terapéutico**

*“Consiste en retirar, ajustar o no instaurar un tratamiento cuando el pronóstico limitado así lo aconseje. Es la adaptación de los tratamientos a la situación clínica del paciente. El término “limitación del esfuerzo terapéutico” debe evitarse ya que no se trata de ninguna limitación de tratamientos sino de una adecuación de los mismos”.*

En relación a esta actuación existe diversa terminología que es utilizada por una sociedad de científicas o en algunas legislaciones de las comunidades autónomas. Entre ellas están “limitación del esfuerzo terapéutico”, “limitación de terapia de soporte vital” etcétera.

Por otra parte parece apropiado ampliar la terminología no solamente a la terapia sino también a las actividades diagnósticas. Por ello, probablemente la tendencia futura será denominar esta actuación como “adecuación de las actuaciones diagnósticas y terapéuticas”.

- **Obstinación terapéutica**

*“Consiste en la instauración de medidas no indicadas, desproporcionadas o extraordinarias, con la intención de evitar la muerte en un paciente tributario de tratamiento paliativo. Constituye una mala práctica médica y una falta deontológica. Las causas de obstinación pueden incluir, entre otras, las dificultades en la aceptación del proceso de morir, el ambiente curativo, la falta de formación o la demanda del enfermo o la familia. Es preferible evitar el término “encarnizamiento” porque presupone una cierta intencionalidad negativa por parte de quien lo efectúa”.*

La obstinación terapéutica puede referirse no solamente a la instauración de medidas no indicadas, sino también al mantenimiento de las mismas.

- **Abandono**

*“Consiste en 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 profesional.*

*En medicina paliativa, son claros ejemplos de abandono, entre otros, no atender bien los síntomas del paciente, no utilizar la sedación cuando ésta está indicada o no informarle adecuadamente. Abandono y obstinación son los dos extremos de la mala praxis médica en la atención al final de vida que constituyen una grave vulneración del Código de Deontología Médica”.*

- **Eutanasia**

*“Es la provocación intencionada de la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada o terminal, a petición expresa de ésta, y en un contexto médico. Actualmente no procede utilizar los términos “Eutanasia involuntaria”, “Eutanasia pasiva” ni “Eutanasia Indirecta”, porque son situaciones ajenas a esta definición de eutanasia”.*

- **Rechazo al tratamiento**

Consiste en la no aceptación, por parte del paciente, o sus representantes, de la instauración, o mantenimiento de actuaciones médicas (diagnósticas o terapéuticas) que van en contra de los valores del paciente.

- **Suicidio médicamente asistido**

*“Es la ayuda médica para la realización de un suicidio, ante la solicitud de un enfermo, proporcionándole los fármacos necesarios para que él mismo se los administre”.*

- **Consentimiento Informado**

*“Es la conformidad libre 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. Se fundamenta en la autonomía, que 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. La obligación del médico de dar al paciente una información clara y comprensible tiene dos excepciones: la voluntad del enfermo de no ser informado y la necesidad terapéutica (cuando el médico dispone de razones objetivas de que la información puede perjudicar al paciente gravemente en su salud)”.*

- **Planificación anticipada de los cuidados**

*“Es la expresión del proceso de toma de decisiones anticipadas de un paciente capaz, informado y ayudado por el equipo asistencial, acerca de la atención que desea recibir en posibles escenarios clínicos futuros sobre los que el paciente expresa sus preferencias para el caso en que ya no pueda decidir personalmente.*

*Esta planificación puede incluir: la comprensión del paciente sobre su enfermedad, valores y creencias, preferencias sobre su tratamiento y cuidado, las intervenciones que autoriza o rechaza, las decisiones relacionadas con su fallecimiento y la designación de un representante. Todo ello deberá constar en la historia clínica”.*

Una terminología también apropiada para esta actuación es la de “planificación anticipada de las decisiones clínicas”.

- **Documento de instrucciones previas**

*“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.*

*Conviene precisar que este documento no sustituye la comunicación continua y adecuada del médico con su paciente, cuando éste conserva la capacidad para tomar decisiones”.*

El término instrucciones previas, es similar al de voluntades anticipadas.

- **Sedación paliativa**

*“Es la disminución deliberada de la consciencia del enfermo, una vez obtenido el oportuno consentimiento, mediante la administración de los fármacos indicados y a las dosis proporcionadas, 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”.*

Actualmente existe la tendencia a ampliar el concepto de sedación paliativa, por el de “terapia de confort al final de la vida”. Dentro de los elementos de terapia de confort se incluyen: la sedación paliativa, el acompañamiento familiar, la analgesia, etcétera.



*IV Congreso de Deontología médica*



# “La atención médica al final de la vida en el ámbito domiciliario y de la medicina primaria”

*Dr. Rafael Gómez García*



*IV Congreso de Deontología médica*

# Nuevos retos del humanismo en la práctica médica. La atención médica al final de la vida en la España del siglo XXI

Ponencia: La atención médica al final de la vida en el ámbito domiciliario y de la medicina primaria, pág. 1.  
Rafael Gómez García. Fundación CUDECA.

## Tabla de contenido

Introducción .....	2
Los cuidados paliativos .....	2
El domicilio .....	5
La atención al final de la vida es una atención primaria de salud .....	6
Bibliografía:.....	8

## Reseña personal de Rafael Gómez García



Responsable asistencial Fundación CUDECA

[www.cudeca.org](http://www.cudeca.org)

- Doctor en Medicina por la Universidad de Málaga
- Licenciado en Medicina y Cirugía, Facultad de Medicina de Sevilla
- Experto en cuidados paliativos.
- Médico especialista en geriatría.
- Máster en dirección médica y gestión clínica. U.N.E.D.

# Nuevos retos del humanismo en la práctica médica. La atención médica al final de la vida en la España del siglo XXI

Ponencia: La atención médica al final de la vida en el ámbito domiciliario y de la medicina primaria, pág. 2.  
Rafael Gómez García. Fundación CUDECA.

## Introducción

*En cualquier casa donde entre, no llevaré otro objetivo que el bien de los enfermos*

El domicilio del paciente fue el primer lugar donde hemos ejercido la medicina, los hospitales y los centros sanitarios aparecieron después. Hoy en día desde muchos ámbitos de la medicina se reclama una rehumanización de la medicina, nos la dejamos en el camino de la tecnología, ¿tendremos que volver al domicilio para re humanizarnos?

## Los cuidados paliativos

Decir cuidados paliativos no equivale a atención domiciliaria, la organización de los cuidados paliativos es variada y se desarrolla mediante varios modelos, la presencia más o menos poderosa de uno u otro tipo de servicio está ligada más bien a circunstancias de oportunidad de desarrollo de cada lugar, más que a una planificación organizada de los mismos.

En España los cuidados paliativos son una especialidad joven, realmente aun no son una especialidad; han surgido del trabajo pionero de profesionales entregados a la misión del alivio del sufrimiento, como Marcos Gómez Sancho<sup>1</sup>, o más cercanamente a este congreso de la figura de familiares como Joan Hunt<sup>2</sup>. Ellos son personas que han tenido que abrir brecha en el esquema asistencial imperante en épocas pasadas, en las que el reconocimiento de esta necesidad no existía. En aquellos lugares donde se disponía de camas de hospital se iniciaba la asistencia de forma hospitalaria, donde se disponía de un servicio a domicilio surgieron equipos de atención domiciliaria, nuestro país, también en esto, es bastante heterogéneo: *“Este desarrollo hubiera necesitado de importantes inversiones económicas y de información científicamente válida que guiara la planificación y puesta en marcha de este tipo de servicios de manera efectiva y costo-efectiva”*<sup>3</sup>.

Afortunadamente desde hace unos años disponemos de una **“Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud”**<sup>4</sup> que ha sentado las bases del desarrollo deseable de este servicio, aunque su desarrollo pueda ser criticable.

Morir en el domicilio parece que es la opción más deseada, pudiera decirse que es un derecho que debe garantizarse, porque se entiende que el domicilio es el lugar preferido por todos para morir; donde el respeto a la dignidad del paciente se salvaguarda mejor, así lo recoge en Andalucía (y otras similares de otras comunidades) la **Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte:**

*El objetivo de la ley es garantizar una atención adecuada durante el proceso final de la vida. Sus principios se basan en evitar el sufrimiento y respetar la dignidad y la libre decisión de cada paciente.*

*La norma incluye los siguientes aspectos clave:*

- *Garantizar el acceso a los cuidados paliativos y al tratamiento del dolor.*
- ***Establecer el derecho a la atención sanitaria en domicilio en la etapa final.***
- *Prohibir la obstinación terapéutica.*
- *Actualizar la normativa que regula la voluntad vital anticipada.*
- *Regular la aplicación de la toma de decisiones de las personas en las situaciones terminales.*

...

*Artículo 12. Derecho de los pacientes a recibir cuidados paliativos integrales y a la elección del domicilio para recibirlos.*

*1. Todas las personas en situación terminal o de agonía tienen derecho a recibir cuidados paliativos integrales de calidad.*

## Nuevos retos del humanismo en la práctica médica. La atención médica al final de la vida en la España del siglo XXI

Ponencia: La atención médica al final de la vida en el ámbito domiciliario y de la medicina primaria, pág. 3.  
Rafael Gómez García. Fundación CUDECA.

*2. Los pacientes en situación terminal o de agonía, si así lo desean, tienen derecho a que se les proporcionen en el domicilio que designen en el territorio de la Comunidad Autónoma de Andalucía los cuidados paliativos que precisen, siempre que no esté contraindicado.*

El anterior texto, el artículo 12.2, merecería un pequeño debate, sobre todo de las expresiones condicionales que aparecen.

Lo que se dice en esta ley, y en otras similares de nuestro país, no es algo arbitrario, es algo claramente puesto de manifiesto en la literatura científica, un buen informe sobre este aspecto es el informe británico: **Local preferences and place of death in regions within England 2010**<sup>5</sup>, del Instituto Cicely Saunders International, que muestra datos que nos deben hacer pensar:

Sus conclusiones me parecen alarmantes:

*La mayoría de las personas es probable que vean incumplidas sus preferencias para el lugar de su muerte, independientemente de la región de Inglaterra en la que vivan.*

*El cincuenta y tres por ciento de las muertes, en todas las regiones, en 2010, se produjeron en hospitales, el lugar de muerte menos deseado (en todas las regiones excepto en una de ellas)*

La elección del domicilio como lugar de muerte tiene matices que debemos tener en cuenta, este mismo informe nos sirve para centrar el debate:

*Más del 60% de los participantes preferirían morir en su propia casa si las circunstancias les permitieran elegir. En conjunto, el hogar y los centros hospice representaron las preferencias por el lugar de muerte de más del 89% de las personas.*

*Aquellos que habían cuidado a un pariente cercano o a un amigo en sus últimos meses de vida eran más proclives a elegir morir en un centro hospice que los que no habían tenido dicha experiencia. Ésta era la única diferencia estadísticamente significativa en la preferencia para el lugar de la muerte con respecto a la experiencia de enfermedad, agonía y muerte.*

*La preferencia por morir en casa disminuyó a medida que aumentaba la edad, mientras que lo contrario ocurrió con la preferencia por morir en un centro hospice.*

*La proporción de personas que prefieren morir en un centro hospice aumentó en la mayoría de las regiones.*

*Las preferencias por morir en el hogar aumentaron en casi todos los grupos de edad.*

*La preferencia por morir en el hospital disminuyó en todos los grupos de edad.*

*Aunque las cifras eran pequeñas, la proporción de aquellos que deseaban morir en una residencia también disminuyó en todas las edades.*

*Sólo el 21% de todas las 461.016 muertes en Inglaterra en 2010 tuvo lugar en casa. La mayoría de las personas murieron en el hospital (53%)*

*Al comparar la proporción de personas que preferirían morir en casa con la proporción de personas que murieron en casa en cada una de las regiones, la diferencia (es decir, la brecha entre las preferencias locales y la realidad) fue de al menos el 39%*

Esta figura, tomada del mismo informe, resume bastante bien las diferencias encontradas entre la realidad y los deseos de las personas.

## Nuevos retos del humanismo en la práctica médica. La atención médica al final de la vida en la España del siglo XXI

Ponencia: La atención médica al final de la vida en el ámbito domiciliario y de la medicina primaria, pág. 4.  
Rafael Gómez García. Fundación CUDECA.

Figure 12 - Preferred vs. actual place of death by age group

Place of death	45-64		65-74		75+	
	Preferred	Actual Deaths	Preferred	Actual Deaths	Preferred	Actual Deaths
Home	63%	32%	56%	28%	45%	17%
Hospice	32%	11%	37%	9%	41%	3%
Hospital	1%	50%	4%	54%	6%	54%
Care home	1%	3%	2%	7%	5%	25%

The three age groups selected for the table represented 96% of all deaths in 2010 (45-64 represented 13%, 65-74 represented 16% and 75+ represented 67% of all deaths).

En el artículo (más reciente) **Preferred place of death for patients referred to a specialist palliative care service**<sup>6</sup>, se aportan datos interesantes que parecen rebatir el ideal de morir en casa:

*De los pacientes que expresaron un lugar preferido para morir el centro hospice fue el lugar más popular, seguido por el hogar.*

*La proporción de los que murieron en su lugar preferido para morir fue más alta para aquellos que deseaban morir en el centro hospice y el hospital, y la más baja para aquellos que deseaban morir en casa.*

*El ochenta por ciento de los pacientes que nunca habían sido admitidos en el centro hospice querían morir en casa. En contraste, el 79% de los que tenían al menos una admisión en el centro hospice quería morir en él.*

*Los pacientes cuyo lugar preferido para morir era desconocido tenían tres veces más probabilidades de morir en el hospital.*

*La mayoría de los pacientes atendidos en un centro hospice están dispuestos a expresar un lugar preferido para morir.*

*Las preferencias difieren para los pacientes que nunca habían sido admitidos en un centro hospice respecto de aquellos que han tenido al menos una estancia en un centro hospice.*

*Es probable que estos dos grupos tengan características diferentes. Los pacientes hospitalizados en un centro hospice pueden tener problemas más complejos en cuanto al control de síntomas y / o menos apoyo social en comparación con aquellos que nunca fueron admitidos en el hospice, lo que puede hacer que el hospice sea una ubicación más favorable que el hogar para algunos pacientes. La familiaridad con el entorno del centro hospice y el personal también puede facilitar que los pacientes y las familias vean el hospice como un lugar apropiado para la atención de su final.*

*Se recomienda la evaluación rutinaria y continuada del plan anticipado de cuidados para apoyar los deseos de los pacientes al final de la vida.*

Los gestores de nuestros servicios sanitarios también saben desde hace tiempo que la atención domiciliaria de los servicios de cuidados paliativos es además un servicio que aporta calidad a la asistencia individual, y también al conjunto del sistema sanitario; un buen ejemplo es la revisión Cochrane. **Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers**<sup>7</sup>

*Los resultados proporcionan evidencia clara y confiable de que los cuidados paliativos en el hogar aumentan las posibilidades de morir en el hogar y reduce la carga de síntomas, en particular para los pacientes con*

## Nuevos retos del humanismo en la práctica médica. La atención médica al final de la vida en la España del siglo XXI

Ponencia: La atención médica al final de la vida en el ámbito domiciliario y de la medicina primaria, pág. 5.  
Rafael Gómez García. Fundación CUDECA.

*cáncer, sin afectar al dolor del cuidador. Esto justifica la prestación de cuidados paliativos en el hogar para los pacientes que desean morir en casa. Se necesita más trabajo para estudiar la rentabilidad, especialmente para las personas con enfermedades no malignas, evaluar el lugar de muerte y los resultados apropiados que son sensibles al cambio y válidos en estas poblaciones, y comparar diferentes modelos de cuidados paliativos en el hogar.*

Sin embargo no perdamos de vista que la razón principal para el desarrollo de los cuidados paliativos no se basa en una cuestión económica, sino en una cuestión deontológica, es nuestro deber como profesionales, y aún más, en una cuestión de derechos humanos:

*Debemos financiar estas intervenciones de cuidados paliativos no porque ahorren dinero, mucho menos para rescatar nuestro costoso sistema de salud, sino fundamentalmente porque son la forma correcta de hacer. Los orígenes de la medicina paliativa están arraigados en el deseo de mejorar la calidad de vida, de valorar la vida, "vivir todos los días lo mejor que puedas", no en limitar o recortar los cuidados para ahorrar dinero<sup>8</sup>.*

### El domicilio

*"En cualquier casa que entre, lo haré para bien de los enfermos, apartándome de toda injusticia voluntaria y de toda corrupción, y principalmente de toda relación vergonzosa con mujeres y muchachos ya sean libres o esclavos. Todo lo que vea y oiga en el ejercicio de mi profesión, y todo lo que supiere acerca de la vida de alguien, si es cosa que no debe ser divulgada, la callaré y la guardaré en secreto inviolable"<sup>9</sup>*

La intervención en domicilio, a diferencia de la asistencia en un ámbito institucional, un hospital, un centro de salud o un centro residencial, posee unas características particulares que el profesional debe considerar para desarrollar correctamente su labor. Entrar en la casa del otro supone un reto profesional que no nos debe pasar desapercibido.

*El espacio no es neutral ni irrelevante para el bienestar de la persona. El lugar donde se atiende a una persona, el marco en el que es cuidada y curada, influye, de algún modo, en su proceso de sanación. El deseo de permanecer en el hogar y de ser atendido en él no es una casualidad, sino que obedece a profundas motivaciones de carácter emocional e histórico.<sup>10</sup>*

El cuidado en el domicilio requiere que prestemos especial atención a varios determinantes, que afectan no tanto a la dimensión técnica de nuestro trabajo, sino a la dimensión ética y moral de nuestra actuación. El hogar es un lugar dominado por la intimidad del paciente, la cual se nos muestra de forma mucho más clara, de forma más directa, una intimidad que es intrínseca al mismo concepto de hogar. En el hogar no nos encontramos ante el mismo paradigma asistencial de los centros sanitarios, la vida de las personas se muestra en su casa con menos barreras, más espontánea. Una intimidad que está cargada de toda una dimensión trascendente que requiere que la tengamos en cuenta para no violentarla con nuestra actuación, un espacio personal que se nos abre de forma privilegiada y que exige de nuestra parte un máximo respeto a la confidencialidad de nuestra actuación, estamos en su casa.

Desde nuestra dimensión técnica, la asistencia en el domicilio requiere de nosotros también la preocupación por conseguir la mejor asistencia técnicamente posible, en el artículo 18 de nuestro Código Deontológico se dice: *El lugar donde se preste la asistencia sanitaria deberá ser acorde con la dignidad y el respeto que merece el paciente y contará con los medios adecuados para los fines que ha de cumplir.<sup>11</sup>*

Uso Wikipedia para introducir el concepto de hogar:

*La palabra hogar se usa para designar a un lugar donde un individuo o grupo habita, creando en ellos la sensación de seguridad y calma. En esta sensación se diferencia del concepto de casa, que sencillamente se refiere a la vivienda física. La palabra hogar proviene del lugar donde se encendía el fuego, a cuyo alrededor se reunía la familia para calentarse y alimentarse. Se aplica también a todas aquellas instituciones residenciales que buscan crear un ambiente hogareño, por ejemplo: hogares de retiros, hogares de crianza, etc.<sup>12</sup>*

## Nuevos retos del humanismo en la práctica médica. La atención médica al final de la vida en la España del siglo XXI

Ponencia: La atención médica al final de la vida en el ámbito domiciliario y de la medicina primaria, pág. 6.  
Rafael Gómez García. Fundación CUDECA.

El diccionario de la Real Academia de la lengua de España, en su segunda acepción: *Casa o domicilio*, nos pone en nivel de igualdad ambos conceptos, domicilio y hogar, sin embargo en la tercera acepción de hogar: *Familia, grupo de personas emparentadas que viven juntas*, nos permite abrir el debate y la gran pregunta: ¿todo domicilio es un hogar?

Durante la presentación se expondrán varios casos clínicos que ponen de manifiesto esta disyuntiva, y nos servirán para dejar claro que la valoración socio-familiar de cada caso es obligada para todo médico que quiera atender correctamente a su paciente, esta valoración debe ser sistemática y realizada mediante herramientas válidas.

Este deber del médico se desarrolla en la medicina moderna gracias a la aportación de especialidades como la geriatría y la medicina paliativa, sin embargo es un deber que nunca debemos olvidar, la base de este deber se encuentra en la misma definición de salud:

*La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.*<sup>13</sup>

Desde la perspectiva profesional del médico es obligado evaluar si el domicilio es el lugar adecuado para atender con seguridad y dignidad al paciente y su familia. El médico está obligado a demandar los medios necesarios para que el domicilio permita una atención de calidad y digna de la vida de las personas que se enfrentan a su muerte. La falta de medios técnicos y profesionales no debería ser un motivo para que el paciente se vea obligado a morir fuera de su domicilio, las leyes españolas defienden este derecho, los profesionales deben reclamarlo como tal. La medicina paliativa permite asegurar desde el punto de vista del conocimiento que este reto es posible.

Dejo aquí planteada una inquietud que debemos reflexionar (este espacio queda corto para abordarla): ¿qué debemos hacer cuando un paciente expresa su deseo de fallecer fuera de su domicilio, aunque a nivel técnico nada impida que fallecer en su casa sea posible con calidad y seguridad del paciente?

### La atención al final de la vida es una atención primaria de salud

Anteriormente he “olvidado” intencionadamente la medicina de familia y comunitaria, una especialidad médica reconocida en España desde 1978: “*la atención se basa en el paciente y no en la enfermedad, en la familia o el entorno más inmediato del paciente como condicionante del estado de salud*”<sup>14</sup>. A los médicos de familia no hace falta explicarles este deber, porque ya lo llevan incorporado en la definición de lo que son.

¿O sí hace falta? Si hace falta, hoy, recordarnos a todos que el foco de nuestra vocación es el hombre (y la mujer) para re-humanizarnos: ¿la medicina de familia debe revisar su definición? Evidentemente no, sin embargo, como todos, debemos vigilar que los principios de nuestra vocación no se sometan a factores externos a ella.

La medicina de familia y comunitaria tiene una importante base de su desarrollo en la declaración de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, realizada en Kazajistán, del 6 al 12 de septiembre de 1978; fue organizada por la OMS/OPS y UNICEF. La síntesis de sus intenciones se expresa en la Declaración de Almá-Atá, subrayando la importancia de la atención primaria de salud como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud de los pueblos. Su lema fue «Salud para todos en el año 2000»<sup>15</sup>. De esta declaración tomo un punto muy necesario para conseguir el alivio del sufrimiento de las personas al final de sus vidas:

***Confía en los niveles locales y los trabajadores de la salud, incluyendo médicos, enfermeros, parteros, médicos auxiliares y trabajadores comunitarios, unidos en un equipo bien entrenado técnica y socialmente para responder a las necesidades de la comunidad.***

La propuesta que les traigo sobre la atención médica al final de la vida es una propuesta de equipo, una propuesta que necesita de todos. El dolor siempre es total, el alivio del sufrimiento necesita de una atención

## **Nuevos retos del humanismo en la práctica médica. La atención médica al final de la vida en la España del siglo XXI**

Ponencia: La atención médica al final de la vida en el ámbito domiciliario y de la medicina primaria, pág. 7.  
Rafael Gómez García. Fundación CUDECA.

completa, multidisciplinar; la atención al final de la vida necesita que un equipo de profesionales se implique en dicha tarea. Tener un equipo no asegura que se trabaje en equipo, vigilemos esto.

Todos suscribimos que la asistencia debe basarse en la máxima: “a igual necesidad, igual respuesta”. Para asegurar que a todos podemos dar la respuesta que necesita el paciente y su familia, debemos entender que la atención al final de la vida es una atención primaria de salud, y que necesitamos que así sea para asegurar el derecho de todos a recibir cuidados paliativos eficaces y de calidad. Necesitamos articular este trabajo en equipo, como en cualquier campo de la atención primaria de salud.

Les propongo una herramienta, un protocolo, un proceso ordenado de asistencia: *Proceso asistencial integrado de Cuidados paliativos 2ª edición*<sup>16</sup>, de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Este proceso asistencial indica que la atención debe ser compartida por todos, y establece que la complejidad asistencial es el concepto que ordena los esfuerzos asistenciales necesarios en cada caso, y la que orienta la implicación de los recursos sanitarios específicos de cuidados paliativos.

La complejidad asistencial al final de la vida se define por la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud:

*“Conjunto de factores de mayor dificultad o intensidad de necesidades que requieren habitualmente la intervención de un equipo de cuidados paliativos. Depende tanto de las características del paciente, como de problemas de difícil control, de la necesidad de determinadas acciones diagnósticas o terapéuticas y de dificultades de adaptación familiar”<sup>4</sup>*

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía ha desarrollado la herramienta IDC-PAL: instrumento diagnóstico de la complejidad en cuidados paliativos<sup>17</sup>, para dar soporte a esta toma de decisiones en la coordinación de la atención al final de la vida.

### **Conclusiones**

La atención al final de la vida es una atención primaria de salud, que dignifica al profesional de la atención primaria y la medicina de familia.

El dolor siempre es total, el alivio del sufrimiento necesita de una atención completa, multidisciplinar; la atención al final de la vida necesita que un equipo de profesionales se implique en dicha tarea.

Es nuestro deber como médicos asegurar que la asistencia ofrecida se hace a través de un equipo de profesionales, que trabaja en equipo

Para atender correctamente al final de la vida necesitamos competencia y compasión. Creo que la competencia sin compasión es generadora de una atención incompleta, y lo incompleto, al final de la vida genera sufrimiento ineludiblemente.

Es deber de todo médico desarrollar una relación con el paciente basada en la confianza y la compasión, que le permita identificarse con los males que aquejan a aquél que le busca para su sanación.

***Haz que en el que sufre yo vea siempre a un ser humano.***

Rafael Gómez García  
Médico, responsable Asistencial de Fundación CUDECA  
[www.cudeca.org](http://www.cudeca.org)

# Nuevos retos del humanismo en la práctica médica. La atención médica al final de la vida en la España del siglo XXI

Ponencia: La atención médica al final de la vida en el ámbito domiciliario y de la medicina primaria, pág. 8.  
Rafael Gómez García. Fundación CUDECA.

## Bibliografía:

- <sup>1</sup> Marcos Gómez Sancho - Página web personal [Internet]. [citado 12 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.mgomezsancho.com/esp/index.php>
- <sup>2</sup> Días de Vida. Conversaciones con Joan Hunt. Editores PyV. Disponible en: <http://www.plazayvaldes.es/autores/joan-hunt>
- <sup>3</sup> García Pérez L, Linertová R, Martín Olivera R. Efectividad y coste-efectividad de las diferentes modalidades organizativas para la provisión de cuidados paliativos [Internet]. Plan Nacional para el SNS del MSC. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2008; 2008 [citado 12 de diciembre de 2014] p. 108. (Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias). Report No.: 2006/04. Disponible en: [http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/5c4cb9d2-1f33-11e0-964e-f5f3323ccc4d/2006\\_04.pdf](http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/5c4cb9d2-1f33-11e0-964e-f5f3323ccc4d/2006_04.pdf)
- <sup>4</sup> Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud Actualización 2010-2014 [Internet]. 2010 [citado 4 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.mspsi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/paliativos/cuidadospaliativos.pdf>
- <sup>5</sup> Gomes B, Calanzani N, Higginson IJ. Local preferences and place of death in regions within England 2010. London: Cicely Saunders International [Internet]. 2011 [citado 10 de abril de 2017]; Disponible en: [http://www.phine.org.uk/uploads/doc/vid\\_12143\\_NEOLCIN\\_Report\\_2011\\_FINAL%5B1%5D.pdf](http://www.phine.org.uk/uploads/doc/vid_12143_NEOLCIN_Report_2011_FINAL%5B1%5D.pdf)
- <sup>6</sup> Arnold E, Finucane AM, Oxenham D. Preferred place of death for patients referred to a specialist palliative care service. *BMJ Support Palliat Care*. 1 de septiembre de 2015;5(3):294-6.
- <sup>7</sup> Gomes B, Calanzani N, Curiale V, McCrone P, Higginson IJ. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. En: *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2013 [citado 22 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007760.pub2/abstract>
- <sup>8</sup> Smith A. What if palliative care doesn't save money? [Internet]. GeriPal - Geriatrics and Palliative Care Blog. [citado 10 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.geripal.org/2009/10/what-if-palliative-care-doesnt-save.html>
- <sup>9</sup> Juramento hipocrático. En: Wikipedia, la enciclopedia libre [Internet]. 2017 [citado 10 de abril de 2017]. Disponible en: [https://es.wikipedia.org/wiki/Juramento\\_hipocrático](https://es.wikipedia.org/wiki/Juramento_hipocrático)
- <sup>10</sup> Comité de ética asistencial SARquavitaie. Entrar en la casa del otro: ética de la intervención domiciliaria [Internet]. SARquavitaie. Barcelona (sp); 2011 [citado 4 de octubre de 2017]. 36 p. Disponible en: [http://www.sarquavitaie.es/wp-content/uploads/2014/07/Guia-etica\\_castellano\\_2015\\_.pdf](http://www.sarquavitaie.es/wp-content/uploads/2014/07/Guia-etica_castellano_2015_.pdf)
- <sup>11</sup> CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS. CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA MÉDICA. GUÍA DE ÉTICA MÉDICA [Internet]. 2011. Disponible en: [https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo\\_deontologia\\_medica.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf)
- <sup>12</sup> Hogar. En: Wikipedia, la enciclopedia libre [Internet]. 2017 [citado 12 de abril de 2017]. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Hogar>
- <sup>13</sup> OMS. Constitución de la OMS: principios [Internet]. WHO. [citado 12 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/about/mission/es/>
- <sup>14</sup> Medicina familiar y comunitaria. En: Wikipedia, la enciclopedia libre [Internet]. 2016 [citado 12 de abril de 2017]. Disponible en: [https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Medicina\\_familiar\\_y\\_comunitaria&oldid=91443195](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Medicina_familiar_y_comunitaria&oldid=91443195)
- <sup>15</sup> Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Almá-Atá. En: Wikipedia, la enciclopedia libre [Internet]. 2016 [citado 12 de abril de 2017]. Disponible en: [https://es.wikipedia.org/wiki/Conferencia\\_Internacional\\_sobre\\_Atención Primaria de Salud de Almá-Atá](https://es.wikipedia.org/wiki/Conferencia_Internacional_sobre_Atención Primaria de Salud de Almá-Atá)
- <sup>16</sup> Cía Ramos R, Fernández López A, Boceta Osuna J, Duarte Rodríguez M, Camacho Pizarro T, Cabrera Iboleón J, et al. Cuidados paliativos : proceso asistencial integrado 2ª ed [Internet]. 2007 [citado 4 de julio de 2016]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10668/1357>

## **Nuevos retos del humanismo en la práctica médica. La atención médica al final de la vida en la España del siglo XXI**

Ponencia: La atención medica al final de la vida en el ámbito domiciliario y de la medicina primaria, pág. 9.  
Rafael Gómez García. Fundación CUDECA.

---

<sup>17</sup> Martin-Roselló ML, Fernández-López A, Sanz Amores R, Gómez-García R, Vidal-España F, Cia-Ramos R. IDC-PAL : instrumento diagnóstico de la complejidad en cuidados paliativos : documento de apoyo al PAI cuidados paliativos [Internet]. 2014 [citado 12 de abril de 2017]. Disponible en: <https://www.repositoriosalud.es/handle/10668/1530>



# "Estrategias deliberativas ante situaciones reales".

*Dr. José María Domínguez Roldán.*



*IV Congreso de Deontología médica*

"Estrategias deliberativas ante situaciones reales al final de la vida".

Jose Maria Dominguez Roldan

Existen diversos métodos para el análisis de casos desde el punto de vista de la práctica clínico-ética. Los más conocidos en España son: el método deliberativo de Diego Gracia, y el método casuístico de Albert Jonsen.

### **METODO DELIBERATIVO DE DIEGO GRACIA**

El método deliberativo y Diego Gracia consta de los siguientes pasos: 1. Delimitación del problema o situación clínica-sanitaria, 2. Delimitación precisa del dilema ético, 3. Confrontación de principios bioéticos, 4. Confrontación teleológica, 5. Propuesta de soluciones alternativas, 6. Elección de la solución más prudente 7. Comprobación de resultados

### **METODO CASUSITICO DE ALBERT JONSEN**

El método casuístico presenta tres niveles de actuación:

#### **1.- Primer paso en el razonamiento casuístico: Determinación de temas**

De acuerdo a la metodología de análisis de casos de Albert Jonsen, la práctica médica puede ser a veces muy compleja y necesita al menos la realización de cuatro pasos fin de realizar la importancia moral de las actuaciones.

Cualquier ejemplo particular de la relación médica se lleva a cabo dentro de cuatro temas. Cada caso tiene esas cuatro dimensiones Para ello, Jonsen, Siegler y Winslade proponen el sistema de las cuatro casillas ("boxes") cuando se analice un caso

#### **A.- CONSIDERACIONES MÉDICAS.**

El primer tema se refiere a Indicaciones médicas: los signos y síntomas físicos que instan a las personas a buscar la ayuda de profesionales, y a dichos profesionales de la salud a reconocerlos como razones para responder a solicitudes de atención y como puntos de partida para la aplicación de su capacidad diagnóstica y terapéutica. Equivaldría a un análisis de los principios de beneficencia y no maleficencia de la actuación médica. Las preguntas que habría que hacer en este apartado serían:

1. ¿Cuál es el problema médico del paciente? ¿Es grave el problema? ¿Crónica? ¿Crítico? ¿Reversible? ¿Una emergencia? ¿Terminal?
2. ¿Cuáles son los objetivos del tratamiento?
3. ¿En qué circunstancias los tratamientos médicos no se indican?
4. ¿Cuáles son las probabilidades de éxito de varias opciones de tratamiento?
5. En suma, ¿cómo puede este paciente beneficiarse del tratamiento médico y de enfermería? ¿Le podría producir algún daño, y cómo puede evitarse daño.

## **B.- PREFERENCIAS PACIENTES**

El segundo tema concierne a las preferencias del paciente(o sus representantes). Es decir, las percepciones, evaluaciones y elecciones que conducen a las personas a buscar ayuda, que dirigen sus avances y procuran sus resultados. En una valoración principal lista equivaldría a realizar un respeto de la autonomía del paciente. Las preguntas que habría que realizar serían las siguientes:

1. ¿El paciente ha sido informado de los beneficios y riesgos, comprendida esta información y dado su consentimiento?
2. Es el paciente mentalmente competente y legalmente competente? ¿existe evidencia de incapacidad?
3. Si es mentalmente capaz, qué preferencias sobre el tratamiento es el paciente que indica?
4. ¿Si el incapacitado, ha expresado el paciente previas preferencias?
5. ¿Quién es el sustituto apropiado para tomar decisiones por el paciente incapacitado?
6. ¿El paciente no quiere o no puede cooperar con el tratamiento médico? Si es así, ¿por qué?

## **C.- CALIDAD DE VIDA /OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO**

El tercer tema es la Calidad de vida: los estados físicos, intelectuales, afectivos y sociales que las personas desean obtener mediante las intervenciones de salud, y la capacidad objetiva de esas intervenciones para contribuir a dichos estados. En este punto también se analizan:

Principios de beneficencia y no maleficencia y respeto por la autonomía. Las preguntas que habría que realizar serían las siguientes:

1. ¿Cuáles son las perspectivas, con o sin tratamiento, para una vida vuelta a la normalidad, y qué déficits físicos, mentales y sociales podrían la experiencia del paciente incluso si tiene éxito el tratamiento?
2. ¿Por qué motivos alguien puede juzgar que cierta calidad de vida sería conveniente para un paciente que no puede hacer o expresar tal juicio? 3. ¿Hay sesgos que puedan dificultar la evaluación de la calidad de vida de la paciente?
3. ¿Qué cuestiones éticas surgen relativas a mejorar o mejorar la calidad de vida de este paciente?
4. ¿Las evaluaciones de la calidad de vida subir alguna pregunta sobre los cambios en los planes de tratamiento, tales como renunciar a tratamientos para prolongar la vida?

5. ¿Qué planes y justificación para renunciar a tratamientos para prolongar la vida? ¿Cuál es el estado legal y ético de suicidio?

#### **D.- CARACTERÍSTICAS CONTEXTUALES**

El cuarto tema concierne a las características contextuales, es decir, las estructuras sociales, organizativas, administrativas, financieras y legales dentro de las cuales se llevan a cabo las intervenciones de salud, y que aumentan o limitan su eficacia. Valora los Principios de justicia y equidad. Las preguntas a responder serían:

1. ¿Hay profesionales, interprofesional o negocios que puedan crear conflictos de interés en el tratamiento clínico de los pacientes?
2. ¿Hay partes, que no sean los médicos y pacientes, como, miembros de la familia, que tienen un interés en las decisiones clínicas?
3. ¿Cuáles son los límites en la confidencialidad del paciente los intereses legítimos de terceros?
4. ¿Hay factores financieros que crean conflictos de intereses en las decisiones clínicas?
5. ¿Hay problemas de asignación de recursos de salud escasos que pudiera influir en las decisiones clínicas?
6. ¿Hay temas religiosos que pudieran influir en las decisiones clínicas?
7. ¿Cuáles son los problemas legales que pudieran afectar las decisiones clínicas?
8. ¿Hay consideraciones de investigación clínica y la educación que pudiera influir en las decisiones clínicas?
9. ¿Existen problemas de salud pública y seguridad que afectan a las decisiones clínicas?
10. ¿Existen conflictos de intereses dentro de instituciones u organizaciones (por ejemplo, hospitales) que pueden afectar las decisiones clínicas y bienestar del paciente?

#### **2.- Segundo acto del razonamiento casuístico: Interpretación de máximas y principios**

Según Jonsen *“La moralidad no es en sí una institución o práctica; es una manera particular de actuar dentro de una variedad de instituciones y prácticas, y la manera particular está determinada por lo que se suelen llamar principios, reglas, valores morales. Los casuistas retóricos clásicos hablaron de “máximas”. Estas fueron las “maxima sententia”, u “opiniones significativas”, que expresaron de manera concisa los estándares de conducta que cualquier persona racional que entendía la práctica consideraba obligatorias o prudentemente sabias.”.*

Los principios se formulan de manera más amplia, se formulan como si fueran universales, y están en relación con teorías más amplias y generales de justificación moral. Según Jonsen “: *La filosofía moral contemporánea se ha concentrado de manera especial en el problema de dar explicaciones teóricas del origen y certidumbre de principios morales. Tanto esfuerzo intelectual se invirtió en esta búsqueda que se relegaron al olvido máximas más modestas de casuística de la retórica clásica*”.

### **3.- Tercer paso en el razonamiento casuístico: Argumentación por analogía**

En este punto, se llega a las conclusiones del caso comparándolo con casos similares en los cuales la relación entre las máximas y los principios de los casos eran similares. También se analizan las diferencias entre casos previos y el que se está estudiando tanto el debatido como lo debatido. Si no existieran casos similares se argumenta utilizando las máximas consideradas previamente.



*IV Congreso de Deontología médica*



# "La Atención Médica al final de la vida desde la Ética y la Deontología".

*Dr. Jacinto Bátiz Cantera.*



*IV Congreso de Deontología médica*

## La Atención Médica al final de la vida desde la Ética y la Deontología

Dr. Jacinto Bátiz

Jefe del Área de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios de Santurce (Vizcaya)

Miembro de la Comisión Central de Deontología de la OMC

Miembro del Grupo de Trabajo Atención Médica al Final de la Vida de la OMC

Presidente de la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Vizcaya

[jbatiz@hsjd.es](mailto:jbatiz@hsjd.es)

[jacinbatiz@gmail.com](mailto:jacinbatiz@gmail.com)

[jbatiz@cmb.eus](mailto:jbatiz@cmb.eus)

¿Cómo hemos cuidar los médicos a las personas que padecen una enfermedad avanzada en la fase terminal desde la Ética y la Deontología? Evitando su prolongación innecesaria, pero también evitando su acortamiento deliberado. Estos son los límites que nos indica el Código de Deontología Médica en su capítulo VII que trata sobre la *Atención Médica al Final de la Vida*.

En esta ponencia desgranaré cada uno de los artículos de este capítulo que nos ayudarán a cuidar mejor a nuestros enfermos en estos trances difíciles del final de vida.

El artículo 36.1 dice: *“El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Cuando ya no lo sea, permanece la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir su bienestar, aún cuando de ello pudiera derivarse un acortamiento de la vida.”*

Creo que cada una de las frases de este artículo están cargadas de contenido sólido para controlar adecuadamente todos aquellos síntomas molestos. Analizaré seguidamente cómo debiéramos controlar el dolor, uno de los síntomas más característicos y tan temido en esta etapa final de la vida. Para ello tendremos en cuenta la característica tetra-dimensional del dolor (dolor físico, emocional, social y espiritual) al que denominaremos “dolor total”.

Hemos de librarle del dolor pero cuando lo hagamos no tengamos la tentación de pensar que cuando padecemos nosotros dolor sí es un dolor insoportable, pero cuando lo padece el enfermo, es un dolor exagerado. No sería ético que lo hiciéramos de esta manera. Ya lo decía J. Bonica, que el dolor mejor dolor tolerado es el que tienen los otros.

El dolor que es posiblemente la primera asignatura de la Medicina de todos los tiempos, continúa siendo uno de los retos en nuestra práctica diaria. Es incomprensible que, con todos los avances en los que estamos inmersos y las armas terapéuticas tan sencillas y eficaces de que disponemos, no hayamos superado este problema en un gran porcentaje de enfermos. El número de consultas relacionadas con el dolor están aumentando, pero el tiempo que los médicos le dedican a cada una se reduce. El 80% de los médicos consultados sobre este tema consideran que las consultas relacionadas con el dolor seguirán aumentando. El 72% admite no dedicar suficiente tiempo al enfermo con dolor. El Prof. Harald Breivik escribe en la revista *PainEurope*: *“Aceptamos que el alivio del dolor es un derecho, pero sigue siendo un problema internacional”*.

Si ya tenemos claro que el enfermo tiene derecho a recibir tratamiento contra el dolor y el profesional de la salud tiene el deber de procurarlo con eficacia, debiéramos continuar reflexionando.

No se debiera formar a las nuevas generaciones de médicos en el tratamiento del dolor sólo desde el punto de vista estrictamente científico, no teniendo presente la dimensión cultural, social, psicológica, espiritual y humana. El médico deberá afrontar y tratar el "dolor total". No sería una buena práctica médica engañar al enfermo que sufre dolor prescribiéndole placebos. No podemos ser indiferentes ante el dolor de los demás y hemos de comprender que para ayudar a los enfermos no es suficiente la buena voluntad o la inclinación caritativa, sino que es indispensable instruirse, informarse e ilustrarse para ser realmente útil y eficazmente competente. Los médicos que estamos involucrados en el manejo del dolor debemos considerar que el inadecuado tratamiento del mismo cuando disponemos del conocimiento y los medios para ello, no es una falta ética sino una negligencia. Un manejo adecuado y enérgico del dolor es la respuesta ética lógica y razonable.

¿Cómo satisfacer el derecho del paciente a que le aliviemos el dolor? No debemos permitir que alguien sufra dolor por ignorancia de cómo hacerlo, por temor a aliviarlo con la posología suficiente o por creencias erróneas. No olvidemos que el enfermo tiene derecho a ser aliviado de su dolor y los médicos tenemos el deber de aliviar el dolor de nuestros enfermos. El médico que está frente a una persona que padece dolor debe creerle y aceptar su testimonio sobre lo que está sufriendo. Hay que tener presente que si el enfermo dice que le duele es que le duele. Y si dice que le duele mucho es que le duele mucho. El dolor es lo que el enfermo dice que es, es lo que el enfermo describe y no lo que los demás pensamos que debe ser. Hemos de identificar el tipo de dolor que padece el enfermo para tratarlo adecuadamente. Debemos conocer bien los analgésicos que vamos a manejar. Tendremos que emplear el tratamiento adecuado para el dolor concreto de ese enfermo que tiene nombre y apellidos. Será el propio enfermo quien nos indicará la eficacia de la analgesia cuando nos diga: "doctor, ya no tengo dolor". En los pacientes con sospecha de dolor crónico la afectación de la calidad de vida será un signo de la eficacia analgésica. El enfermo, en fase terminal, asocia el dolor con un empeoramiento o un agravamiento de su enfermedad. Por eso, debemos aliviárselo cuanto antes. El tratamiento del dolor no es un cuestión opcional, sino un imperativo ético.

El Art. 36.2 dice: *"El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza de beneficios para el enfermo, inútiles u obstinadas. Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar dicho tratamiento para prolongar su vida. Cuando su estado no le permita tomar decisiones, tendrá en consideración y valorará las indicaciones anteriormente hechas y la opinión de las personas vinculadas responsables."*

Este artículo entre otras pautas no indica que debemos evitar pruebas diagnósticas y tratamientos inútiles, es decir, adecuar el esfuerzo diagnóstico y terapéutico. En nuestro país se puede morir mal por falta de Cuidados Paliativos, pero también hay enfermos que mueren mal por exceso de tecnologías médicas. Los enfermos en fase terminal pueden ser vulnerados cuando se les somete a encarnizamiento terapéutico manteniéndoles con vida artificialmente y en condiciones que degradan notablemente la dignidad de la persona. Son muchos los enfermos en fase terminal que todavía mueren con el suero puesto y esperando una analítica, o entubados en un servicio de urgencias. Ni la obstinación terapéutica que llevaría al encarnizamiento terapéutico, ni el abandono, son respuestas éticas ante un enfermo al final de la vida. Lo que se puede llegar a hacer para mantener a un enfermo con vida es impresionante. Pero, hemos de comprender que tan importante como luchar por curar a un enfermo es saber parar cuando tenemos claro que es imposible curarle.

El artículo 36.3 dice: "El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste."

Desear tener una buena muerte, morir bien, es una legítima aspiración de los seres humanos. Y los profesionales de la salud estamos obligados a ayudar a nuestros enfermos a que mueran bien. Pero, ¿Por qué una persona enferma solicita la muerte? ¿Verdaderamente desea la muerte? ¿Cuál es la demanda auténtica de un agonizante que pide la eutanasia? Cuando un enfermo dice: "¡¡¡ Acabemos con esto !!!" ¿cómo comprenderlo? Que acabemos con su vida? Que acabemos con ese dolor insostenible que padece? Con su angustia? Con su soledad? Doctor, me siento una carga para mi familia. ¡Ayúdeme! No quiero seguir viviendo. El enfermo necesita sentirse querido por los suyos. El enfermo necesita sentir que sigue siendo importante para sus seres queridos, que sigue siendo querido por lo que es y que no necesita cambiar. Esto es para él un motivo para querer seguir viviendo. Tal vez, la frase escrita por Nietzsche "El que tiene un por qué para vivir, puede soportar casi cualquier cómo" nos ayude a comprender mejor esto. También nos suelen preguntar, ¿doctor, me practicará usted la eutanasia? El enfermo nos está pidiendo que aliviemos su sufrimiento. Detrás de la petición "quiero morir", hay un trasfondo que significa "quiero vivir o morir de otra forma". El enfermo pide ayuda, y si no comprendemos el sentido profundo de su petición, determinamos que desea la muerte. La tentación de la eutanasia como solución precipitada, se da cuando un paciente solicita ayuda para morir y se encuentra con la angustia de un médico que quiere terminar con el sufrimiento del enfermo porque lo considera intolerable y cree que no tiene nada más que ofrecerle. Cualquiera con un poco de experiencia en la atención de enfermos graves sabe que, cuando un enfermo solicita la muerte, es muy importante averiguar qué hay realmente detrás de esa petición. Tal vez sea una llamada de atención, para que se le alivie el dolor o se le ponga remedio al insomnio. Quizá sea una queja encubierta para que se le trate de una manera más humana o se le haga compañía. Sencillamente, para que se le explique lo que le está ocurriendo. El verdadero fracaso es tener que admitir la eutanasia como solución alternativa al alivio de síntomas y a la comunicación. El fracaso se produce cuando nos planteamos quitar la vida a un enfermo porque no sabemos cómo mejorarle sus síntomas ni cómo modificar las circunstancias personales en las que está viviendo. La única cuestión que nos debe preocupar es ¿Qué le ocurre al enfermo para desear la muerte? La eutanasia, al poner en manos del médico la posibilidad de decidir acabar con la vida de ciertas personas, destruye algo fundamental en la relación médico-paciente, la confianza. No es posible que exista una verdadera Medicina si el enfermo en vez de tener confianza en su médico llega a tenerle miedo. Pero, ¿El médico puede ser el cuidador de la salud de las personas y ser capaz de poder producir, al mismo tiempo, su muerte intencionada?

El artículo 36.4 dice: "El médico está obligado a atender las peticiones del paciente reflejadas en el documento de voluntades anticipadas, a no ser que vayan contra la buena práctica médica."

Los médicos hemos de respetar los valores del enfermo. Los médicos nos preguntamos: ¿Qué son los valores? Los pacientes nos responden a esta pregunta: "Son todas aquellas cosas que son importantes para mí y que deseo que me respeten."

El artículo 36.5 dice: "La sedación en la agonía es científica y éticamente correcta cuando existen síntomas refractarios a los recursos terapéuticos disponibles y se dispone del consentimiento del paciente implícito, explícito o delegado."

Los médicos hemos de Sedar al enfermo cuando lo precise. Para ello tenemos varias guías, además el citado artículo en el Código de Deontología Médica, desde el punto

de vista ético y deontológico como son: La Declaración elaborada por la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico: ÉTICA DE LA SEDACIÓN EN LA AGONÍA y aprobada por La Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en sesión celebrada el día 21 de febrero de 2009. La Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en sesión celebrada el día 29 de octubre de 2011 aprobó por unanimidad: GUÍA DE SEDACIÓN PALIATIVA elaborada por la Organización Médica Colegial (OMC) y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL).

En Medicina Paliativa se ha avanzado mucho en el control de los síntomas y han aparecido nuevos fármacos, sobre todo analgésicos, que facilitan mucho el alivio del dolor al final de la vida. Pero 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 insoportable. Esto obliga al médico a disminuir la consciencia del enfermo para garantizar una muerte serena. Pero, 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 sedación, en sí misma, es un recurso terapéutico neutro más y por tanto éticamente neutro. Lo que puede hacerla éticamente aceptable o reprochable es el fin que busca y las circunstancias en que se aplica. El fin que buscamos con la sedación es la medida para tasar el acto como ético. La sedación paliativa 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. 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. El médico está obligado a sedar sólo hasta el nivel requerido para aliviar los síntomas. El uso de la sedación en la agonía es aceptable en la medida en que se mantiene un ajuste apropiado de las dosis de la medicación. Si la dosis de sedante excediera de la necesaria para alcanzar el alivio de los síntomas, habría razones para sospechar que la finalidad del tratamiento no es el alivio del enfermo, sino la anticipación de su muerte. La dosis que debemos emplear es la que el control del síntoma nos indique. Una dosis insuficiente prolongaría un sufrimiento innecesario durante su agonía. Una sobredosis provocaría la muerte. No es legítima la sedación ante *síntomas difíciles* de controlar, pero que no han demostrado su condición de *refractarios*. Como en cualquier otro tratamiento, se debe realizar una evaluación continua del nivel de sedación en el que se encuentra y necesita el enfermo. Durante la sedación de un enfermo los miembros del equipo debemos estar pendientes de él para vigilar su nivel de sedación, valorando los parámetros de respuesta tales como el nivel de conciencia y ansiedad según la Escala de Ramsay. Es necesario transmitir a la familia que el enfermo adecuadamente sedado no sufre. El médico está obligado a sedar sólo hasta el nivel requerido para aliviar los síntomas. El uso de la sedación en la agonía es aceptable en la medida en que se mantiene un ajuste apropiado de las dosis de la medicación. Si la dosis de sedante excediera de la necesaria para alcanzar el alivio de los síntomas, habría razones para sospechar que la finalidad del tratamiento no es el alivio del enfermo, sino la anticipación de su muerte. En la historia clínica y en la 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 administrados. La aplicación de la sedación en la agonía exige del médico la comprobación cierta y consolidada de varios criterios: Que existe una sintomatología intensa y refractaria al tratamiento; que los datos clínicos indican una situación de muerte inminente o muy próxima; que el enfermo ha tenido oportunidad de satisfacer sus necesidades familiares, sociales y espirituales; que el enfermo o, en su defecto la familia, ha otorgado el adecuado consentimiento informado de la sedación en la agonía. No se recomienda la firma de ningún documento, aunque es

imprescindible que el proceso de toma de decisiones se detalle en la historia clínica. ¿Estamos resolviendo nuestras dudas? ¿estamos provocando la muerte? ¿estamos evitando que sufra mientras se muere? Cuando el médico seda al enfermo que se encuentra sufriendo en fase terminal y lo hace con criterios clínicos y éticos no está provocando su muerte; está evitando que sufra mientras se muere. Está realizando una buena práctica médica.

El artículo 36.6 dice: *“Aunque el médico que haya tenido la mayor carga asistencial sobre el paciente es el que tiene la mayor responsabilidad ética de cumplimentar el certificado de defunción en todos sus apartados, no es deontológicamente aceptable rehuir el compromiso de certificarla cuando se produce si se ha presenciado la misma, se conoce al paciente o se tiene a disposición la historia clínica.”*

Hemos de evitar aumentar la pena de los familiares con un trámite burocrático.

La atención médica al final de la vida es un derecho del enfermo y una obligación deontológica del médico.





## Primera Mesa:

# "Segundas víctimas: El impacto de los errores médicos y la salud de los profesionales".



*IV Congreso de Deontología médica*





## Más del 60% de los profesionales reconoce haberse visto involucrado en un evento adverso

Un 62% de profesionales de Atención Primaria y un 72,5% de profesionales en hospitales en España reconocen haber experimentado ser segundas víctimas de eventos adversos de forma directa o bien referida a un colega próximo en los últimos cinco años, según quedó reflejado en el IV Congreso de Deontología Médica en el Colegio de Medicos de Málaga



Dr. Bátis, Murillo y las doctoras Astier y Marco.

En la mesa sobre el impacto de los errores médicos y la salud de los profesionales, que estuvo moderada por el Dr. Rogelio Altisent, director de Proyectos de la Cátedra de Profesionalismo y Ética Clínica de la Universidad de Zaragoza, participaron la doctoras Pilar Astier y Bárbara Marco, profesoras de Medicina de la Cátedra de Ética Médica y Profesionalismo de la Universidad de Zaragoza; y Raquel Murillo, directora general adjunta y directora del ramo de responsabilidad civil de AMA.

La preocupación por analizar los errores derivados de la atención se remonta a 1950, aunque en su momento no atrajeron la atención de forma significativa. En España, los estudios sobre eventos adversos en los hospitales y en la Atención Primaria mostraron que casi el 10% de los pacientes hospitalizados se veían afectados por éstos, mientras que el 6,7% de los pacientes que acuden a las consultas de Atención Primaria (AP), experimentan, al menos, un evento adverso por año, según expuso la Dra. Astier.

El Ministerio de Sanidad se unió a la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente en el año 2005 y desde entonces ha estado trabajando de manera intensa en esta línea. Por ello, ha situado la seguridad del paciente en el centro de las políticas sanitarias como uno de los elementos clave de la mejora de la calidad, quedando así reflejado en la estrategia número 8 del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS), que se viene desarrollando desde el 2005 en coordinación con las comunidades autónomas (CCAA).



En 2015 se publicó la Estrategia de Seguridad del Paciente para el Sistema Nacional de Salud 2015-2020. A pesar de los continuos esfuerzos en mejorar la seguridad del paciente, “somos conscientes que cualquier día del año, a cualquier hora, en cualquier centro de nuestro sistema sanitario puede ocurrir un evento adverso, capaz de causar daño a uno o más pacientes, a sus familias, a los profesionales responsables, a la comunidad en la que ocurre, al centro sanitario concreto en el que tiene lugar, y/o al conjunto de toda nuestra organización”, comentó la Dra. Astier.

La experta subrayó que “es evidente que los eventos adversos con consecuencias graves tienen su peor cara en el sufrimiento de los pacientes y sus familiares y amigos (que son las primeras víctimas). Sin embargo, no son ellos los únicos que sufren y se ven afectados. También son víctimas, aunque en un segundo plano, los profesionales que se ven involucrados directa o indirectamente en el evento adverso y que sufren emocionalmente a consecuencia de ello”.

Así, señaló que “en España un 62% de profesionales de Atención Primaria y un 72,5% de profesionales en hospitales reconocen haber experimentado ser segundas víctimas directamente o bien referido a un colega próximo en los últimos cinco años”.

Hasta 2010, casi ninguna organización sanitaria disponía de un plan para prevenir el impacto que provoca un evento adverso en la organización y en los profesionales que allí trabajan. Ese año, el Institute for Healthcare Improvement publicó el Libro Blanco para la Gestión Respetuosa de Eventos Adversos Clínicos Graves, donde se promovía dar una respuesta adecuada no sólo al paciente y su familia sino también atención a la “segunda víctima” más allá de la preocupación por las consecuencias jurídicas.

Posteriormente, otras instituciones internacionales y nacionales han desarrollado guías para dar una respuesta a los eventos adversos y dar soporte a las segundas víctimas. Las guías están orientadas a dar respuesta desde instituciones sanitarias o direcciones de servicios de salud, puesto que los eventos adversos pueden ocurrir de forma imprevisible en cualquier punto de atención.

La probabilidad de ocurrencia de un evento adverso grave en un hospital es más elevada que en Atención Primaria, sin embargo, determinados factores como la ambulatorización del seguimiento de pacientes pluripatológicos, el manejo de fármacos de alto riesgo hace que esta probabilidad aumente y debemos ser conscientes de dichos riesgos y estar preparados y apoyados por la organización para actuar en ambos entornos hospitales y primaria.

“No dar una respuesta adecuada ante un evento adverso supone también un problema de ética médica tanto por no atender adecuadamente al paciente como por no cuidar a los compañeros que se han visto afectados por el evento adverso y pueden quedar traumatizados por ello y afectar a su práctica diaria y a su salud”, manifestó la Dra. Astier..

### **Proyecto de investigación sobre cuestiones éticas, psicológicas y profesionales en el proceso de enfermar del profesional médico**

Por su parte, la Dra. Marco explicó el proyecto de investigación sobre cuestiones éticas, psicológicas y profesionales en el proceso de enfermar del profesional médico que lleva a cabo el Grupo de Investigación de Bioética de Aragón de la Cátedra de Profesionalismo y Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza



Adquirir la condición de paciente genera en el profesional una situación de incongruencia interna. Durante los años de formación en pregrado no se plantea el tema, interiorizando que sólo los pacientes pueden estar enfermos. La Dra. Marco apuntó que “se nos prepara para diagnosticar, tratar y paliar a los demás. Sin embargo, la consideración de la enfermedad como una debilidad que resta credibilidad y prestigio”.

Los médicos, por el hecho de serlo, tienen unos rasgos diferenciales en su proceso de enfermar que les hacen ser “pacientes complejos”, tanto desde el punto de vista de la enfermedad mental como del resto de la patología médica. Por eso, el objetivo general del estudio es “comprender el proceso de enfermar del profesional médico y si éste es diferente por el hecho de serlo para poder plantear estrategias de mejora de la atención al profesional enfermo”, detalló.

Según el estudio, muchos de los médicos reconocían no decir que lo eran al visitar los servicios médicos para ser valorados. Pero al mismo tiempo afirmaban preferir que los compañeros se presentaran como médicos cuando acudían a su consulta, o incluso molestarse si no lo hacían.

La Dra. Marco incidió en que “el paciente percibe que genera incomodidad en el compañero que le atiende. Ese sentimiento de incomodidad puede surgir del hecho de tratar a alguien que es capaz de juzgar tu actuación y conocimiento en igualdad de condiciones e información”.

Además, “la incomodidad también puede surgir de sentirse sometido a mayor presión debido a las expectativas del paciente, que probablemente te ha elegido a ti como su médico: temor a defraudar y no estar a la altura”, declaró.

#### **Incremento de reclamaciones al profesional sanitario**

Por su parte, Raquel Murillo, directora general adjunta y directora del ramo de responsabilidad civil de AMA, ofreció datos de una encuesta de su compañía en colaboración con la Escuela de Medicina Legal y Forense a 700 asegurados que habían sufrido alguna reclamación en el ámbito de sus actuaciones, que arrojaba que el 68% de los profesionales aseguró haber tomado más precauciones legales a partir de ese momento.

Por otro lado, el 84% reconoció que había variado su forma de trabajar a raíz de la reclamación. Y el 78% modificó la forma en la que se relacionaba con sus pacientes.

Murillo recalcó que “siempre hay que intentar adecuar la actuación a la *lex artis*, prestando especial atención a la existencia de protocolos que puedan determinar la forma de actuar en situaciones concretas”.

Por último, animó a fomentar el diálogo médico-paciente y animó a reflejar toda la actividad asistencia en la historia clínica, informar adecuadamente y contar con consentimientos informados completos.



# "El impacto de los errores médicos".

*Dra. Pilar Astier Peña.*



*IV Congreso de Deontología médica*

## "Segundas víctimas: El impacto de los errores médicos y la salud de los profesionales".

### **María Pilar Astier Peña.**

La preocupación por analizar los errores derivados de la atención sanitaria no es un tema nuevo, ya que los primeros estudios datan de 1950<sup>i</sup>, aunque en su momento no atrajeron la atención de forma significativa.

En 1991 Brennan et al publicaron el estudio Harvard, en el que se valoraba la incidencia de eventos adversos (EA) en más de 30.000 pacientes hospitalizados en 51 hospitales de agudos del estado de Nueva York a lo largo de 1984. El principal objetivo del estudio era valorar la posible negligencia o evitabilidad que había en los llamados EA, siendo la incidencia de EA encontrados de 3,8%.

En 1999 el informe *"To err is human, Building a safer health system"*<sup>ii</sup> elaborado por el IOM de EEUU causó un gran impacto en la sociedad y en la propia clase médica, ya que ponía de manifiesto que entre 44.000 y 98.000 norteamericanos fallecían anualmente debido a fallos y errores cometidos en el sistema sanitario de EEUU, lo cual representaba más muertes que las producidas por accidentes de automóvil, por el cáncer de mama o por el SIDA y que un 7%-14% de las hospitalizaciones presentaban un EA relacionado con la atención sanitaria y no por las condiciones propias del paciente y de ellos, entre un 3%-4% resultaban mortales. El informe proponía un nuevo enfoque al análisis de los errores relacionados con la asistencia sanitaria ya que indicaba que los errores analizados eran consecuencia del diseño de los procesos de las organizaciones sanitarias, que con frecuencia eran sistémicos y muchos de ellos se podían evitar. Este nuevo enfoque impulsó el interés en las organizaciones sanitarias<sup>iii</sup> por identificar los incidentes que ocurrían en sus centros, analizarlos y aprender de ellos para mitigar sus consecuencias y mejorar la asistencia a los pacientes.

Posteriormente, se llevaron a cabo estudios en diferentes partes del mundo: Utah y Colorado<sup>iv,v</sup>, Australia<sup>vi</sup>, Reino Unido<sup>vii</sup>, Dinamarca<sup>viii</sup>, Nueva Zelanda<sup>ix</sup>, Canadá<sup>x,xi</sup> y todos ellos confirmaron la presencia de EA, entre un 4% y un 17% de los pacientes ingresados, así como la posibilidad de evitar el problema en alrededor de un 50%.

En España, los estudios sobre eventos adversos (EA) en los hospitales (ENEAS, 2005<sup>xii</sup>) y en la atención Primaria (APEAS, 2007<sup>xiii</sup>), mostraron que casi el 10% de los pacientes hospitalizados se veían afectados por un EA, mientras que el 6,7% de los pacientes que acuden a las consultas de Atención Primaria (AP), experimentan, al menos, un EA por año.

En el año 2004, en el marco de la 57ª Asamblea de la OMS se creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (AMSP)<sup>xiv</sup> para coordinar y difundir las prácticas seguras en todo el mundo. A partir de entonces y a lo largo de los últimos años, las principales organizaciones con responsabilidad en cuestiones de salud y servicios sanitarios como, la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>xv</sup>, la Organización PanAmericana de la Salud (OPS)<sup>xvi</sup>, el Comité de Sanidad del Consejo de Europa<sup>xvii,xviii</sup> y diversas agencias, institutos y organismos internacionales<sup>xix,xx,xxi,xxii</sup> han desarrollado estrategias para proponer planes y acciones que permitan mejorar la SP y controlar los EA evitables en la práctica clínica.

El Ministerio de Sanidad se unió a la AMSP en el año 2005 y desde entonces ha estado trabajando de manera intensa en esta línea. Por ello, ha situado la SP en el centro de las políticas sanitarias como uno de los elementos clave de la mejora de la calidad, quedando así reflejado en la estrategia número 8 del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS)<sup>xxiii</sup>, que se viene desarrollando desde el 2005 en coordinación con las Comunidades Autónomas (CCAA). En 2015 se ha publicado la Estrategia de Seguridad del Paciente para el Sistema Nacional de Salud 2015-2020<sup>xxiv</sup>.

A pesar de los continuos esfuerzos en mejorar la seguridad del paciente, somos conscientes que cualquier día del año, a cualquier hora, en cualquier centro de nuestro sistema sanitario puede ocurrir un EA, capaz de causar daño a uno o más pacientes, a sus familias, a los profesionales responsables, a la comunidad en la que ocurre, al centro sanitario concreto en el que tiene lugar, y/o al conjunto de toda nuestra organización.

Es evidente que los EA con consecuencias graves tienen su peor cara en el sufrimiento de los pacientes y sus familiares y amigos (que son las primeras víctimas). Sin embargo, no son ellos los únicos que sufren y se ven afectados. También son víctimas, aunque en un segundo plano, los profesionales que se ven involucrados directa o indirectamente en el EA y que sufren emocionalmente a consecuencia de ello. El término segunda víctima fue

introducido por Albert Wu de la Universidad Johns Hopkins en 2000<sup>xxv</sup> para referirse al profesional que participa en un EA inevitable y que queda traumatizado por esa experiencia o que no es capaz de afrontar emocionalmente la situación. Unos años más tarde, Scott<sup>xxvi</sup> de la Universidad de Missouri amplió esta definición haciendo referencia a todo profesional sanitario que participa en un EA, un error médico o una lesión inesperada relacionada con el paciente y que se convierte en víctima en el sentido de que queda traumatizado por el suceso.

Gallagher et al<sup>xxvii</sup> encuestaron a una muestra de médicos canadienses y norteamericanos. De ellos, un 55% reconocieron haber cometido un error clínico con consecuencias graves para su paciente. Otros estudios<sup>xxviii</sup> revelan que sólo un 5% del total de profesionales sanitarios se libra de experimentar de cerca o de forma directa un EA a lo largo de su carrera profesional. En España un 62% de profesionales de atención primaria y un 72,5% de profesionales en hospitales reconocen haber experimentado ser segundas víctimas directamente o bien referido a un colega próximo en los últimos cinco años<sup>xxix</sup>.

Los riesgos de no responder a estos eventos adversos de manera oportuna y eficaz son importantes porque provocan desconfianza, ausencia de aprendizaje y mejora, mensajes contradictorios sobre lo que es importante para la organización, el aumento de la probabilidad de demandas y el desafío de los medios de comunicación. No debe olvidarse que los EA producen también daño en la reputación de las organizaciones en las que ocurren (terceras víctimas<sup>xxx</sup>).

De los estudios realizados por Scott et al de la Universidad de Missouri<sup>xxxi, xxxii, xxxiii</sup> con la mayor muestra de casos de segundas víctimas publicada, sabemos que las consecuencias personales de los EA en las segundas víctimas se caracterizan por una respuesta de ansiedad, síntomas afectivos y preocupación mórbida por su rendimiento y capacidad profesional que llega a afectar a su toma de decisiones clínicas. La situación clínica se concreta en: obnubilación, confusión, dificultades concentración en una tarea, despersonalización, frustración, culpa, síntomas depresivos y ansiedad, insomnio, dificultades para disfrutar sueño reparador, re-experimentar el suceso una y otra vez, ira y cambios de humor en el trabajo o en casa, dudas

constantes sobre su capacidad profesional y decisiones clínicas y miedo a consecuencias legales unida a la pérdida reputación profesional. Se sospecha que la afectación es distinta entre hombres y mujeres, considerando este último colectivo más vulnerable. La no atención a una segunda víctima puede llevarle al abandono de la profesión e incluso al abandono de la vida.

Las estrategias para afrontar el estrés, como la Gestión del Estrés Postraumático (Critical Incident Stress Management CIMA)<sup>xxxiv</sup> y el Bíceps (Brevedad, inmediatez, centralidad, esperanza, proximidad y sencillez) utilizado por los militares para la gestión del estrés en el lugar de trabajo, se han tomado como referentes para afrontar la situación clínica de las segundas víctimas. Sin embargo se necesita más investigación para determinar si la efectividad de estos en la reducción de síntomas en las segundas víctimas.

Uno de los centros más destacados en el apoyo a la segunda víctima es el Hospital Clínico de la Universidad de Missouri (UMHC), con su programa *ForYou*. El *Programa ForYou*<sup>xxxv</sup> se puso en marcha en 2007, para apoyar a los profesionales sanitarios envueltos en un EA. El programa describe las 6 etapas por las que pasa un profesional sanitario tras experimentar un EA y sentirse traumatizado por ello, para sanar y recuperarse. La primera etapa es el sentimiento de caos en la respuesta al EA; en segundo lugar, surgen los pensamientos intrusivos; en la tercera etapa, el profesional trata de restaurar la integridad personal; en la quinta etapa vuelve a revivir el suceso ya que debe soportar el proceso de análisis y evaluación del EA. En la sexta etapa va a recibir las primeras ayudas emocionales para finalmente, seguir hacia delante con tres opciones más frecuentes de salida: una la de abandonar la profesión, otra la de sobrevivir en la profesión (ajuste con afectación, sobrellevarlo) o bien mejorando su abordaje profesional (resolución de la crisis).

El programa se basa en un modelo de apoyo a las segundas víctimas en 3 niveles de intervención, en función de las necesidades del profesional en relación con el nivel de atención que precisa:

**Nivel 1:** Apoyo Local (en la unidad, servicio o departamento). Un compañero de equipo entrenado en las habilidades necesarias para dar soporte, es el que

proporciona apoyo, tranquilidad y análisis de la situación con el profesional afectado o implicado en el EA.

**Nivel 2:** El acompañamiento lo realiza personal del Hospital entrenado en apoyo por pares, seguridad del paciente y gestión de riesgos. Proporcionan atención individual.

**Nivel 3:** Actúa la red de referencia establecida con un programa de asistencia al empleado en el que participan un trabajador social, un psicólogo clínico, un apoyo de un capellán. Estos aseguran la disponibilidad para hablar y atender al profesional afectado y agilizan el acceso a un apoyo profesional más cualificado que permita una rápida orientación de la situación y un tratamiento adecuado.

Los profesionales que participan en este programa de apoyo están disponibles en todos los servicios del hospital, y todos los días del año. Se puede contactar con ellos de forma directa, por teléfono y por correo electrónico. Su web de referencia en el propio hospital es: [www.muhealth.org/secondvictim](http://www.muhealth.org/secondvictim).

Hasta 2010, casi ninguna organización sanitaria disponía de un plan para prevenir el impacto que provoca un EA en la organización y en los profesionales que allí trabajan. Ese año, el Institute for Healthcare Improvement (IHI) publicó el Libro Blanco para la Gestión Respetuosa de Eventos Adversos Clínicos Graves<sup>xxxvi</sup>, donde se promovía dar una respuesta adecuada no sólo al paciente y su familia sino también atención a la "segunda víctima" más allá de la preocupación por las consecuencias jurídicas.

Posteriormente, otras instituciones internacionales y nacionales han desarrollado guías para dar una respuesta a los EAs y dar soporte a las segundas víctimas<sup>xxxvii, xxxviii, xxxix</sup>. Las guías están orientadas a dar respuesta desde instituciones sanitarias o direcciones de servicios de salud puesto que los EA pueden ocurrir de forma imprevisible en cualquier punto de atención.

Las instituciones sanitarias y sus equipos directivos podrían poner en práctica, a partir de las guías disponibles, diversos tipos de intervenciones para prevenir y para paliar los efectos de los EA en las segundas y las terceras víctimas. Así, en el objetivo 2.7 de la Estrategia de SP del Sistema Nacional de Salud se insta

a promover el diseño y desarrollo de estrategias para el abordaje de eventos adversos graves en los centros sanitarios

En España, hasta la fecha, sólo el proyecto de investigación nacional sobre segundas y terceras Víctimas coordinado desde el grupo Calité de la Universidad de Elche ha realizado dos estudios mediante técnicas cualitativas para elaborar recomendaciones para los directivos de hospitales de cara a sensibilizar a este colectivo sobre el efecto de los EA en los profesionales. En estos estudios han participado juristas, gestores sanitarios y especialistas en salud mental. Uno de los resultados del proyecto ha consistido en la elaboración de la “Guía de recomendaciones para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas”. A través de la página web [del grupo nacional de investigación sobre Segundas y Terceras Víctimas](#) ofrece un curso de formación online y gratuito con soporte de vídeos de escenarios simulados para capacitar a los profesionales sanitarios para dar los primeros pasos tras un EA en su puesto de trabajo. Al mismo tiempo se facilita la [guía de recomendaciones para la elaboración del plan](#).

La gestión de un EA contempla cuatro aspectos fundamentales cuyas acciones siguen un orden cronológico tras la ocurrencia de un EA: 1) acciones inmediatas tras un EA, 2) la comunicación y soporte al paciente y/o familia afectados, 3) la comunicación y soporte a los profesionales afectados, y 4) el seguimiento y difusión de resultados de la investigación para generar aprendizaje y mejora en la seguridad del paciente de la organización sanitaria y en el sistema de salud.

La probabilidad de ocurrencia de un EA grave en un hospital es más elevada que en atención primaria, sin embargo, determinados factores como la ambulatorización del seguimiento de pacientes pluripatológicos, el manejo de fármacos de alto riesgo hacen que esta probabilidad aumente<sup>xl</sup> y debemos ser conscientes de dichos riesgos y estar preparados y apoyados por la organización para actuar en ambos entornos hospitalares y primaria. El no dar una respuesta adecuada ante un EA supone también un problema de ética médica tanto por no atender adecuadamente al paciente como por no cuidar a los compañeros que se han visto afectados por el EA y pueden quedar traumatizados por ello y afectar a su práctica diaria y a su salud.

María Pilar Astier Peña.

Médico de Familia. Centro de Salud de Tauste (Servicio Aragonés de Salud)

Profesora de medicina de la cátedra de Ética Médica y Profesionalismo de la Universidad de Zaragoza.

Coordinadora del grupo de seguridad del paciente de la SEMFYC (Sociedad Española de Medicina Familia y Comunitaria) y del grupo mundial de calidad y seguridad del paciente de WONCA, World Organization of Family Doctors (Wonca World Working Party Quality and Safety).

Secretaria de la SECA (Sociedad Española de Calidad Asistencial).

## **BIBLIOGRAFIA:**

- 
- i García-Barbero M. La alianza mundial para la seguridad del paciente. [Monografía en internet]. Disponible en: [http://www.codeinep.org/alianza\\_seguridad\\_paciente.pdf](http://www.codeinep.org/alianza_seguridad_paciente.pdf)
- ii Institute of Medicine. To Err Is Human: Building a Safer Health System. L. T. Kohn, J. M. Corrigan, and M. S. Donaldson, eds. Washington, D.C: The National Academies Press; 2000. doi: 10.17226/9728 [consultado oct 2016]. Disponible en: <http://www.nap.edu/catalog/9728.html>
- iii World Health Organization [Internet]. Geneva: World Health Organization (WHO); 2016 [consultado 19 Nov 2016]. Patient safety. World Alliance for Patient Safety. The Launch of the World Alliance for Patient Safety, Washington DC, USA — 27 October 2004. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>
- iv Studdert DM, Thomas EJ, Burstin HR, Zbar BIW, Orav E J, Brennan T A. Negligent care and malpractice claiming behavior in Utah and Colorado. *Med Care.* 2000;38:250-60.
- v Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care.* 2000;38:261-71.
- vi Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrisson BT, Newby L, Hamilton JD. The quality in Australian Health-Care Study. *Med J Aust.* 1995;163:458-71.
- vii Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: Preliminary Retrospective Record Review. *Br J Med.* 2001;322:517-9.
- viii Schioler T, Lipczak H, Pedersen BL, Mogensen PS, Bech KB, Stockmarr A, et al. Incidence of adverse events in hospitals. A Retrospective Study of Medical Records. *Ugeskr Laeger.* 2001; 163:5370-8.
- ix Davis P, Lay-Yee R, Schug S, Briant R, Scott A, Johnson S, et al. Adverse events regional feasibility study: indicative findings. *N Z Med J.* 2001;114 203-5.
- x Baker RG, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ.* 2004;170:1678-86.

---

xiForster AJ, Asmis TR, Clark HD, Saied GA, Code CC, Caughey SC, et al. Ottawa Hospital Patient Safety Study: Incidence and timing of adverse events in patients admitted to a Canadian teaching hospital. *Can Med Assoc.* 2004;170:1235-40.

xii Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006 [consultado 19 Nov 2016]. Disponible en: [http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc\\_sp2.pdf](http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf)

xiii Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/e-epidemiologicos/2006/>

xiv World Health Organization. World Health Alliance for Patient Safety, Forward programme. Geneva: World Health Organization, 2004. [Consultado xx/xx/201x] Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/en/brochure\\_fi nal.pdf](http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_fi nal.pdf)

xv Organización Mundial de la Salud. [Consultado 30/10/2016] Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/en/>.

xvi OPS 2005 Organización Panamericana de la Salud [en línea]. Por la seguridad del paciente [Consultado 30/10/2016]. Disponible en: [http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora03\\_nov04.htm](http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora03_nov04.htm).

xvii Consejo de Europa 2004. Comité Europeo de la Sanidad. Comité de expertos en la gestión de la seguridad y la calidad de la atención sanitaria. La prevención de efectos adversos en la atención sanitaria: un enfoque sistémico. Consejo de Europa CDSP (2004) 41. Estrasburgo, 2004.

xviii Consejo de Europa. Diario oficial de Unión Europea. Recomendación del Consejo del 9 de junio de 2009 sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. (2009/C 151/01) [cited 2016 Nov 19]. Available from:

[http://ec.europa.eu/health/patient\\_safety/docs/council\\_2009\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_es.pdf)

xix Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) [Internet]. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2016. [consultado Nov 2016]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/>.

xx National Patient Safety Agency (NPSA) [Internet]. London: National Patient Safety Agency; 2012 [consultado Nov 2016]. Disponible en: <http://www.npsa.nhs.uk/>.

xxi Canadian Patient Safety Institute. Institut canadien pour la sécurité des patients. Cpsi/lcsp [Internet]. Edmonton / Ottawa: 2016 [consultado 30 Oct 2016]. Disponible en: <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/Pages/default.aspx>

xxii Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC) [Internet]. Sydney: The Commission; 2016 [consultado 30 Oct 2016]. Disponible en: <https://www.safetyandquality.gov.au/>

xxiii Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006 [Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006 [consultado 28 Oct 2016]. Disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/notaPrensa20060323TextoIntegro.pdf>

xxiv Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: Madrid, 2015. Disponible en <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/.../estrategia-seguridad-del-paciente-2015-2020.pdf>

xxv Wu AW. Medical error: the second victim. *BMJ* 2000; 320:726-7.

xxvi Scott S, Hirschinger L, Cox K, McCoig M, Brand J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events. *Qual Saf Health Care.* 2009;18:325–30.

- 
- <sup>xxvii</sup> Gallagher TH, Waterman A, Garbutt J, Kapp J, Chan D, Dunagan C, Fraser V, Levinson W. US and Canadian Physicians' Attitudes and Experiences Regarding Disclosing Errors to Patients. *Archives of Internal Medicine*. 2006; 166: 1605-11.
- <sup>xxviii</sup> Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, Dunagan WC, Levinson W, Fraser V, et al. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2007; 33(8): 467-76.
- <sup>xxix</sup> Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S, et al. The Aftermath of Adverse Events in Spanish Primary Care and Hospital Health Professionals. *BMC Health Service Research*. 2015; 15:151.
- <sup>xxx</sup> Denham CR. TRUST: The 5 Rights of the Second Victim. *J Patient Saf*. 2007; 3:107-119.
- <sup>xxxi</sup> Seys, D., Scott, S.D., Wu, A.W., VanGerven, E., Vieugels, A., Euwema, M., Panella, M. Conway, J., and Vanhaecht, K. (2012). Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*. July 30, 2012.
- <sup>xxxii</sup> Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR. Sharing the load: Rescuing the healer after trauma. *RN*. 2008; 71: 38-43.
- <sup>xxxiii</sup> Scott SD. The second victim phenomenon: A harsh reality of health care professions. *Patient Safety Network – Agency for Healthcare research and Quality – U.S. Department of Health and Human Services*. 2011.  
<https://psnet.ahrq.gov/perspectives/perspective/102> [Último acceso 8 noviembre 2015]
- <sup>xxxiv</sup> Medical Indiced Trauma Support Services. Tools for Building a Clinician and Staff Support Program. 2010.  
<http://www.mitsstools.org/tool-kit-for-staff-support-for-healthcare-organizations.html> [Último acceso 8 noviembre 2015]
- <sup>xxxv</sup> Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig MM, Hahn-Cover K, Epperly KM, Hall LW. Caring for our own: Developing a systemwide second victim rapid response team. *Journal on Quality and Patient Safety*. 2010; 36(5): 233-40.
- <sup>xxxvi</sup> Conway J, Federico F, Stewart K, Campbell M. *Respectful Management of Serious Clinical Adverse Events (SecondEdition)*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2011. (Available on [www.IHI.org](http://www.IHI.org))
- <sup>xxxvii</sup> MITSS <http://www.mitsstools.org/tool-kit-for-staff-support-for-healthcare-organizations.html>
- <sup>xxxviii</sup> Guía de recomendaciones para la Gestión de eventos Centinela y eventos Adversos graves. Servicio Gallego de Saude. 2013 (Disponible en: <https://www.sergas.es/gal/Publicaciones/Docs/AtEspecializada/PDF-2253-ga.pdf>)
- <sup>xxxix</sup> [https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/.../Guia-de-recomendaciones\\_sv-pdf.pdf/](https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/.../Guia-de-recomendaciones_sv-pdf.pdf/)
- <sup>xl</sup> Vincent Ch, Amalberti R. *Safer Healthcare: Strategies for the Real World*: Springer International Publishing; 2016. Chapter: Safety Strategies in Primary Care. [cited 2017 Feb 3]; p. 113-127. Available from: [http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-25559-0\\_9](http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-25559-0_9)



*IV Congreso de Deontología médica*



# "¿Deben los médicos identificarse como tal cuando acuden para ser valorados como enfermos?"

*Dra. Bárbara Marco Gómez.*



*IV Congreso de Deontología médica*

¿Deben los médicos identificarse como tal cuando acuden para ser valorados como enfermos?



IV Congreso Nacional de Deontología Médica  
"Nuevos retos del humanismo en la práctica médica"

www.cuartocongresodedeontologiamedicamalaga.es

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Málaga 20, 21 y 22 de Abril 2017

The poster features a central illustration with a blue sky and white clouds. On the left, a green hillside with a white building and a white tree is visible. In the center, a large, ornate building with a dome and a clock tower stands. To the right, a white building with a red roof is shown. In the foreground, a white stethoscope is draped over a white surface, with a white figure standing next to it. The entire illustration is set against a white background with a blue border.

Dra. B. Marco Gómez. Universidad de Zaragoza.

*Enfermar es humano: cuando el paciente es el propio médico.*

---

- Proyecto de investigación sobre cuestiones éticas, psicológicas y profesionales en el proceso de enfermar del profesional médico.
- Grupo de Investigación de Bioética de Aragón. Cátedra de Profesionalismo y Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza.

# Cuando el médico enferma...

---

- Adquirir la condición de paciente genera en el profesional una situación de incongruencia interna.
- Durante los años de formación en pregrado no se plantea el tema, interiorizando que sólo los pacientes pueden estar enfermos.
- Se nos prepara para diagnosticar, tratar y paliar a los demás.
- Consideración de la enfermedad como una debilidad que resta credibilidad y prestigio.

# Cuando el médico enferma...

---

- Este conflicto interno entre persona que cura y situación de paciente no se resuelve de forma sencilla: negación, evitación, solución solo parcial del problema...
- De esta actitud pueden derivarse demoras en el proceso diagnóstico, tratamientos no adecuados que retrasan la mejoría o la curación e impacto en:
  - Calidad de la asistencia que el profesional da a sus pacientes.
  - Calidad de la asistencia que él mismo recibe.
  - Impacto en el equipo que trabaja con él.

# Factores de riesgo en la población médica

1. Las características propias de la profesión.
2. La personalidad vulnerable y actitud ante su enfermedad.
3. Diferente acceso y utilización del sistema de salud.
4. Las características del entorno laboral.



# La Bibliografía: hablemos de cifras...

---

- Salud física de los médicos es comparable a la de la población general, o incluso mejor si se trata de las mujeres médico . (*Frank. E*)
- Tasa standard de mortalidad por causa física podría ser más baja que el resto de la población. (*Schlincht SM*)
- Sin embargo, las tasas de suicidio son muy superiores a las de otros colectivos de igual nivel socioeconómico. (*Aasland OG*)
- General Medical Council británico constata a 31 de diciembre de 2000:
  - 201 médicos bajo seguimiento por problemas de salud que podían interferir en su ejercicio.
  - 199 (99%) lo estaban por problemas mentales y o adictivos.

# Proyecto de investigación: “*Enfermar es humano*”

- **Hipótesis de trabajo:** Los médicos, por el hecho de serlo, tienen unos rasgos diferenciales en su proceso de enfermar que les hacen ser “pacientes complejos”, tanto desde el punto de vista de la enfermedad mental como del resto de la patología médica.
- **Objetivo general:** Comprender el proceso de enfermar del profesional médico y si éste es diferente por el hecho de serlo para poder plantear estrategias de mejora de la atención al profesional enfermo

HUMOR  
P. (1993)



# Objetivos Específicos

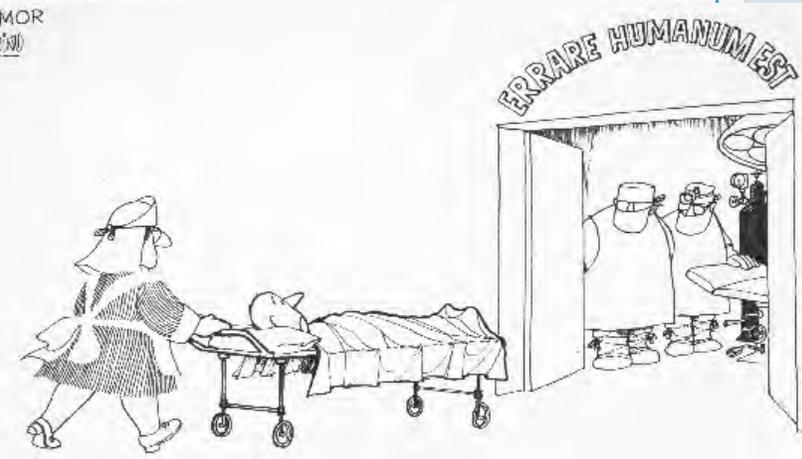
---

- Describir la situación de enfermedad entre los profesionales médicos en las cuatro etapas de su vida médica.
- Describir el proceso de enfermar de los profesionales médicos a partir de las experiencias de los profesionales enfermos.
- Describir las incidencias en la atención sanitaria ligadas al médico enfermo.
- Describir el impacto de la enfermedad en los equipos de trabajo de los centros sanitarios con médicos enfermos.

# Objetivos Específicos

- Describir cómo manejan las instituciones la enfermedad de sus profesionales de la medicina.
- Establecer recomendaciones sobre el manejo del médico enfermo para las instituciones sanitarias y facultades de medicina (donde estudian, trabajan y donde se les atiende), y desde la Organización Médica Colegial que ampara su profesionalidad.

HUMOR  
P. 100/101



# Médico-Enfermo

---

- Médicos jubilados
- Médicos en activo con años de ejercicio.
- Médicos residentes
- Estudiantes de medicina

*“Enfermar es humano”*

## Metodología: etapas de la investigación

### FASES DEL ESTUDIO

#### REVISIÓN DE LA LITERATURA

Documentos de organizaciones gubernamentales y profesionales a nivel nacional e internacional

#### DISEÑO CUANTITATIVO: Estudio descriptivo epidemiológico

Encuesta on line sobre comportamientos y actitudes del médico/residente/estudiante ante su propio proceso de enfermedad.

#### DISEÑO CUALITATIVO

Realización de entrevistas semi-estructuradas a médicos enfermos

Realización de Grupos focales con Medicos de médicos, Prevencion de riesgos, tutores de residentes, coordinadores docentes, miembros de colegios profesionales

# ¿Deben los médicos identificarse cuando acuden para ser valorados como enfermos?: Resultados preliminares

---

- Análisis cualitativo de 12 entrevistas en profundidad a médicos con años de ejercicio profesional, con experiencia tratando a médicos enfermos, y que también han experimentado el proceso de enfermar.
  - 5 mujeres y 7 hombres
  - Edades comprendidas entre 30 y 64 años
  - Médico de familia, paliativos, psiquiatría, infecciosas, nefrología, médico legal, cirugía y pediatría.

# ¿Deben los médicos identificarse cuando acuden para ser valorados como enfermos?

---

- INCONGRUENCIA:

- Muchos de los médicos reconocían no decir que lo eran al visitar los servicios médicos para ser valorados.

# ¿Deben los médicos identificarse cuando acuden para ser valorados como enfermos?

---

- Pero al mismo tiempo afirmaban preferir que los compañeros se presentaran como médicos cuando acudían a su consulta, o incluso molestarse si no lo hacían.

# ¿Deben los médicos identificarse cuando acuden para ser valorados como enfermos?

---

- El paciente percibe que genera incomodidad en el compañero que le atiende.

# ¿Deben los médicos identificarse cuando acuden para ser valorados como enfermos?

---

- Ese sentimiento de incomodidad puede surgir del hecho de tratar a alguien que es capaz de juzgar tu actuación y conocimiento en igualdad de condiciones e información.

# ¿Deben los médicos identificarse cuando acuden para ser valorados como enfermos?

---

- La incomodidad también puede surgir de sentirse sometido a mayor presión debido a las expectativas del paciente, que probablemente te ha elegido a tí como su médico: temor a defraudar y no estar a la altura.

# ¿Deben los médicos identificarse cuando acuden para ser valorados como enfermos?

---

- Otro motivo para no identificarse es el miedo a parecer que exigas un trato de favor respecto de los demás pacientes

## ¿Deben los médicos identificarse cuando acuden para ser valorados como enfermos?

---

- Los médicos enfermos temen parecer muy afectados y que el profesional que les atiende interprete su actitud como un exceso de preocupación e infravaloren su proceso y las posibles complicaciones.

# ¿Deben los médicos identificarse cuando acuden para ser valorados como enfermos?

---

- Y es verdad que los profesionales a menudo perciben esa tendencia a esperar lo peor por parte de los médicos enfermos, debido a su personalidad combinada con sus conocimientos.

# ¿Deben los médicos identificarse cuando acuden para ser valorados como enfermos?

---

- Los médicos que tratan a médicos tienden a respetar mucho más su autonomía.

# ¿Deben los médicos identificarse cuando acuden para ser valorados como enfermos?

---

- Pero en ocasiones los pacientes médicos a veces viven este respeto como una indefensión, siendo éste otro motivo para no identificarse.

# ¿Deben los médicos identificarse cuando acuden para ser valorados como enfermos?

---

- Tanto el médico paciente como el médico de médicos perciben un mayor riesgo de complicación cuando el enfermo es un profesional (de la salud).

## ¿Deben los médicos identificarse cuando acuden para ser valorados como enfermos?

---

- Ese mayor riesgo o dificultad es debido según el médico paciente, a la falta de objetividad en el trato y diferencias respecto a las vías de tratamiento habitualmente empleadas para cualquier otro usuario.

# ¿Deben los médicos identificarse cuando acuden para ser valorados como enfermos?

---

- Ante procesos potencialmente graves, perciben una tendencia a no seguir protocolos diagnósticos que sí se realizarían en la población general, pero que por miedo o negación se obvian en los médicos

# ¿Deben los médicos identificarse cuando acuden para ser valorados como enfermos?

---

- Desde la perspectiva del medico de médicos, la asistencia a los colegas se complica con mayor frecuencia debido a que los médicos somos pacientes más difíciles ya que:
  - Necesitamos más información

# ¿Deben los médicos identificarse cuando acuden para ser valorados como enfermos?

---

- Cuestionamos más, desconfiamos y buscamos otras opiniones

# ¿Deben los médicos identificarse cuando acuden para ser valorados como enfermos?

---

- Somos peores cumplidores a pesar de tener, teóricamente, más información.

# ¿Deben los médicos identificarse cuando acuden para ser valorados como enfermos?

---

- Hay que invertir más tiempo y esfuerzo para que sienta un trato más cordial o deferente.

# ¿Deben los médicos identificarse cuando acuden para ser valorados como enfermos?

---

- Concretamente los médicos jubilados son todavía más exigentes como pacientes que los médicos en activo:

# ¿Deben los médicos identificarse cuando acuden para ser valorados como enfermos?

---

- No todo es negativo. Identificarse como médico tiene algunas ventajas a la hora de ser atendido de forma más rápida, acortando listas de espera, con un trato más complaciente, información más clara...

¿Deben los médicos identificarse cuando acuden para ser valorados como enfermos?

### Reflexiones debate y conclusiones

---

- Realizar unas **recomendaciones deontológicas** concretas sobre el trato al compañero enfermo y aconsejar identificarse como médico al acudir como paciente; **¿Podría facilitar y mejorar el proceso asistencial de los médicos?**



*IV Congreso de Deontología médica*



# "La huella de la reclamación ante el médico"

*Dra. Raquel Murillo Solis.*



*IV Congreso de Deontología médica*



# LA HUELLA DE LA RECLAMACIÓN EN EL MÉDICO

## Abril 2017

**IV Congreso Nacional de Deontología Médica**

"Nuevos retos del humanismo en la práctica médica"



Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Málaga 20, 21 y 22 de Abril 2017

Raquel Murillo Solís.  
Directora General Adjunta y Directora del Ramo de  
Respons. Civil

- 1. Introducción.**
- 2. Reclamaciones.**
- 3. Encuesta afectados por reclamación.**
  - **Afectación profesional**
  - **Afectación personal**
- 4. Conclusiones.**
- 5. Recomendaciones.**

# 1. INTRODUCCIÓN

- **A.M.A. Agrupación Mutua Aseguradora es la mutua de los profesionales sanitarios.**
- **Lleva más 50 años especializada en el colectivo de la Sanidad, y esa dedicación exclusiva, supone su seña de identidad más característica.**
- **Más de 22 años dedicados a la Responsabilidad Civil Profesional.**
- **Cuenta con más de 300.000 asegurados en R.C.P.**
- **A.M.A. ofrece a los profesionales de la Sanidad seguros para sus actividades cotidianas laborales y familiares.**



- El **incremento de reclamaciones al profesional sanitario** y en especial al médico en los últimos años es algo incuestionable. (De hecho motivó en el año 2003, la obligatoriedad del seguro para la actividad privada).

«Huella Legal»: Ley 44/2003 de Ordenación de las profesiones sanitarias, establece en su artículo 46 la obligatoriedad del mismo.

- Existen diferentes tipos de reclamaciones, extrajudiciales o judiciales, siendo un hecho cierto, que **todas ellas afectan y tienen repercusión dejando una huella en la vida tanto profesional como personal** del médico.

### 1.Tipos de reclamaciones más frecuentes a profesionales

#### médicos:

- Extrajudiciales.
- Judiciales.
  - Penales
  - Civiles



## 2. RECLAMACIONES

- Después de 22 años de experiencia en RCP y 21.000 siniestros tramitados, estas son algunas conclusiones sobre las reclamaciones a profesionales médicos:

- 1. Judicialización.**
- 2. Excesivo uso vía penal.**
- 3. Los procedimientos son de larga duración.**
- 4. Aumento de capitales reclamados, con la consiguiente amenaza de patrimonial.(Baremo).**
- 5. Alto porcentaje de resoluciones favorables, y archivos, pero aún así el sufrimiento del profesional es importante.**

### DIFERENCIAS

#### Responsabilidad Penal

- La R. Penal **sanciona** con penas y de manera económica con multas.
- Inhabilitación
- Prisión
- Proceso penal se exige la R. Penal pero también puede exigirse la R. Civil.
- **Los procedimientos penales** suelen ser mas largos en el tiempo, por tanto mayor **ansiedad e intranquilidad.**

#### Responsabilidad Civil

- La R.Civil repara un **daño**
- La R.Civil busca resarcir a la víctima con una cuantía indemnizatoria.
- En el procedimiento civil sólo se pueden exigirse las R. Civiles

- En ambos casos existe afectación personal y profesional.

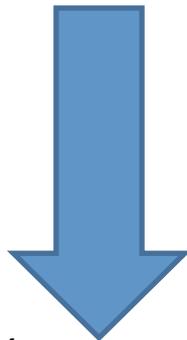
### En estos 22 años de experiencia

#### Frases como:

“ He recibido una citación qué debo hacer?”

“ Cuánto va a durar el procedimiento » ”

“ Voy a tener que declarar? ”



- ❖ Guía de actuación ante una reclamación
- ❖ Miniguía del asegurado



Por ello es fundamental, para estos casos en que se recibe una reclamación y surge inevitablemente ansiedad e inquietud tener **SEGURIDAD Y RESPALDO** :

- Atención personalizada desde el primer minuto, que guíe al médico en esta andadura.
- Abogados especializados en esta materia tan compleja como es el mundo sanitario, que hablen el mismo idioma que el profesional.
- Peritos especializados en la materia, que puedan explicar al juez el acto profesional en cuestión, en definitiva no escatimar en medios de defensa, a fin de poder defender el prestigio del profesional.
- En A.M.A. es fundamental poder decir , «Dr. Déjelo en nuestras manos que a partir de este momento nos encargamos nosotros».



- Encuesta de A.M.A. en colaboración con la Escuela de Medicinal Legal y Forense a 700 asegurados que habían sufrido alguna reclamación en el ámbito de sus actuaciones
  - Afectación profesional:
    - El **68%** de los profesionales aseguró haber tomado más precauciones legales a partir de ese momento.
    - El **84%** reconoció que había variado su forma de trabajar a raíz de la reclamación.
    - Y el **78%** modificó la forma en la que se relacionaba con sus pacientes.
    - Un **23,7 %** clara repercusión en su vocación médica.

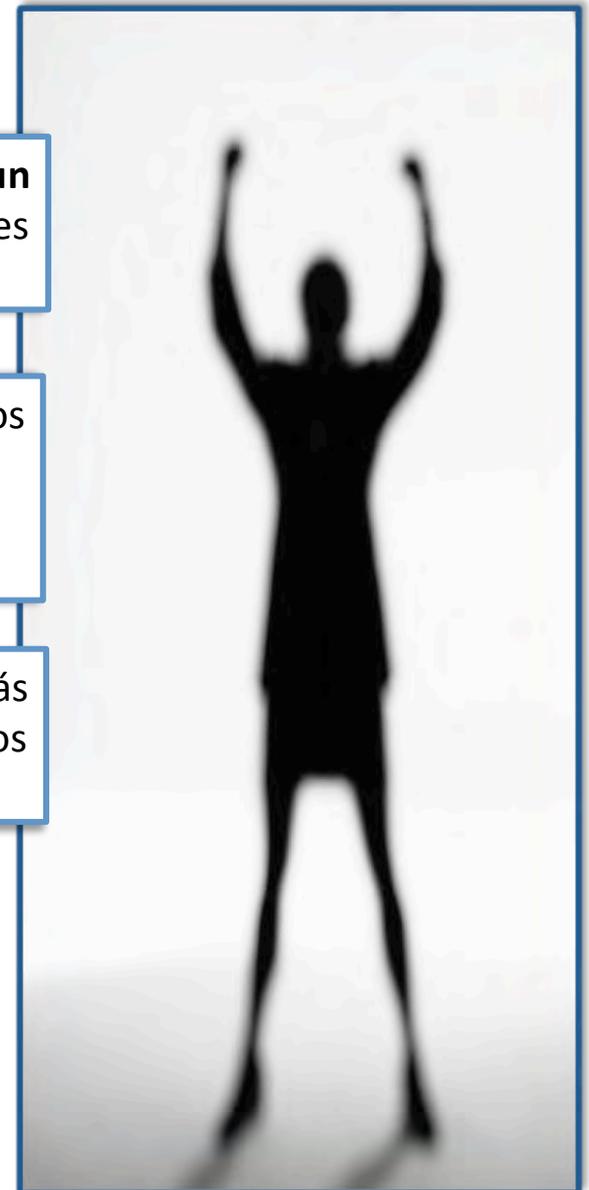
### 3. AFECTACION PERSONAL

- Un 85 % consideran que tuvo repercusión en su vida personal o familiar.
  
- La vivencia personal de la situación en el momento de producirse fue:
  - ✓ Muy mala en un **76%**.
  - ✓ Mala para en un **22,6%**.
  - ✓ Indiferente en un **1,2%**.
  
- Repercusión laboral
  - ✓ No dejaron de trabajar por estos hechos **81%**.
  - ✓ Dejaron de trabajar algún día **14,3 %**.
  - ✓ No acudieron a trabajar durante más de una semana un **4,8%**.

## 4. CONCLUSIONES

### Principales consecuencias:

- Los médicos afectados por una reclamación **soportan un sufrimiento personal muy importante**, que en algunos casos les hace variar su forma de trabajar.
- Es evidente que la **presión legal** tiene efectos y en muchos casos hace variar de forma negativa la forma de trabajar:
  - ✓ Relación con el paciente.
  - ✓ Medicina defensiva.
- Apenas existen estudios que se centren en las repercusiones más personales que estas demandas puedan implicar para los médicos afectados o para su entorno familiar



# 4. CONCLUSIONES

## Protección al Profesional Sanitario

### ➤ Huella digital.

Hace ya unos años y especialmente pensado para procedimientos judiciales principalmente penales, **donde generalmente permanece en internet la fotografía del médico en el juzgado, las imágenes en el banquillo**, petición de fianzas en cuantías importantes, foros desprestigiando al médico etc.... A.M.A. introdujo en sus pólizas la cobertura para la gestión de los trámites necesarios para el borrado de datos en la red, la **cobertura de vida digital**.

### ➤ Contrademanda.

Posibilidad de iniciar acciones judiciales frente al paciente que le ha reclamado de manera infundada para salvaguardar su prestigio profesional.

### ➤ Formación.

Que impartimos en aras de prevenir las reclamaciones a través de los Colegios Profesionales, Seminarios, ect.

### ➤ Equipo de gestión de acuerdos extrajudiciales.

A.M.A. creó hace años un equipo especializado en diagnosticar un posible acuerdo extrajudicial. Desde que uno de nuestros asegurados recibe una reclamación, dedicamos especial atención a valorar las necesidades de acuerdo y en su caso, y si procede, nuestro equipo intentará la transacción, contando siempre e informando en cada momento a nuestro mutualista.

## 5. RECOMENDACIONES

Como hemos visto una reclamación **repercute gravemente también en la vida profesional y personal del médico**. En la medida de lo posible y como recomendación para evitar reclamación:

- ✓ Siempre tenemos que intentar **adecuar nuestra actuación a la lex artis**, atención a la existencia de protocolos que puedan determinar la forma de actuar en situaciones concretas.
- ✓ Fomentar diálogo médico – paciente.
- ✓ Toda actividad asistencial reflejada en la **historia clínica**.
- ✓ **Informar** y contar con **consentimientos informados** completos y específicos es muy importante.
- ✓ Check list, prevención.
- ✓ Contar con un buen seguro de responsabilidad civil profesional.

En los momentos complicados es cuando  
se valora haber acertado en la elección del mismo.





**MUCHAS GRACIAS**





## Segunda Mesa:

# "La interculturalidad en la relación médico-paciente".



*IV Congreso de Deontología médica*





## Los certificados de virginidad son una agresión de género

Los certificados de virginidad no forman parte del acto médico y constituyen “una agresión de género”, según se puso de manifiesto en el IV Congreso de Deontología Médica, celebrado en el Colegio de Médicos de Málaga, donde se analizaron los aspectos más complejos de la interculturalidad en la relación médico-paciente como la ocultación del rostro en las consultas, la mutilación genital femenina o la donación de órganos.



Dres. Barakat, Monés y Zamarrón

En la mesa moderada por el Dr. Joan Monés Xiol, secretario de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial, participaron los doctores Agustín Zamarrón, miembro también de la CCD de la OMC y Said Barakat, cardiólogo español de origen libanés.

El Dr. Joan Monés mostró su convencimiento de apostar por la “interculturalidad” en un mundo globalizado “mediante una relación respetuosa entre las diferentes culturas basada en la aceptación de la diversidad que llevará a un enriquecimiento mutuo”. Para ello - dijo - “es necesario que el dialogo entre culturas diferentes se establezca en posición de igualdad, sin paternalismos ni victimismos; eliminar los estereotipos negativos que cada cultura tiene de las otras culturas y analizar la cultura propia para una mejor comprensión de valores alternativos”. Por tanto - afirmó - “el único límite es no trasgredir los derechos humanos que obliga a los países firmantes de la declaración de las Naciones Unidas”.

Monés añadió que, según estadísticas oficiales, en España el 10% de la población es inmigrante y aseguró que al contrario de lo que se cree, “la población inmigrante utiliza con la misma frecuencia que la española, la consulta al médico de Atención Primaria y la hospitalización e incluso es menor en las especialidades que no son la Atención Primaria y servicios preventivos.”

En referencia a los aspectos más complejos de la relación médico - paciente, cuando éstos pertenecen a otros ámbitos culturales, los doctores Zamarrón y Barakat mostraron su acuerdo en asuntos como la mutilación genital femenina que ambos rechazaron de manera clara.



El Dr. Zamarrón aludió al artículo cinco del Código de Deontología de la Organización Médica Colegial donde se dice que “el médico nunca perjudicará intencionadamente al paciente” y calificó esta práctica como un “crimen”, mientras que el Dr. Barakat aseguró que es una “intolerable agresión la mujer que hay que combatir de manera firme y contundente a través de la Ley”.

Otro asunto que obtuvo también el acuerdo de ambos ponentes fue la solicitud de “certificados de virginidad”. Ambos ponentes coincidieron en su rechazo “puesto que no se trata de un acto médico, no tiene relación con la atención médica”. En este sentido el Dr. Zamarrón calificó esta práctica como una “agresión de género”.

Respecto a la ocultación del rostro y de otras partes del cuerpo por vestimentas basadas en códigos religiosos el Dr. Zamarrón abogó por establecer normativas de carácter interno en los Centros de Salud puesto que – dijo – “es a los médicos a quién corresponde definirlo” y consideró que su uso debe abolirse por la propia naturaleza del acto médico; porque la relación interpersonal exige la plena capacidad de comunicación verbal, expresiva y gestual para su plenitud; por la obligada y firme constatación de la identidad del paciente necesaria para su seguridad en toda actuación asistencial; como salvaguarda de los sanitarios asistenciales en su responsabilidad de todo acto diagnóstico y terapéutico; y por la necesaria detección de datos semiológicos y constatación de lesiones.

Por otra parte, el Dr Barakat consideró que el médico debe procurar ser tolerante, para cuando la ocultación del rostro no represente un problema para una correcta asistencia y sólo solicitarlo en caso de clara necesidad.

La donación de órganos en la población inmigrante, sensiblemente inferior a la autóctona, fue otro de los temas que se puso sobre la mesa. Para todos los intervinientes debe de hacerse un esfuerzo de comunicación y concienciación en estas poblaciones que no son tan proclives a la donación por cuestiones “culturales y de falta de conocimiento”.

Las dificultades de la comunicación con pacientes inmigrantes y la figura de los mediadores también se analizó en esta mesa donde se puso de manifiesto que el “uso de niños como mediadores solo debe permitirse ante una imperiosa necesidad”. Todos coincidieron en que siempre que sea posible la administración sanitaria debería disponer de traductores especialmente preparados, no tan solo en terminología médica, sino en aspectos derivados de la necesaria confidencialidad.



*IV Congreso de Deontología médica*



*IV Congreso de Deontología médica*



# "La interculturalidad en la relación médico-paciente"

*Dr. Joan Monés Xiol.*

*Dr. Agustín Zamarrón Moreno.*

*Dr. Said Barakat*



*IV Congreso de Deontología médica*



CÓDIGO  
DE  
DEONTOLOGÍA  
MÉDICA  
GUÍA DE ÉTICA MÉDICA

OMC  
ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA

# El buen quehacer médico

## La interculturalidad en la relación médico-paciente

**Moderador-ponente: Dr. Joan Monés**

Secretario de la Comisión Central de Deontología. OMC

Profesor Emérito de Medicina y Bioética. Universidad Autónoma de Barcelona

**Ponente. Dr. Agustín Zamarrón**

Vocal de la Comisión Central de Deontología. OMC

**Ponente: Dr. Said Barakat**

Cardiólogo

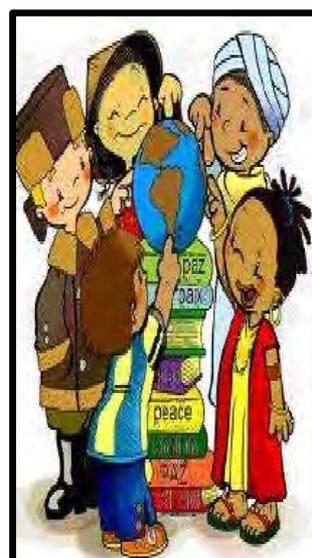


IV Congreso Nacional de Deontología Médica. Málaga 20, 21 y 22 de Abril 2017

# a interculturalidad en la relación médico-paciente

## Introducción

- Los médicos conocemos bien el significado del término *“relación médico-paciente”*.
- Sin embargo hemos reflexionado menos sobre el significado de *“interculturalidad”*.
- ¿Qué se entiende por *“cultura”*?



## LA CULTURA

Es un conjunto de saberes, creencias y pautas de conducta de un grupo social, incluyendo los medios materiales (tecnologías) que usan sus miembros para comunicarse entre si y resolver sus necesidades de todo tipo.



# a interculturalidad en la relación médico-paciente

## Introducción

¿Cómo se desarrolla y despliega la “cultura”?.

➤ **La persona interioriza formas de pensar, sentir, apreciar, actuar y juzgar.** Cada persona que forma la comunidad, de manera consciente o inconsciente contribuye a la conservación, transmisión y transformación de su cultura.

➤ **Por ello, la cultura es dinámica,** conserva algunas de sus originales manifestaciones, otras cambian o desaparecen, por la interacción comunicativa en la comunidad. **Interculturalidad.**

# No son

Los prejuicios y estereotipos, en relación con:

# buenos inicios

• Valoración de las otras culturas (visión jerarquizada)

Modelos de relación

*Positivas:*  
tolerancia,  
aceptación,  
reconocimiento,  
valoración,  
respeto,  
solidaridad



*Negativas:*  
distanciamiento,  
animadversión,  
vergüenza,  
rechazo,  
discriminación,  
xenofobia

# a interculturalidad en la relación médico-paciente

## Introducción

- La cultura viva debe su existencia, su permanencia y su transformación a la **comunicación**.
- **Cualquier cultura es plural**, ya que se va formando, por **contactos entre comunidades de vida diversas**, que aportan diferentes modos de pensar, sentir y actuar y conduce al mestizaje cultural.
- En el mundo globalizado hay que apostar por la **interculturalidad**, con relación respetuosa entre culturas, basada en la aceptación de la diversidad, lo que llevará a un enriquecimiento mutuo.

No es fácil en la práctica

cumplir todos estos parámetros



Resumen: 3 actitudes

## Introducción

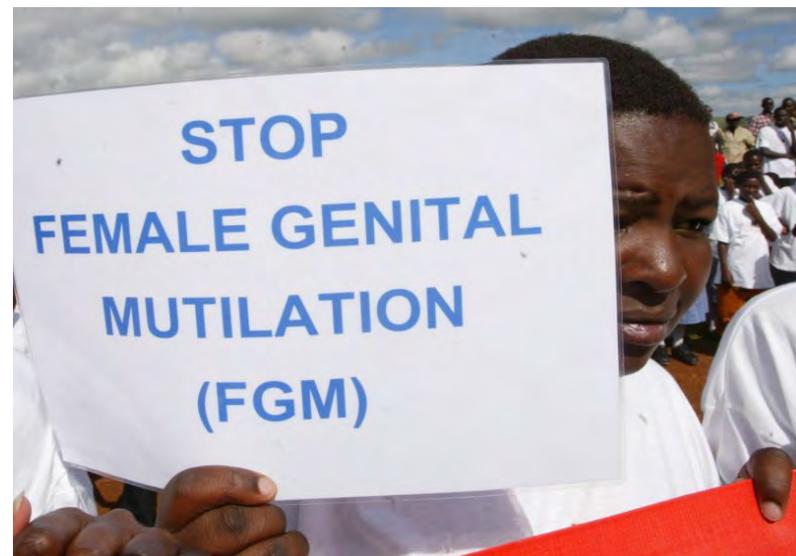
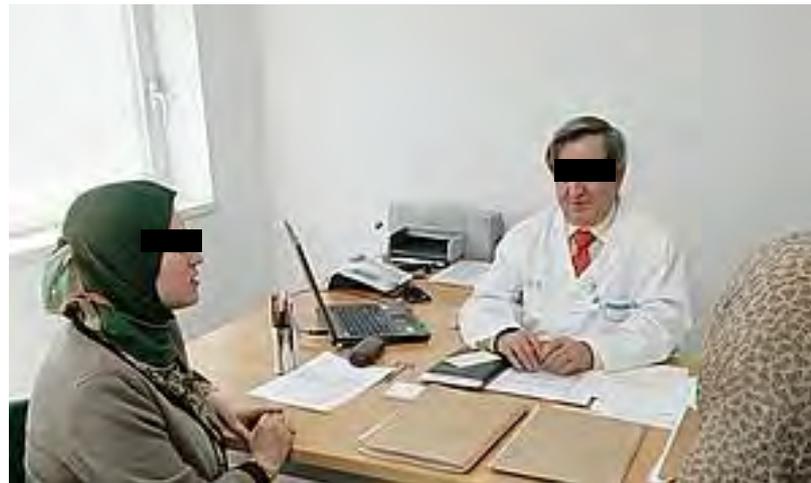
El desarrollo de la **interculturalidad**, es un proceso no exento de conflictos y hay que tener presente algunas actitudes para minimizarlos.

1. El **dialogo entre culturas diferentes**, debe establecerse en **posición de igualdad, ni el paternalismo ni el victimismo, son actitudes positivas en el dialogo**, que debe ser crítico y autocrítico. **Tampoco caer en la ingenuidad de un voluntarismo ciego.**
2. Eliminar o por lo menos relativizar los **estereotipos negativos** que cada cultura tiene de las otras culturas.
3. El **analizar la cultura propia** sirve para una mejor comprensión de valores alternativos y, eventualmente, a su aceptación.

# a interculturalidad en la relación médico-paciente

## Introducción

- El cumplimiento de lo expuesto, conduce a una **identidad intercultural**, en que todas las culturas tienen contenidos válidos.
- La **interculturalidad** ha de tener puntos de negociación, para llegar a la cooperación y **acabar en un espacio de humanización**.
- La **Constitución Española** reconoce el derecho a la libertad, dignidad, igualdad y no discriminación por motivos ideológicos, religiosos, étnicos, de sexo, etc.
- Hay un límite **no trasgredir los derechos humanos** que obliga a los países firmantes de la declaración de las Naciones Unidas.



## Introducción

España con datos del INE 1/1/2016, el número de habitantes es de: 46.438.422.

- **Españoles 42.019.525**
- **Extranjeros 4.418.897 (10%).**
- **Rumania 700.000 (16%) y Marruecos 688.000 (15%) son los países que aportan más inmigrantes.**
- **Reino Unido 300.000 (7%), Italia 193.000 (4.5%) y China 172.000 (3.8%).**
- **Los países iberoamericanos 695.000 (16%), la Comunidad Económica Europea (excepto Rumania e Italia ya citadas) 590.000 (14%).**

**Resumen: la inmigración en España representa el 10% de la población y proviene: Europa 40%, Iberoamérica 30%, África 20%, Asia y Oceanía 10%**

## Introducción

- Se dice que el uso **de los servicios sanitarios** por la población inmigrante es más frecuente que la autóctona.
- Diferentes estudios muestran que la **población inmigrante** utiliza con la **misma frecuencia** que la española, la consulta al **médico de Atención Primaria** y la **hospitalización**.
- La frecuentación es incluso menor a las **especialidades que no es la Atención Primaria** y **servicios preventivos**.



## Aspectos presuntamente problemáticos en la asistencia a la población inmigrante

### 1º) Demanda de profesionales sanitarios del mismo género.

- En algunos colectivos se demanda **atención por profesionales sanitarios del mismo género**, tanto en mujeres como en hombres.
- La **sanidad pública** ofrece a los usuarios **la posibilidad de escoger médico y centro**. Por tanto, en principio se debería atender a esta demanda.

¿Qué piensan nuestros ponentes?.

**Dr. Zamarrón**

# a interculturalidad en la relación médico-paciente

## Aspectos presuntamente problemáticos en la asistencia a la población inmigrante

### 1º) Demanda de profesionales sanitarios del mismo género.

**CULTURA.** RAE.: *“Conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época, grupo social, etc.”*

#### **CIVILIZACION.**

**Arnold J. Toynbee.** *Civilizaciones “campos inteligibles de estudio histórico”.* Unidades culturales que incluyen variados pueblos y/o naciones dentro de un mismo conjunto de creencias básicas.

**S.P. Huntington,** *«una civilización es la agrupación cultural más abarcadora, el nivel de identidad cultural más amplio que distingue a un ser humano de otro».*

**Civilizaciones:** Uniculturales o multiculturales. **La civilización occidental es multicultural y abierta.**



There were three main premises in the decrees of the Cyrus Cylinder: the political formulization of racial, linguistic, and religious equality, slaves and all deported peoples were to be allowed to return to home; and all destroyed temples were to be restored.

# a interculturalidad en la relación médico-paciente

## Aspectos presuntamente problemáticos en la asistencia a la población inmigrante

- **Civilización occidental.**  
Insume múltiples culturas. Religiosas, económicas, morales, profesionales...
- **La profesión médica** es una cultura contrapuesta a otras en una civilización multicultural.
- **Principio medico inalienable.**  
El médico en el ejercicio de su profesión no admite consideración de genero.

# a interculturalidad en la relación médico-paciente

## Aspectos presuntamente problemáticos en la asistencia a la población inmigrante

- El **derecho a libre elección de médico** ha de respetarse. Los motivos íntimos por los que el paciente hace esta elección solo a él corresponden.
- No obstante, **este derecho es común a todo paciente** y no es posible conceder prioridad a unos sobre otros, ya que se rompería el principio de igualdad. Por tanto, la disponibilidad del cuadro de facultativos debe ser ofrecida a los usuarios sin restricción ni prevalencia entre ellos.
- No parece aceptable, **ni se debe consentir, que la actividad de cualquier sanitario incorpore servidumbre específica** que no sea la obligada de la profesión, en su doble vertiente de servicio al *“ser humano y a la sociedad”*.
- Los **riesgos, demoras e inconvenientes** de quien, de manera voluntaria, restringe sus posibilidades de elección, **han de recaer sobre él**, no sobre el resto de los pacientes o los sanitarios.

## Aspectos presuntamente problemáticos en la asistencia a la población inmigrante

### 1º) Demanda de profesionales sanitarios del mismo género.

- En algunos colectivos se demanda **atención por profesionales sanitarios del mismo género**, tanto en mujeres como en hombres.
- La **sanidad pública** ofrece a los usuarios la **posibilidad de escoger médico y centro**. Por tanto, en principio se debería atender a esta demanda.

¿Qué piensan nuestros ponentes?.

**Dr. Barakat**

# a interculturalidad en la relación médico-paciente

## Aspectos presuntamente problemáticos en la asistencia a la población inmigrante

### 1º) Demanda de profesionales sanitarios del mismo género.

- El médico en cualquier cultura/religión, es ante todo el **cuidador de la salud de su paciente con independencia de raza, cultura, genero o religión.**
- El médico debe preocuparse para **intentar conocer un mínimo de las diferentes culturas,** punto esencial para alcanzar la confianza
- El médico ha de considerar, así mismo la **diferente prioritización de la salud en las diversas culturas** e incluso considerando el género.
- **Podría aceptarse la demanda de profesionales sanitarios del mismo genero sino perjudicara la dinámica asistencial para el resto de pacientes.**

## Aspectos presuntamente problemáticos en la asistencia a la población inmigrante

### 2º) Dificultades en la comunicación intercultural.

- **El personal sanitario es el responsable de la comunicación** y el “*comunicador intercultural/traductor*”, si lo hay tiene la tarea de facilitarla, pero no suplirla.
- Al “*comunicador intercultural/traductor*”, se le debe exigir **confidencialidad**.
- La utilización de niños familiares como traductores es una alternativa habitual desesperada.

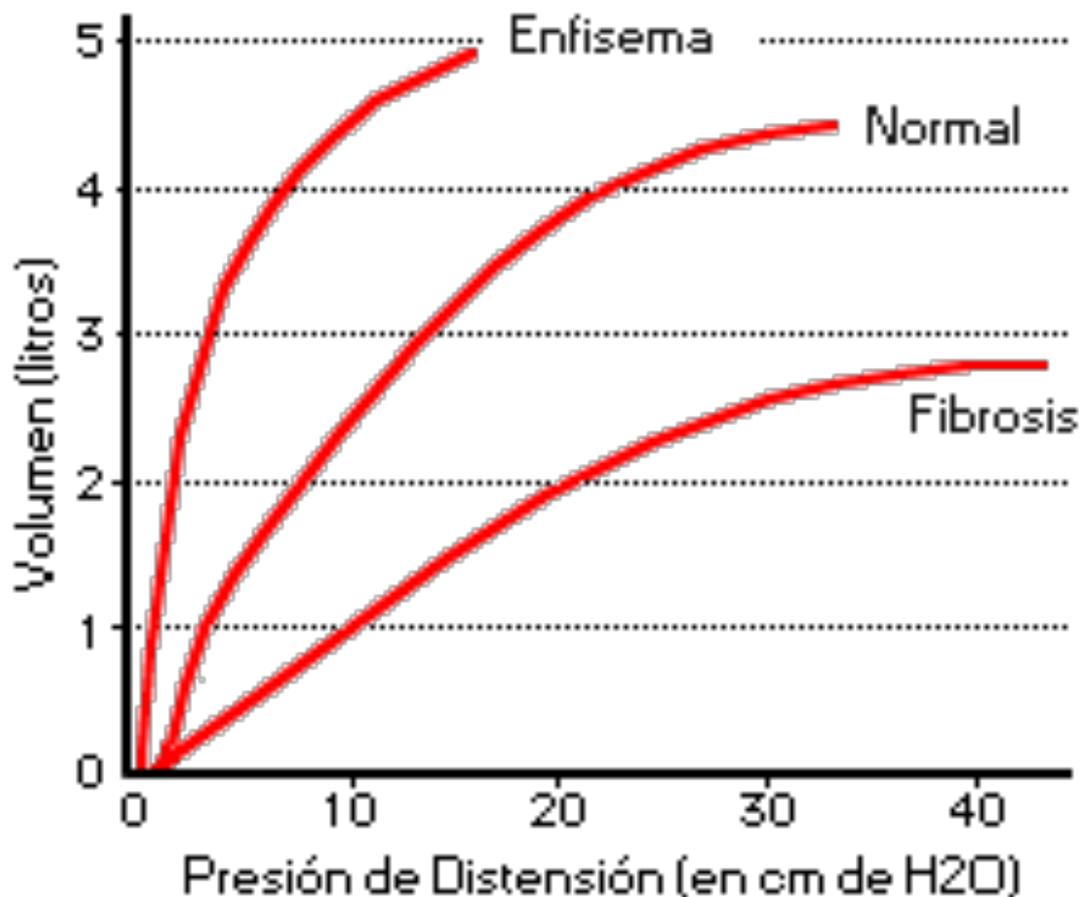
¿Qué piensan nuestros ponentes?.

**Dr. Zamarrón**

# La interculturalidad en la relación médico-paciente

Aspectos presuntamente problemáticos en la asistencia a la población inmigrante

## 2º) Dificultades en la comunicación intercultural.



Civilizaciones  
Devastadas

Civilización  
Occidental  
Multicultural

Civilizaciones  
Rígidas  
Monoculturales

# a interculturalidad en la relación médico-paciente

## Aspectos presuntamente problemáticos en la asistencia a la población inmigrante

### Civilización multicultural:

#### – Haber mas:

- ✓ Acción comunicativa.
- ✓ Democracia deliberativa.
- ✓ Ética del discurso y la responsabilidad.

#### – Asumir:

- ✓ Derechos del hombre y del ciudadano.  
Libertad e igualdad.
- ✓ Derechos sociales, económicos y culturales.

- **Organización compleja contractual:** que sobrepasa viejos límites nacionales y de estado.



# Interculturalidad en la relación médico-paciente

## Aspectos presuntamente problemáticos en la asistencia a la población inmigrante

- La **relación médico enfermo**, si la situación del paciente no lo hace inviable, es una **acción comunicativa mediada por el lenguaje** (anamnesis). También la información y la elaboración de un plan terapéutico, entendido y acordado por enfermo y médico, que tiene además la cualidad deliberativa.
- Debe proteger la dignidad del enfermo, asegurar su libre y completa manifestación y preservar la confidencialidad. Consecuentemente;
  - ✓ Solo **la imposibilidad de comunicación** justifica la presencia de **mediadores**.
  - ✓ El paciente **debe participar en su designación**, no solo en su aceptación.
  - ✓ Solo **una imperiosa necesidad justifica el empleo de niños** como mediadores, en razón de su inmadurez e inexperiencia.
  - ✓ Se pondrá **especial atención, a que el mediador no configure la dominancia de genero** que se da en determinadas culturas.

## Aspectos presuntamente problemáticos en la asistencia a la población inmigrante

### 2º) Dificultades en la comunicación intercultural.

- **El personal sanitario es el responsable de la comunicación** y el “*comunicador intercultural/traductor*”, si lo hay tiene la tarea de facilitarla, pero no suplirla.
- Al “*comunicador intercultural/traductor*”, se le debe exigir **confidencialidad**.
- La utilización de niños familiares como traductores es una alternativa habitual desesperada.

¿Qué piensan nuestros ponentes?.

**Dr. Barakat**

# a interculturalidad en la relación médico-paciente

## Aspectos presuntamente problemáticos en la asistencia a la población inmigrante

### 2º) Dificultades en la comunicación intercultural.

- Es obvio que sin un **buen entendimiento médico-paciente** se dificulta enormemente una práctica mínimamente correcta, sobre todo el capítulo de la historia clínica.
- Así mismo, aunque con menor necesidad, en la **exploración tanto clínica como de procedimientos diagnósticos**.
- Siempre que sea posible **la administración sanitaria debería disponer de traductores especialmente preparados**, no tan solo en terminología médica, sino en aspectos derivados de la necesaria confidencialidad.

## Aspectos presuntamente problemáticos en la asistencia a la población inmigrante

### 3ª) Derecho a preservar sus hábitos culturales y dietéticos.

- **Se procurará respetar los hábitos**, más evidentes en hospitalización, por ej. ciertas restricciones dietéticas o presencia de varias personas en la habitación.
- **Rechazo a un determinado tratamiento**, aunque sea un peligro cierto para su vida, . Los pacientes no quieren morir, pretenden seguir sus creencias religiosas o morales.
- El médico hará lo posible para **hacer ver la necesidad de la terapia propuesta**, pero si el paciente persiste en su negativa, ¿que conducta ha de seguir el médico?.

¿Qué piensan nuestros ponentes?.

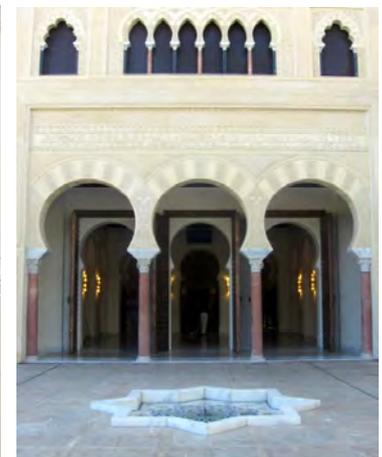
**Dr. Zamarrón**

# a interculturalidad en la relación médico-paciente

## Aspectos presuntamente problemáticos en la asistencia a la población inmigrante

### 3ª) Derecho a preservar sus hábitos culturales y dietéticos.

- La **civilización occidental**, civilización abierta, garantiza los derechos de la persona y la indemnidad de todas las culturas en ella integradas, salvo lo que contraviene los derechos establecidos.
- **Todos los individuos** que en ella se integran, sean personas, organizaciones sociales o estados, se comprometen a su mantenimiento y defensa; así como de todas las instituciones y organismos que garantizan su funcionamiento y progreso.



# a interculturalidad en la relación médico-paciente

## Aspectos presuntamente problemáticos en la asistencia a la población inmigrante

- Los médicos e instituciones sanitarias han de **asumir los principios de la multiculturalidad**. Y en el rango de sus obligaciones velar por su cumplimiento.
- Su **actuación habrá de ser prudente**, mas no transigirán con la ruptura del principio de igualdad en la provisión de bienes y servicios sanitarios.



## Aspectos presuntamente problemáticos en la asistencia a la población inmigrante

### ➤ Hábitos dietéticos culturales:

- ✓ La multiplicidad de intolerancias alimenticias y modismos dietéticos minimiza el problema de suplir los condicionamientos culturales. Salvo extremos.

### ➤ Rechazo al tratamiento:

- ✓ CDM Art. 12. 2.- *“El médico respetará el rechazo del paciente, total o parcial, a una prueba diagnóstica o a un tratamiento. Deberá informarle de manera comprensible y precisa de las consecuencias que puedan derivarse de persistir en su negativa, dejando constancia de ello en la historia clínica”.*

## Aspectos presuntamente problemáticos en la asistencia a la población inmigrante

### 3ª) Derecho a preservar sus hábitos culturales y dietéticos.

- Se **procurará respetar los hábitos**, más evidentes en hospitalización, por ej. ciertas restricciones dietéticas o presencia de varias personas en la habitación.
- **Debe respetarse el rechazo a un determinado tratamiento**, aun siendo un peligro cierto para su vida, pero deben hacerse los máximos esfuerzos para evitarlo. Los pacientes no quieren morir, pretenden seguir sus creencias religiosas o morales.
- El médico después de hacer lo **posible para conseguir la aceptación de la terapia propuesta** y a su pesar el paciente persiste en su negativa, ¿que conducta ha de seguir el médico?.

¿Qué piensan nuestros ponentes?.

**Dr. Barakat**

# a interculturalidad en la relación médico-paciente

## Aspectos presuntamente problemáticos en la asistencia a la población inmigrante

### 3ª) Derecho a preservar sus hábitos culturales y dietéticos.

- Este aspecto de la interculturalidad, está más relacionado con la actitud de la **administración pública en relación con las escuelas.**
- Se intentará sobre todo en la hospitalización **preguntar y conceder dentro de la posible aquellas normas culturales y religiosas de cada colectivo.**
- **Crear espacios de interculturalidad en hospitales.**

## Aspectos presuntamente problemáticos en la asistencia a la población inmigrante

### 4º) Demanda de «certificados de virginidad»

- La virginidad, entendida como ausencia de relaciones sexuales previas, **no se puede certificar**, ya que ni la exploración física ni cualquier otra prueba complementaria puede dar esta con certeza esta información.
- La **obligación del médico** del Sistema Nacional de Salud **solo es el de emitir informes sobre el estado de salud.**

¿Qué piensan nuestros ponentes?.

**Dr. Zamarrón**

## Aspectos presuntamente problemáticos en la asistencia a la población inmigrante

### ➤ CE. 1978

- Artículo 16.1.- *“Se garantiza la libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos y las comunidades sin más limitación, en sus manifestaciones, que la necesaria para el mantenimiento del orden público protegido por la ley”*.
- Artículo 18.1.- *“Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen”*.

### ➤ C.D.M.

- Art. 5. *“La profesión médica está al servicio del ser humano y de la sociedad. Respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad son los deberes primordiales del médico”*.
- Art. 30. *“El secreto profesional debe ser la regla. No obstante, el médico podrá revelar el secreto...”*. h. *“Por imperativo legal*
  - ✓1 *En el parte de lesiones...*
  - ✓2 *Cuando actúe como perito, inspector, médico forense, juez instructor o similar.*
  - ✓3 *Ante el requerimiento en un proceso judicial...”*

# Interculturalidad en la relación médico-paciente

## Aspectos presuntamente problemáticos en la asistencia a la población inmigrante

### 4º Demanda de «certificados de virginidad»

#### ➤ Primitivismo e incultura.

- ✓ Enaltecimiento de la castidad como virtud.
- ✓ Estimación de la virginidad como bien de cambio.

#### ➤ Atentado a la libertad del ciudadano.

- ✓ Enajenación despótica del derecho a disponer del cuerpo propio.
- ✓ Trasgresión del principio de igualdad cuando esta limitación atañe solo a la mujer.
- ✓ Constituye una agresión de género.



## Aspectos presuntamente problemáticos en la asistencia a la población inmigrante

Posición del COMB sobre "**La petición de certificaciones de virginidad.**" (*Joan Monés y Vicenç Cararach.*)

1. La **misión fundamental del médico es conseguir la curación o la mejora del enfermo y la prevención de una posible enfermedad.** Ninguno de estos dos supuestos se da cuando se pide una exploración para comprobar el estado del himen, examen que sólo está justificado en caso de una presunta violación y tras una petición judicial.
- 3. En todo caso, si **la joven adolescente hiciera la demanda a solas** y el médico considerara que no hay coacciones, puede hacer la exploración y redactar un certificado de los resultados, dándole en mano a quien la pide.

## Aspectos presuntamente problemáticos en la asistencia a la población inmigrante

### 4º) Demanda de «certificados de virginidad»

- La virginidad, entendida como ausencia de relaciones sexuales previas, **no se puede certificar**, ya que ni la exploración física ni cualquier otra prueba complementaria puede dar esta con certeza esta información.
- La **obligación del médico** del Sistema Nacional de Salud solo es el de **emitir informes sobre el estado de salud**.

¿Qué piensan nuestros ponentes?.

**Dr. Barakat**

## Aspectos presuntamente problemáticos en la asistencia a la población inmigrante

### 4º) Demanda de «certificados de virginidad»

- **La virginidad** hay que considerarla en el ámbito estricto de la persona, **es un aspecto cultural sin relación con la asistencia médica.**
- El médico no debe entrar en este aspecto y negar “la mayor”, es decir **una certificación de esta naturaleza no es un “acto médico”**

## Aspectos presuntamente problemáticos en la asistencia a la población inmigrante

### 5º) Mutilaciones genitales femeninas

- El respeto a la diversidad cultural o a la dignidad de la persona **no puede bajo ningún concepto amparar y menos realizar prácticas contrarias a la integridad personal y a los derechos humanos.**
- La mutilación genital femenina, en cualquiera de sus tipos, es **un delito de lesiones, tipificado y sancionado en el ordenamiento jurídico.**
- La intervención judicial sería el último pero necesario recurso, ante la conducta que se quiere y debe evitar.

¿Qué piensan nuestros ponentes?.

**Dr. Zamarrón**

## Aspectos presuntamente problemáticos en la asistencia a la población inmigrante

### 5º) Mutilaciones genitales femeninas

- Las sociedades **uniculturales rígidas** o fruto de la devastación, asumen **el predominio de la idea sobre el individuo**.
- Propenden a la **persecución y eliminación del espíritu libre**; de los individuos y colectivos señalados por sus dirigentes e interpretes como enemigos del sistema. (Inquisición, nazismo, estalinismo, colonialismo, racismo, etc.)
- Como consecuencia, a la **represión y explotación de quienes no se consideran idóneos**, sean individuos, naciones, pueblos, etnias o carezcan de rango viril.

# a interculturalidad en la relación médico-paciente

## Aspectos presuntamente problemáticos en la asistencia a la población inmigrante

- La **mutilación sexual es un crimen** y carece de toda justificación. Su única aunque absolutamente inexplicable interpretación es el machismo.
- Especialmente inhumana ya que violenta a los mas débiles e indefensos (las niñas).
- *“Se puede afirmar que no es un precepto islámico, ni tampoco de ninguna de las principales religiones.”*



# a interculturalidad en la relación médico-paciente

## Aspectos presuntamente problemáticos en la asistencia a la población inmigrante

- **Los sanitarios** como ciudadanos, los médicos como profesionales (CDM Art. 5), **están obligados a detectar, denunciar y erradicar este crimen.**
- **Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF) 2015.** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



## Aspectos presuntamente problemáticos en la asistencia a la población inmigrante

### 5º) Mutilaciones genitales femeninas

- El respeto a la diversidad cultural o a la dignidad de la persona **no puede bajo ningún concepto amparar y menos realizar prácticas contrarias a la integridad personal y a los derechos humanos.**
- La mutilación genital femenina, en cualquiera de sus tipos, es **un delito de lesiones, tipificado y sancionado en el ordenamiento jurídico.**
- La intervención judicial sería el último pero necesario recurso, ante la conducta que se quiere y debe evitar.

¿Qué piensan nuestros ponentes?.

**Dr. Barakat**

## Aspectos presuntamente problemáticos en la asistencia a la población inmigrante

### 5º) Mutilaciones genitales femeninas

- Tajantemente es una **intolerable agresión a la mujer, con el agravante que se realiza en niñas**, con nula capacidad de respuesta.
- Esta importante e inaceptable situación a nivel mundial, hay que ir acotándola con delicadeza, no exenta de gran firmeza.
- Importante docencia sobre esta temática en las escuelas.

## Aspectos presuntamente problemáticos en la asistencia a la población inmigrante

**6ª) La ocultación del rostro y el hecho médico asistencial. La necesaria visualización del rostro en el acto médico asistencial.**

➤ El necesario desvelo del rostro, se debe sobre todo a dos razones:

- a) **Constatación de la identidad y recogida de datos semiológicos.**
- b) **Naturaleza del acto médico asistencial**, que es esencialmente **comunicativo**.  
Una parte de la comunicación es la expresión facial.

¿Qué piensan nuestros ponentes?.

**Dr. Zamarrón**

# a interculturalidad en la relación médico-paciente

## Aspectos presuntamente problemáticos en la asistencia a la población inmigrante

- No hay un abismo de costumbres, sino es en el límite del tiempo y del espacio.
- **El velo islámico**, en cualquiera de sus modalidades, **no tiene limitación en nuestra legislación**. Cualquier normativa corresponderá a los cuerpos legislativos en el marco constitucional.
- Pueden **establecerse limitaciones al velo islámico en el orden interno** de centros asistenciales, como en otras instituciones (ayuntamientos y centros docentes). Estas normas limitativas deben ser establecidas por las autoridades sanitarias y a ellas han de demandarse.



# a interculturalidad en la relación médico-paciente

## Aspectos presuntamente problemáticos en la asistencia a la población inmigrante

6ª) La ocultación del rostro y el hecho médico asistencial. La necesaria visualización del rostro en el acto médico asistencial.

### Limitaciones al velo que cubre la cara.

- En el ámbito restringido de la asistencia sanitaria.
- En tanto **afecta a la relación médico enfermo** y a la seguridad de la acción asistencial, **es responsabilidad y competencia del médico.**
- Por tanto, se entiende que es a **los médicos** a quien corresponde definirlo.



# a interculturalidad en la relación médico-paciente

## Aspectos presuntamente problemáticos en la asistencia a la población inmigrante

**El uso de velo islámico que cubre gran parte de la cara, debe estar abolido en toda actividad asistencial.**

- Por la **propia naturaleza del acto médico**; relación interpersonal que exige la plena capacidad de comunicación verbal, expresiva y gestual para su plenitud.
- Por la **obligada y firme constatación de la identidad del paciente** necesaria para su seguridad en toda actuación asistencial.
- Como **salvaguarda de los sanitarios asistenciales** en su responsabilidad de todo acto diagnóstico y terapéutico.
- Por la **necesaria detección de datos semiológicos y constatación de lesiones.**

## Aspectos presuntamente problemáticos en la asistencia a la población inmigrante

**6ª) La ocultación del rostro y el hecho médico asistencial. La necesaria visualización del rostro en el acto médico asistencial.**

➤ El necesario desvelo del rostro, se debe sobre todo a dos razones:

- a) **Constatación de la identidad y recogida de datos semiológicos.**
- b) **Naturaleza del acto médico asistencial, que es esencialmente comunicativo.**  
Una parte de la comunicación es la expresión facial.

¿Qué piensan nuestros ponentes?.

**Dr. Barakat**

## Aspectos presuntamente problemáticos en la asistencia a la población inmigrante

**6ª) La ocultación del rostro y el hecho médico asistencial. La necesaria visualización del rostro en el acto médico asistencial.**

- **Procurar ser tolerante, para cuando la ocultación del rostro no represente un problema para una correcta asistencia.**
- **Cuando es cuanto menos conveniente la visualización o exploración del rostro, ¿Cuál debe ser nuestra conducta?**

## Aspectos presuntamente problemáticos en la asistencia a la población inmigrante

### 7º) Donación de órganos

- Ante una posible donación de órganos, la barrera idiomática es salvable, pero ante la muerte de un familiar y con conceptos tan diversos en torno a ella en las diversas culturas, **es necesario un esfuerzo adicional de “comunicación”**, al coordinador de trasplantes de la institución.
- Las negativas a la donación en inmigrantes son discretamente superiores a las de personas autóctonas.

¿Qué piensan nuestros ponentes?.

**Dr. Zamarrón**

# a interculturalidad en la relación médico-paciente

## Aspectos presuntamente problemáticos en la asistencia a la población inmigrante

### 7º) Donación de órganos

- Las **sociedades occidentales** han evolucionado en milenios a una **civilización abierta multicultural**.
- Acaso, es el mayor bien de la humanidad.
- Nuestro deber es dual:
  - ✓ Preservarla.
  - ✓ Ofrecerla generosamente.



# Interculturalidad en la relación médico-paciente

## Aspectos presuntamente problemáticos en la asistencia a la población inmigrante

- **Civilización abierta**, da y recibe transferencias que habitualmente son compatibles.
- Muchos son los dioses, múltiples sus interpretaciones.
- Tradición religiosa de la conservación de los cuerpos muertos.
- **La donación es un problema generosidad conocimiento y justicia.** Solo existe oposición en grupos sociales cerrados que hacen de la ignorancia y el egoísmo señas de identidad.
- **Ejemplifica la generosidad y solidaridad entre los hombres.**



## Aspectos presuntamente problemáticos en la asistencia a la población inmigrante

### 7º) Donación de órganos

- Ante una posible donación de órganos, la barrera idiomática es salvable, pero ante la muerte de un familiar y con conceptos tan diversos en torno a ella en las diversas culturas, **es necesario un esfuerzo adicional de “comunicación”**, al coordinador de trasplantes de la institución.
- Las negativas a la donación en inmigrantes son discretamente superiores a las de personas autóctonas.

¿Qué piensan nuestros ponentes?.

**Dr. Barakat**

## Aspectos presuntamente problemáticos en la asistencia a la población inmigrante

### 7º) Donación de órganos

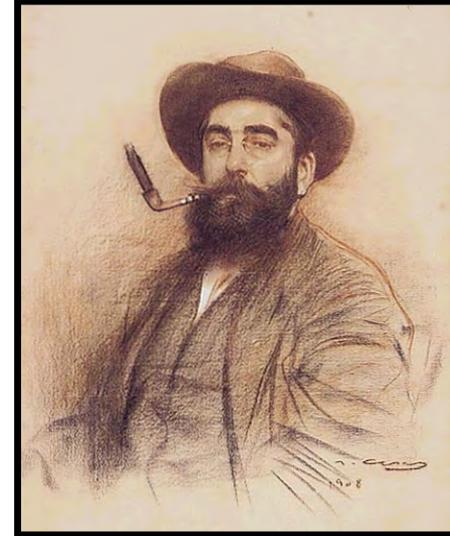
- En una parte de los colectivos de inmigrantes hay una muy poca concienciación en relación con la donación de órganos.
- En parte por el concepto diverso que sobre la muerte tienen las diferentes culturas.
- En parte por la falta de conocimiento sobre esta realidad.

# Problemas éticos en las decisiones médicas en torno a la gestación



En la ONU: Pau Casals tocó una melodía del folklore catalán: *"El cant dels ocells"*.  
*Els ocells, quan són al cel, van cantant:*  
*Peace, Peace, Peace"*

**Muchas gracias en nombre de los ponentes y mío propio por vuestra amable y comprensiva atención**  
**Un abrazo**



**Ramón Casas**





## Conferencia debate:

# “Aspectos deontológicos de la Publicidad médica”

**Moderadora:** D<sup>a</sup>. Aurora Puche Aguilera

**Ponentes:**

**Dr. Ricardo Reguera Fernández.**

**Dr. Juan Pérez Artigues.**



*IV Congreso de Deontología médica*





## Los Colegios de Médicos deben cumplir una función fundamental en la vigilancia de la publicidad sanitaria

El IV Congreso de Deontología Médica, celebrado en el Colegio de Médicos de Málaga, analizó los aspectos deontológicos de la publicidad sanitaria. La valoración deontológica de la publicidad como elemento de información y promoción sanitaria depende de la veracidad y del uso que se haga de la misma, destacando el importante papel que tienen los Colegios de Médicos en la labor de vigilancia de esta herramienta



Los doctores Reguera, Puche y Pérez Artigues.

En la mesa, moderada por la Dra. Aurora Puche, vocal de la Comisión Andaluza de Deontología Médica, participaron los doctores Juan Pérez Artigues, vocal de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial (OMC), y Ricardo Reguera, presidente de la Comisión de Deontología, Ética y Visado del Colegio de Médicos de Sevilla.

La publicidad forma parte del entorno social. Los medios por los cuales se difunden mensajes publicitarios son muchos, desde los clásicos carteles, los espacios en los medios en papel, la radio y la televisión hasta los más modernos como internet y las redes sociales. Éstos últimos han magnificado el fenómeno publicitario y han hecho a su vez que sea más difícil su control.

La publicidad sanitaria con carácter puramente mercantil “puede llevar a la banalización del acto asistencial pervirtiendo la relación médico asistencial de manera que una relación empática pasa a ser despersonalizada, de estar basada en el humanismo pasa a ser deshumanizada y una relación altruista en la que la base es el bien para el paciente pasa a ser materialista y mercantil”, según explicó el Dr. Pérez Artigues.



Sin embargo, aseguró que “no debemos ver a la publicidad sólo como una amenaza, sino también como una oportunidad para las legítimas aspiraciones de muchos profesionales, porque representa una oportunidad para que el médico se dé a conocer tras tantos años de estudio y dedicación para finalizar una especialidad y poner en marcha su propia consulta, tras un desembolso económico importante”.

A nivel más general, la publicidad representa una gran oportunidad para informar sobre servicios sanitarios a los que puede acceder la población y promocionar estilos de vida y actividades beneficiosas para la salud.

No obstante, “con el uso de la publicidad médica se corre el riesgo de convertir la Medicina en una actividad mercantil donde el anuncio consumista confunda al paciente en cuanto a falsas creencias y expectativas en salud, o se promueva la realización intervenciones sanitarias innecesarias. Por tanto, la publicidad desde el punto de vista ético deberá cumplir con unos preceptos que recoge el Código de Deontología Médica”, recordó el Dr. Pérez Artigues y concluyó señalando que “los Colegios de Médicos deben cumplir una función fundamental en la vigilancia y control de la publicidad sanitaria, y recuperar la función de visado de la misma”.

Por su parte, el Dr. Ricardo Reguera subrayó que “la profesión médica tiene derecho a utilizar la publicidad, siempre que el anuncio publicitario persiga el equilibrio entre dar a conocer un servicio que un médico puede prestar y la información que el paciente debe tener para elegir sus necesidades asistenciales con garantía para su persona y su salud”.

Además, expuso que “es competencia de la OMC exigir a los poderes públicos las normas necesarias para que la salud de los ciudadanos no se vea menoscabada por publicidad ambigua, incierta y mercantilista”.

La publicidad medica deberá ser objetiva, prudente y veraz de forma que no puede levantar esperanzas o dé a conocer conceptos infundados.

También insistió en que “se hace necesario poner fin de alguna manera a la actual situación de la publicidad desordenada recogida en los medios de especialidades como Estomatología, Urología, Dermatología y Oftalmología en las que se imbrican y mezclan resultados con venta de la imagen del propio colegiado proponiendo resultados no reales y conflicto de intereses con otros compañeros.”

Asimismo, resaltó que “hay que dejar completamente definida la divulgación médica de otros intereses mantenidos por laboratorios que utilizan al profesional con pleno consentimiento de éste. Nuestros colegiados deben conocer los artículos 64 y 65 de nuestro Código en que se recuerda "no se puede dar a conocer de modo sensacionalista procedimientos y útiles de eficacia no demostrada, hacer publicidad engañosa o información insuficiente".





## **PUBLICIDAD MÉDICA: SUS LÍMITES**

La profesión médica tiene derecho a utilizar la publicidad. El anuncio publicitario debe perseguir el equilibrio entre dar a conocer que un médico puede prestar y la información que el paciente debe tener para elegir sus necesidades asistenciales con garantía para su persona y su salud.

### **Artículo 65.1 del Código de Deontología Médica RICODES:**

***"La profesión médica tiene derecho a utilizar la publicidad. El anuncio publicitario debe perseguir el equilibrio entre dar a conocer los servicios que un médico está capacitado para prestar y la información que debe tener un paciente o usuario para elegir sus necesidades asistenciales con garantías para su persona y su salud."***

Vivimos en una sociedad altamente tecnificada y consumista en la que la publicidad es un arma eficaz para llamar la atención. Esto ha llegado al acto médico y su ejercicio se ha convertido en una instrumentación costosa y necesita la publicidad para hacer frente a los elevados costos de una tecnificación que el mismo enfermo demanda.

Hay que distinguir la información sanitaria a la que estamos obligados, de la publicidad que es legítima para darse a conocer pero empleando procedimientos distintos a la publicidad comercial.

Es competencia de la OMC exigir a los poderes públicos las normas necesarias para que la salud de los ciudadanos no se vea menoscabada por publicidad AMBIGUA, INCIERTA Y MERCANTILISTA. Estas normas de no ser cumplidas por la OMC, tanto éticas como deontológicas, podrán ser sancionadas por las Juntas Directivas de los Colegios.

### **Art 63.1 de los Estatutos Generales de la OMC:**

***"Los colegiados incurrirán en responsabilidad disciplinaria en los supuestos y circunstancias establecidas en este Estatuto".***

Proponemos el Visado Colegial por el que la Comisión de Deontología examina la documentación a publicitar, dando el visto bueno para que tenga la validez correspondiente. Sería un elemento diferenciador de los propios médicos que se esforzarían por conseguir el aval colegial como garantía profesional.

El medio de comunicación como es Internet es un elemento esencial para la educación sanitaria así como las redes sociales Twitter, Facebook o Instagram, de un éxito increíble, pero también es cierto puede convertirse en información incorrecta, engañosa y perjudicial.

Todos sabemos el daño a través de Internet de tratamientos y venta de fármacos sin autorización ni patente alguna, así como el intrusismo médico que milita en la Red.

La publicidad médica deberá ser OBJETIVA, PRUDENTE Y VERAZ de forma que no puede levantar esperanzas o de a conocer conceptos infundados. No es lícito hablar de "libertad de prescripción" para publicitar sus procedimientos terapéuticos y sus indicaciones concretas, no la panacea para incautos con el espumeo fin de atraer enfermos a sus consultas.

No es ético ni moral hacer mención de un título académico o profesional que no se posea, cosa frecuente en la confección del curriculum para satisfacer nuestro "ego", titulándonos Doctor o Especialista sin serlo, siendo estas circunstancias tipificadas en el Código Penal.

#### **Artículo 403 C.P.:**

***"1. El que ejerciere actos propios de una profesión sin poseer el correspondiente título académico expedido o reconocido en España de acuerdo con la legislación vigente, incurrirá en la pena de multa de doce a veinticuatro meses. Si la actividad profesional desarrollada exigiere un título oficial que acredite la capacitación necesaria y habilite legalmente para su ejercicio, y no se estuviere en posesión de dicho título, se impondrá la pena de multa de seis a doce meses.***

***2. Se impondrá una pena de prisión de seis meses a dos años si concurriese alguna de las siguientes circunstancias:***

- ***a) Si el culpable, además, se atribuyese públicamente la cualidad de profesional amparada por el título referido.***
- ***b) Si el culpable ejerciere los actos a los que se refiere el apartado anterior en un local o establecimiento abierto al público en el que se anunciare la prestación de servicios propios de aquella profesión.***

Se hace necesario poner fin de alguna manera a la actual situación de la publicidad desordenada de colegiados recogida en Prensa y TV en especialidades como Estomatología, Urología, Dermatología y Oftalmología en las que se imbrican y mezclan resultados con venta de la imagen del propio colegiado proponiendo resultados no reales y conflicto de intereses con otros compañeros.

Hay que dejar completamente definida la divulgación médica de otros intereses mantenidos por laboratorios que utilizan al profesional con pleno consentimiento de éste. Nuestros colegiados deben conocer los artículos 64 y 65 de nuestro Código en que se recuerda *"no se puede dar a conocer de modo sensacionalista procedimientos y útiles de eficacia no demostrada, hacer publicidad engañosa o información insuficiente"*.

Cuando el Medico participe en programas de Rado o TV debe estar informado previamente de la identidad, edad y personalidad de los intervinientes, de la notoriedad del programa y de su presentador. Qué tiempo tiene asignado para el uso de la palabra. Debe declinar la intervención ante programas sensacionalistas y escasos de rigor y seriedad.

La participación en emisiones en directo, supone de por si, un riesgo para el medico, pues puede ser malinterpretado en programas grabados o en diferido, pues en estos casos no dispondrá de derecho a replica ni aclaración.

Capitulo importante - Art 64.1 del CDM - es que el medico antes de comunicar a la opinión pública cualquier hallazgo o descubrimiento, éxito medico, resultados, conclusiones o ensayos clínicos etc. tiene el deber inalienable de comunicarlo a la prensa profesional o a la comunidad medica o a su Colegio para que sea confirmado y validado pues en caso contrario, hace una publicidad desleal en su propio beneficio y lo mas lamentable generar expectativas entre los enfermos.

#### **Artículo 64.1 Código de Deontología Médica RICOMS:**

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

Cuando el medico utilice los medios de comunicación para ofertar sus servicios profesionales deberá insertar su nombre, apellidos, especialidad registrada en el Colegio, datos telefónicos, e-mail, etc. Es importante que no puedan figurar listas de enfermedades o síntomas.

Cometen una falta de ética profesional los que prometen servicios gratuitos o descuentos - Art 65.4 y 65.5 del CDM, así como los que mencionen tarifas de honorarios.

#### **Artículos 65.4 y 65.5 del Código de Deontología Médica RICOMS:**

***"4. No es ético que el médico se preste a que sus servicios se ofrezcan como premio de concursos o promoción de negocios de cualquier índole."***

***5. El médico no utilizará la publicidad para fomentar esperanzas engañosas de curación ni para promover falsas necesidades relacionadas con la salud."***

Como ejemplos de plena actualidad, como la quiebra y el engaño de una potente compañía de estomatología, que me niego a hacerle propaganda, que todo conocemos, no me resisto a recordar aquel anuncio televisivo en el que el profesional estomatólogo es menospreciado por mayor y en la escena siguiente es sustituido por un joven colega de una potente compañía estomatológica, cuando el Art 65 recuerda que *"no se utilizaran mensajes publicitarios que*

*menosprecien la dignidad de la profesión médica".* El otro botón de muestra es la aparición de una compañía dental, que tras la firma de la financiación del tratamiento entrega una bicicleta "mountain bike" o en su defecto un ordenador personal.

Toda esta situación, de la que nos lamentamos continuamente, pienso que es denunciante al Consejo Audiovisual de Andalucía que radica en Sevilla y lo podríamos hacer conjuntamente como Comisión Deontológica Médica de Andalucía ,dándole la preceptiva publicidad en Prensa y TV. Me pregunto si podríamos actuar de oficio también.

Tenemos que volver al Visado de toda esta problemática, de forma que para todo anunciante de con carácter medico o sanitario sea preceptivo el Visado del Colegio a través de su Comisión de Deontología y Ética, lo cual se trasformaría en prestigio para el anunciante el hecho de estar Visado.

Tengo la ilusión de que tras la creación de nuestra flamante pagina Web, podamos hacer realidad lo expuesto en esta ponencia.

La sociedad espera de nosotros, los médicos, la Excelencia, la Comisión de Deontológica y Ética debemos promover eficazmente la Beneficencia.

Este es un debate serio que no se puede liquidar con simplismos demagógicos o presiones corporativas. Está en juego nada menos que la dignidad de la profesión medica.

MUCHAS GRACIAS

Sevilla abril 2017

Ricardo Reguera Fernández.  
Presidente de la Comisión de Deontología, Ética y Visado del Real e Ilustre Colegio de Médicos de Sevilla





# ASPECTOS DEONTOLÓGICOS DE LA PUBLICIDAD MÉDICA

## CUESTIONES GENERALES DE LA PUBLICIDAD SANITARIA

La publicidad forma parte del entorno social en el que nos movemos los humanos. Los medios por los cuales se difunden mensajes publicitarios son muchos, desde los clásicos carteles, los espacios en los medios en papel, la radio y la televisión hasta los más modernos como internet y las redes sociales. Éstos últimos han magnificado el fenómeno publicitario y han hecho a su vez que sea más difícil su control.

Según la Real Academia Española (RAE) la definición de publicidad es “conjunto de medios que se emplean para divulgar o extender la noticia de las cosas o de los hechos”. Por tanto en el ámbito sanitario una forma de publicidad sería aquella por la que, por ejemplo, desde los departamentos de salud se difunde información sobre las características de la enfermedad gripal, o igualmente aquella campaña en la que se insta a vacunar a la población calificada de riesgo. Ocurre que en los medios, al mismo tiempo, aparece también información en la que se pone en duda la efectividad de la vacuna de la gripe. La existencia de mensajes contradictorios que recomiendan una intervención sanitaria y los que instan a evitarla, ambos de fácil difusión por las tecnologías de la información, crea confusión, incertidumbre y desconfianza en los pacientes o usuarios. Por tanto todo tipo de publicidad en el ámbito sanitario va a tener unas consecuencias que siempre se deben considerar previamente, como la creación de falsas necesidades o expectativas en el ámbito de la salud, exceso de utilización de servicios innecesarios, o por el contrario rechazo a intervenciones que han demostrado su efectividad, entre otras.

Otra definición de publicidad, según la RAE es “Divulgación de noticias o anuncios de carácter comercial para atraer a posibles compradores, espectadores, usuarios, etc...” Existe publicidad sanitaria en los medios con carácter básicamente consumista o mercantil; sirvan como ejemplos aquellos en los que se anuncian, a competitivos precios o con descuentos, revisiones ginecológicas o intervenciones dermatológicas y oftalmológicas, garantizando algunas de éstas últimas seguridad en cuanto a la efectividad de los resultados y sin hacer mención de ningún tipo de riesgo o de posibles efectos secundarios.

La publicidad sanitaria con carácter puramente mercantil puede llevar a la banalización del acto asistencial pervirtiendo la relación médico asistencial de manera que:

- Una relación empática pasa a ser despersonalizada
- De estar basada en el humanismo pasa a ser deshumanizada
- Una relación altruista en la que la base es el bien para el paciente pasa a ser materialista y mercantil

Por tanto en publicidad no vale todo, y menos aún en la sanitaria. De hecho la legislación en nuestro país sobre la materia es bastante abundante. La Ley 34/1988 General de Publicidad (última modificación del 28 de marzo de 2014) establece la definición de publicidad como “toda forma de comunicación realizada por persona física o jurídica, pública o privada, en el ejercicio de una actividad comercial, industrial, artesanal o profesional, con el fin de promover de forma directa o indirecta la contratación de bienes, servicios, derechos y obligaciones”. A su vez dicha ley considera ilícitas aquella que atente contra la dignidad de la persona, la subliminal engañosa, desleal y agresiva. Se recogen como anexo al final las leyes más relevantes en materia de publicidad sanitaria del Estado\*

En cuanto a los Colegios de Médicos, es importante que mantengan su labor de control de la publicidad sanitaria y recuperen su función de visado de la misma. Señalar que así lo contempla el

“Proyecto de Decreto por el que se regula la publicidad relacionada con la salud en Andalucía y el procedimiento de autorización de publicidad de productos sanitarios” en el que se establece el papel importante de los colegios profesionales sanitarios en control de la publicidad sanitaria, papel esencial que ya estableció en su día el RD 2827/1977, de 6 de octubre sobre visados de la publicidad médico sanitaria

## CUESTIONES DEONTOLÓGICAS

La valoración deontológica de la publicidad como herramienta de información y promoción sanitaria dependerá de la veracidad y del uso que se haga de la misma. Por tanto no debemos ver a la publicidad sólo como una amenaza, sino también como una oportunidad para las legítimas aspiraciones de muchos profesionales.

Así, representa una oportunidad para que el médico se dé a conocer tras tantos años de estudio y dedicación para finalizar una especialidad y poner en marcha su propia consulta, tras un desembolso económico importante. A nivel más general, la publicidad representa una gran oportunidad para informar sobre servicios sanitarios a los que puede acceder la población y, muy importante, promocionar estilos de vida y actividades beneficiosas para la salud. No se debe olvidar que el entorno y los estilos de vida se llevan el peso más importante entre los condicionantes de salud de las personas.

Sin embargo, con el uso de la publicidad médica se corre el riesgo de convertir la medicina en una actividad mercantil donde el anuncio consumista confunda al paciente en cuanto a falsas creencias y expectativas en salud, o se promueva la realización intervenciones sanitarias innecesarias

Por tanto, la publicidad desde el punto de vista ético deberá cumplir con unos preceptos que recoge el Código de Deontología Médica en su Capítulo XX. De dicho capítulo interesa destacar que: “La publicidad médica ha de ser objetiva, prudente y veraz, de modo que no levante falsas esperanzas o propague conceptos infundados”(art. 65.3) ; “No es ético que el médico se preste a que sus servicios se ofrezcan como premio de concursos o promoción de negocios de cualquier índole” (art 65.4); “El médico no utilizará la publicidad para fomentar esperanzas engañosas de curación ni para promover falsas necesidades relacionadas con la salud”(art. 65.5); y “El médico no utilizará mensajes publicitarios que menosprecien la dignidad de la profesión médica” (art 65.6).

Finalmente, incidir en 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 desde hace un tiempo objeto de crítica entre numerosos colegiados, sobre todo a través de las redes sociales. Por dicho hecho, la Comisión Central de Deontología se pronunció al respecto con la Declaración: “*Los conflictos ético-deontológicos que plantea la publicidad avalada por las instituciones, organizaciones y sociedades científico médicas*” aprobada en la sesión del 5 y 6 de febrero de 2016 por la Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos.

En dicha Declaración se concluye que para que la publicidad que realizan las Sociedades Científicas o cualquier institución sea deontológicamente aceptable debe cumplir los siguientes requisitos:

**Primero.** Debe desarrollarse dentro de los siguientes principios: transparencia, asunción de responsabilidades por parte de los promotores y avalistas y que los beneficios de los productos, sustancias, métodos o actividades ofrecidos a la población superen ampliamente a posibles riesgos o efectos adversos.

**Segundo.** No se debe solicitar o aceptar contraprestaciones a cambio de la imagen de la profesión médica para avalar productos de dudosa salubridad. Igualmente, no es deontológico hacer

publicidad engañosa encubierta o promoción de un producto sin suficiente soporte científico o con información insuficiente del mismo.

**Tercero.** Las instituciones, organizaciones y Sociedades científicas deberían aprovechar su prestigio para promover estilos de vida saludables y no promocionar productos de dudoso beneficio para la salud, y menos aún si pudieran ser perjudiciales.

**Cuarto.** Si una Sociedad Científica decide realizar publicidad, debe cumplir los siguientes requisitos:

- a) Que en ningún caso el producto sea nocivo para la salud. Ello marcaría el límite de su licitud y automáticamente trasformaría esta práctica en ilícita, de la que resultarían responsables los patrocinadores y avalistas.
- b) Que exista evidencia científica que demuestre que dicho producto es beneficioso para la salud
- c) Que dicha entidad científico médica declare la existencia de posibles conflictos de interés en relación con las industrias que comercializan dicho producto.

**Quinto.** Finalmente, añadir la necesidad de que está declaración sea asumida por la Federación de Asociaciones Científico Médicas de España (FACME), la cual trabaje de forma conjunta con la Organización Médica Colegial (OMC) para que las Sociedades Científicas acaten la normativa deontológica sobre la publicidad sanitaria.

Por tanto los Colegios de Médicos deben cumplir una función fundamental en la vigilancia y control de la publicidad sanitaria, y recuperar la función de visado de la misma.

#### **ANEXO: NORMATIVA ESTATAL (DEONTOLÓGICA Y LEGAL)**

- Declaración de la Comisión Central de Deontología: “*Directrices Deontológicas sobre la Publicidad*” Aprobada por la Asamblea General de la OMC el 27 de septiembre de 1995
- Código de Deontología Médica 2011
- Declaración de la Comisión Central de Deontología: “*Los conflictos ético-deontológicos que plantea la publicidad avalada por las instituciones, organizaciones y sociedades científico médicas*” aprobada en la sesión del 5 y 6 de febrero de 2016 por la Asamblea General de la OMC
  
- Ley 2/1974 de Colegios Profesionales
- RD 2827/1977, de 6 de octubre sobre visados de la publicidad médico sanitaria
- Constitución Española de 1978
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad
- Ley 34/1988 General de Publicidad (última modificación del 28 de marzo de 2014)
- RD 1907/ 1996 sobre promoción comercial de productos, actividades o servicios con pretendida finalidad sanitaria
- Ley 34/2002 de 11 de julio, de servicios de la sociedad de la y información y de correo electrónico
- Ley 44/2003 de 1 de noviembre (LOPS)
- Ley 29/2006 de 26 de julio de garantías y uso racional del medicamento y productos sanitarios
- Ley 25/2009, de 22 de diciembre, de modificación de diversas leyes para su adaptación a la ley sobre el libre acceso a las adaptaciones de servicios y su ejercicio
- Ley 10/2013 de publicidad de productos sanitarios
- Ley 17/2011 de 5 de julio de seguridad alimentaria y nutrición









# Encuentro con Expertos: “Reproducción y maternidad subrogada”

## Ponentes:

**Dr. Jacinto Bátiz.**

**Dra. Maria Castellano Arroyo.**

**Dr. Manuel García del Rio**

**Dr. Angel Hernández Gil**



*IV Congreso de Deontología médica*



## La maternidad subrogada sólo sería acorde a la deontología médica con carácter altruista

La maternidad subrogada, conocida coloquialmente como ‘vientres de alquiler’, es un acto mediatizado por la prestación económica y no es completamente libre, debido a que condiciona la decisión y su consentimiento, lo que resulta inadmisibile desde un punto de vista ético y deontológico, según se puso de manifiesto en el IV Congreso de Deontología Médica, celebrado en el Colegio de Médicos de Málaga



Los doctores Ángel Hernández Gil, María Castellano y Manuel García del Río.

En la mesa participaron los doctores María Castellano y Ángel Hernández Gil, vocales de la Comisión Central de Deontología de la OMC; y el Dr. Manuel García del Río, secretario general de la corporación malacitana.

La maternidad subrogada es una práctica utilizada cada vez con mayor frecuencia, si bien presenta delicados matices desde el punto de vista ético, jurídico, social, económico, científico o religioso. Dado que la normativa legal penal vigente en España prohíbe y sanciona de modo expreso este tipo de práctica algunos ciudadanos optan por llevarla a cabo en otros países para satisfacer el deseo de tener hijos. Cada año, alrededor de entre 500 y 1.500 parejas españolas suscriben contratos de subrogación de útero en algunos países extranjeros, donde está regulado o permitido.

La Dra. Castellano señaló que “el tema médico-biológico de la maternidad subrogada se nos plantea como una circunstancia médica cuyo juicio clínico nos enfrenta a la generación de un embrión mediante técnicas que pueden ir desde la inseminación artificial a las técnicas de fecundación in vitro, y cuyo destino será la implantación en un útero de mujer que realizará la gestación hasta su nacimiento”.

Expuso que “tratándose de un problema complejo, podría considerarse en un futuro que una maternidad subrogada en la que los “padres” participan en la generación del embrión, sin otras aportaciones de donantes y en la que existe un principio de generosidad y altruismo en la colaboración gestacional del embrión, incluso con vínculos familiares entre los “padres” y la madre subrogada podría considerarse como no contraria a la ética y a la deontología médica. Siempre en casos especiales y con estudio específico y personalizado de las circunstancias”.

El Dr. García del Río comentó que, independientemente de la falta de legislación, es una práctica que genera numerosos conflictos como “posibles complicaciones físicas, psíquicas, control estricto por parte de los padres contratantes a la madre subrogada, la libertad del consentimiento de la madre contratante, que en algunos contratos se exija



que el niño nazca sano o el rechazo del niño cuando se convierte en el producto no deseado de la transacción económica”.

El secretario general del Colegio de Médicos de Málaga aseguró que “se puede sufrir por no tener hijos propios, pero nada puede justificar que esta frustración sea resuelta al precio de transformar a otras mujeres en fábricas de niños”.

El Dr. Ángel Hernández Gil destacó que se trata de un fenómeno que afecta a derechos y deberes de todos sus integrantes, que al tratarse de un acto mediatizado por la prestación económica no es completamente libre, debido a que condiciona la decisión y su consentimiento, por lo que resulta inadmisibles desde un punto de vista ético y deontológico.

Asimismo, detalló que la regulación supondría admitir la mercantilización de la vida sujeta a normas de mercado y considerar al recién nacido un producto de transacción económica. De este modo, sólo sería acorde a la deontología médica la maternidad subrogada con carácter altruista.

Según la deontología médica, esta opción sólo debería ser aceptada como última alternativa terapéutica al resto de técnicas de reproducción humana asistida, prestando atención a la posibilidad de intervenir como gestante en caso de parentesco por consanguinidad en línea directa, el anonimato de las donaciones, la capacidad de decisión sobre interrupción terapéutica del embarazo, posibilidad de tiempo de reflexión para entregar al recién nacido, gastos económicos a compensar y consecuencias derivadas de la rescisión de un contrato de gestación.





# “Reproducción y maternidad subrogada”

*Dra. Maria Castellano Arroyo.*



*IV Congreso de Deontología médica*

## REPRODUCCIÓN Y MATERNIDAD SUBROGADA

María Castellano Arroyo

Catedrática de Medicina Legal y Forense

Vocal Comité de Deontología del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos

Vocal de la Comisión Central de Deontología

DEFINICIONES (Diccionario de la Real Academia Nacional de Medicina)

*Reproducción*.- Acción de reproducirse. Multiplicación. Sinónimo de procreación.

*Procreación*= *Engendrar*.- Producir uno o más individuos de la misma especie (generalmente por copulación sexual).

*Procreación artificial*= *Fecundación in vitro*.- Fecundación de un óvulo por un espermatozoide fuera del cuerpo de la hembra

*Fecundación*.-Fusión de los gametos femenino y masculino para constituir una célula única, denominada huevo fecundado o cigoto, que se desarrolla hasta formar un nuevo individuo. En el ser humano tiene lugar generalmente en el tercio externo de la trompa uterina, dura varias horas y consta de tres fases: penetración del espermatozoide, activación del ovocito y anfimixia o copulación de los pronúcleos.

*Fecundación artificial*=*Fecundación asistida*=*Fertilización artificial*=*Procreación artificial*.- Fecundación de uno o más ovocitos por medios no naturales.

*Fecundación in vitro*.- Fecundación de un óvulo por un espermatozoide fuera del cuerpo de la hembra.

## INTRODUCCIÓN

La procreación ha permanecido siglos ligada a la Ley Natural de la cópula entre un hombre y una mujer, lo que posibilitaba la fecundación del óvulo por el espermatozoide y la formación de un nuevo individuo que, tras implantarse en el útero, se desarrollaba hasta su nacimiento.

Ante problemas de esterilidad, la medicina investigó y propuso técnicas para facilitar el encuentro entre los gametos, siendo la primera de ellas la inseminación artificial (John Hunter, 1790), realizándose de forma habitual en la práctica médica a partir de 1920..

El primer intento de fecundación in vitro se realizó en conejos consiguiendo la preñez W. Hampe en 1890; fue en 1944 cuando Rock y Minkin consiguieron la primera fecundación de un óvulo humano, aunque los resultados definitivos no llegaron hasta 1977 con Eward y Steptoe, publicándose en The Lancet del año siguiente el nacimiento de Louise Brown. El mejor conocimiento de la fecundación y desarrollo embrionario ha mejorado los procedimientos de fecundación, regulados en España por la Ley 14/2006 de 26 de mayo de Técnicas de Reproducción Asistida, en la que se prohíbe la maternidad subrogada. Sin embargo, Noel Keane creó en 1976 la primera agencia de madres dispuestas a la gestación mediante contraprestación económica, naciendo en Michigan, en 1986 la primera niña por este tipo de gestación.

La tecnología ha venido permitiendo una intervención creciente en la fecundación humana y, por tanto en la reproducción, así es posible mediante actos médicos: 1) Estimulación hormonal ovárica, para la producción de un número importante de óvulos, 2) Recogida de estos óvulos por punción, 3) Encuentro entre los óvulos y los espermatozoides en medio artificial en el laboratorio, o bien el uso de procedimientos más o menos intervencionistas (inyección del espermatozoide, inyección nuclear, preparación del óvulo, etc.), para conseguir la fecundación.

Todos estos procedimientos conducen a la obtención de un embrión, o nuevo ser, con toda su dotación genética que lo determina como ser humano único y específico, pero que su “llegar a ser” queda a merced de la voluntad de otros, al ser la fase de implantación en

útero femenino (fase 4) del proceso) un nuevo acto médico que puede no producirse, ya que el destino del embrión puede estar, además de en la implantación, en: la congelación para una posible implantación posterior, atendiendo a la voluntad de los “padres” que iniciaron el proceso de su obtención, postponiéndose, así su incierto futuro, otros posibles destinos son el ser objeto de investigación, o, incluso, su destrucción.

Estas fases en la génesis de la reproducción, han permitido numerosas actuaciones sobre el embrión antes de su implantación, de ellas destacamos: a) la congelación o crioconservación, a la que se recurre cuando la fecundación tiene mucho éxito y se obtiene un número de embriones superior a 2 ó 3 que es el máximo que la ley permite implantar; estos embriones quedan como propiedad de los “padres” que iniciaron su proceso de obtención y quedan disponibles para una futura implantación, en el caso de que deseen repetir la paternidad/maternidad; b) otra opción es la donación futura; c) en el caso de que el estudio diagnóstico del embrión ponga de manifiesto la existencia de patologías o anomalías, la implantación se descarta, pasando a ser materia de investigación o a su destrucción.

Si se consulta en internet con la palabra “embriones congelados”, aparecen múltiples clínicas con ofertas tales como: “*!!Ahora en promoción!!!. Implantación de embriones propios 810€, embriones donados 3.125€, pago a plazos 85€ al mes...*”. Actualmente ya es posible la conservación del espermatozoide y del óvulo mediante congelación, lo que se anuncia en las mencionadas clínicas como “*Retrasa tu reloj biológico: congela tus óvulos por ...€/mes*”. Esa es la escalofriante frivolidad con que se afronta socialmente el tema del origen de la vida humana.

No es posible aún para la tecnología biológica fabricar un óvulo o un espermatozoide, aunque vistos los progresos científicos no podemos descartarlo en un futuro más o menos lejano.

Después de esto, nos podemos preguntar: ¿Ha dejado la procreación de estar sometida a la Ley Natural?. Consideramos que el ser humano, dotado de inteligencia y de libertad de elección, con capacidad de razonar, de enjuiciar y de discernir entre el bien y el mal, desde su dimensión moral y su conciencia ética, actúa bien cuando acomoda sus conductas al principio del bien y rechaza lo que causa mal. La conciencia moral da al ser humano una grandeza que lo hace superior a otros seres vivos o elementos de la Naturaleza; puede inferirse que esa superior capacidad del ser humano que lo va llevando a través de su inteligencia y libertad a descubrir, inventar o realizar actos cada vez más extraordinarios es una prolongación de la Ley Natural a través de este ser humano, elegido y superior entre los demás elementos de la Naturaleza.

En consonancia con lo dicho el ser humano tiene cada vez más capacidad de actuar, ordenar y organizar su entorno y, en la medida en que su capacidad es mayor, también es mayor responsabilidad ética-moral para que sus decisiones favorezcan una evolución del universo atenta a su conservación y armonía, y esto se aplica a todos los órdenes y cosas, siendo especialmente importante lo referente al origen de la vida, al origen del ser humano, el respeto a su dignidad y el rechazo absoluto a cosificar al ser humano o a convertirlo en un mero medio para conseguir cualquier fin. No podemos caer en la relatividad de considerar que el fin pueda llegar a justificar cualquier tipo de medios.

Tras este planteamiento introductorio, el tema médico-biológico de la maternidad subrogada se nos plantea como una circunstancia médica cuyo juicio clínico nos enfrenta a la generación de un embrión mediante técnicas que pueden ir desde la inseminación artificial a las técnicas de fecundación in vitro, y cuyo destino será la implantación en un útero de mujer que realizará la gestación hasta su nacimiento. En el tema van implícitos otros varios aspectos de los que destacamos:

- 1.- **¿Quiénes son las personas que desean ser “padres” del nuevo ser?**
- 2.- **¿Cuál es el problema por el que necesita de una mujer ajena a ellos, para la gestación?**
- 3.- **¿Es un problema médico que necesita de la ayuda médica?**
- 4.- **¿Qué material genético han aportado los “padres”?**
- 5.- **¿Qué vinculación existe con la mujer que llevará a cabo la gestación (madre subrogada)?**
- 6.- **¿Cuál es el motivo de colaborar en el proceso por parte de ésta?, ¿Altruista y generoso? o ¿Económico y lucrativo?.**
- 7.- **¿Qué papel juega en el proceso el nuevo ser generado y gestado?**
- 8.- **¿Se respetan sus derechos?. ¿Existen problemas legales para su protección y garantías de futuro?.** Las respuestas a estas preguntas son complejas y no se agotan en estas líneas que pretenden fomentar la reflexión y crear conciencia de responsabilidad personal y colectiva ante este tema y todos los relacionados con la reproducción asistida ahora y en el incierto futuro.

### **1.- ¿Quiénes son las personas que desean ser “padres” del nuevo ser?**

Como posibilidades en este proceso tenemos como solicitantes: el matrimonio o pareja de hombre-mujer, el matrimonio o pareja de dos mujeres o dos hombres, y la mujer o el hombre solos, (está equiparado a la adopción).

### **2.- ¿Cuál es el problema por el que necesitan de una mujer ajena a ellos, para la gestación?**

En el caso de matrimonio o pareja de hombre-mujer o de dos mujeres, suele ser la imposibilidad de gestar, bien por enfermedad sistémica que contraindique el embarazo, o ginecológica que inhabilite al útero para esta función o no cuente con este órgano. En el caso de la pareja de dos hombres o de hombre sólo, la necesidad de mujer ajena se impone.

### **3.- ¿Es un problema médico que necesita de la ayuda médica?**

Este no sería el caso del matrimonio o pareja de dos hombres, o de un hombre sólo. Por tanto, si una supuesta regularización legal futura del procedimiento exigiera la existencia de patología, que justificara la intervención médica, estos casos serían excluidos y tendrían que recurrir a la adopción.

### **4.- ¿Qué material genético han aportado los “padres”?**

Al intervenir en el proceso hombres y/o mujeres, en cada caso podrían aportar los gametos femeninos o los masculinos. Un criterio razonable para aceptar la licitud del proceso sería la aportación por uno o los dos “padres (padre/madre)” de material genético que establezca un vínculo biológico entre los “padres” y el embrión que se gestará.

### **5.- ¿Qué vinculación existe con la mujer que llevará a cabo la gestación (madre subrogada) y cual es el motivo?.**

El vínculo podría ser familiar, lo que significaría el deseo altruista de ayudar a una pareja a tener descendencia, cuando en los “padres” no es posible la gestación; se ha comparado a la ayuda generosa y altruista prevista en las donaciones (sangre, médula, riñón...), aunque este “servicio” de la gestación lleve implícitas unas connotaciones afectivas y

emocionales que merecen estudio aparte; este motivo altruista podría tener otra consideración, ya que la generosidad, junto a otras circunstancias del caso podrían justificar la aceptación de este acto, que merece reflexión profunda y mucha prudencia. En la mayoría de los casos el vínculo es solamente económico y con ánimo de lucro por parte de la mujer que gesta; en los países donde se permite el procedimiento existen agencias que ofrecen mujeres dispuestas, con características propias de edad, estado de salud, grado de compromiso en el cumplimiento de posibles exigencias, etc., lo que condiciona el precio de la contraprestación. En este hecho se fundamenta el rechazo ético-deontológico al producirse una clara comercialización del cuerpo de la mujer al que se considera objeto de contrato o alquiler, llevando aparejada la pérdida de dignidad que significa su cosificación (desde el feminismo al Vaticano lo han considerado como una nueva forma de esclavitud por dinero).

## **6.- ¿Qué papel juega en el proceso el nuevo ser generado y gestado?**

En este proceso se olvida a menudo al nuevo ser, a pesar de que debería ser el protagonista, aunque aparezca como “invisible” hasta su nacimiento. En toda conducta en la que hay un menor se invoca el superior y mayor interés de éste menor, mucho más habría que tenerlo en estos casos en los que estamos decidiendo su génesis y disponiendo su destino futuro. Hay que considerar que aunque sea legal su venida al seno de familias diversas (padre/madre, dos madres, dos padres, una madre sola o un padre sólo) y aunque esto sucede también en otros procedimientos de reproducción asistida y en la adopción, cada situación necesitará de un proceso de integración y adaptación diferente. La sociedad actual está abocada a aceptar y respetar sin ningún tipo de discriminación cualquiera de estas situaciones, pero esa realidad legal y social se debe armonizar con la vivencia psicológica del/de la menor que nace mediante estos procedimientos y en estas situaciones, todavía nuevas y bastante experimentales.

8.- ¿Se respetan sus derechos?. ¿Existen problemas legales para su protección y garantías de futuro?. Finalmente nos encontramos con el aspecto legal. En España la inscripción del recién nacido se hace conforme a su maternidad, madre es la mujer que da a luz al recién nacido y la paternidad le viene añadida a la existencia de marido o pareja u hombre “señalado” como padre y cuya paternidad queda probada biológicamente. Por tanto, los menores nacidos por este procedimiento no pueden gestarse en España y cuando los “padres” vuelven del país donde se haya llevado a cabo la gestación subrogada se enfrentan al problema de que no pueden inscribir al hijo como propio, aunque dispongan del Acta del país de origen que recoja su participación en el proceso. Aquí se ha establecido un proceso desde el Servicio de Registro y Notariados bastante complejo que acaba con resolución judicial y proceso de adopción hasta llegar a la inscripción final como hijo legítimo de los “padres” que iniciaron el proceso.

Son muchos los problemas que pueden encontrarse en el camino, señalamos sólo algunos ya sucedidos y que añaden inconvenientes al hecho original: Que la madre que gesta tras el nacimiento se niegue a entregar al hijo a quienes lo encargaron. Que se diagnostique una enfermedad al feto y los “padres” soliciten el aborto, con la negativa de la madre subrogada aceptarlo. Que la madre no se quiera someter a las imposiciones sanitarias para garantizar un embarazo saludable.

Tratándose de un problema complejo, podría considerarse en un futuro que una maternidad subrogada en la que los “padres” participan en la generación del embrión, sin otras aportaciones de donantes y en la que existe un principio de generosidad y altruismo

en la colaboración gestacional del mebrión, incluso con vínculos familiares entre los “padres” y la madre subrogada podría considerarse como no contraria a la ética y a la deontología médica. Siempre en casos especiales y con estudio específico y personalizado de las circunstancias.

7.- ¿Qué papel juega en el proceso el nuevo ser generado y gestado?

En este proceso se olvida a menudo al nuevo ser, que es protagonista del proceso, aunque “invisible” hasta su nacimiento. En toda conducta en la que hay un menor se invoca el superior y mayor interés de éste menor, mucho más habría que tenerlo en estos casos en los que estamos disponiendo de su génesis y de su destino embrionario y futuro. Hay que considerar que aunque sea legal su venida al seno de familias diversas (padre/madre, dos madres, dos padres, una madre sola o un padre sólo) y aunque esto sucede también en otros procedimientos de reproducción asistida y en la adopción, cada situación necesitará de un proceso de integración y adaptación diferente. La sociedad actual está abocada a aceptar y respetar sin ningún tipo de discriminación cualquiera de estas situaciones, pero era realidad legal y social se debe armonizar con la vivencia psicológica del/de la menor que nace mediante estos procedimientos y en estas situaciones, todavía nuevas y algo experimentales.

## **8.- ¿Se respetan sus derechos?. ¿Existen problemas legales para su protección y garantías de futuro?.**

Finalmente nos encontramos con el aspecto legal. En España la inscripción del recién nacido se hace conforme a su maternidad, madre es la mujer que da a luz al recién nacido y la paternidad le viene añadida a la existencia de marido o pareja u hombre “señalado” como padre y cuya paternidad queda probada biológicamente. Por tanto, los menores nacidos por este procedimiento no pueden gestarse en España, ya que atendiendo a nuestra legislación, la madre es la mujer que da a luz al recién nacido, siendo estos dos extremos (identidad de la madre e identificación del recién nacido por sus huellas palmares) los que el médico o matrona que atienden el parto, deben constatar en la correspondiente ficha que facilitará la inscripción. Por tanto, cuando los “padres” vuelven del país donde se haya llevado a cabo la gestación subrogada se enfrentan al problema de que no pueden inscribir al hijo como propio, aunque dispongan del Acta del país de origen que recoja su participación en el proceso. Aquí se ha establecido un proceso desde el Servicio de Registro y Notariados bastante complejo que acaba con resolución judicial y proceso de adopción hasta llegar a la inscripción final como hijo legítimo de los “padres” que iniciaron el proceso.

Por otra parte, son muchos los problemas que pueden encontrarse en el camino, señalamos sólo algunos ya sucedidos y que añaden inconvenientes al hecho original y entre otros mencionamos: Que la madre que gesta, tras el nacimiento se niegue a entregar al hijo a quienes lo encargaron. Que se diagnostique una enfermedad al feto y los “padres” soliciten el aborto, con la negativa de la madre subrogada a aceptarlo. Que los “padres” rechacen al recién nacido si nace con alguna anomalía o tara (en algunos contratos se hace constar que se tratará de un hijo sano). Que la madre no se quiera someter a las imposiciones sanitarias para garantizar un embarazo saludable. Que se planteen discrepancias en el precio pactado, etc.

**Hasta aquí hemos planteado diversas situaciones y conflictos para favorecer el debate en este “Encuentro con expertos”, en el que todos podemos y debemos decir algo en relación a nuestras propias reflexiones**

y tomas de postura ante el tema en discusión.

**Tratándose de un problema complejo, podrían tenerse en consideración para una posible regulación legal futura en España los siguientes principios (Informe de la Comisión Central de Deontología)**

- 1. 1. La maternidad subrogada deriva de un contrato comercial y se considera contraria a los principios de la deontología médica, dado que el consentimiento prestado estaría mediatizado por la prestación económica, y su grado de libertad en relación, incluso a las necesidades de la mujer que se ofrece para gestar.**
- 2. 2. La maternidad subrogada comercial atenta contra la dignidad de la persona, tanto de la madre subrogada como de la descendencia. El cuerpo de la mujer no puede someterse a normas de mercado y que el recién nacido sea un producto de transacción económica y libre mercado; esta operación lesiona gravemente la dignidad y libertad de la mujer limitando otros derechos. 3.**

**Sólo podría considerarse acorde con la deontología médica la maternidad subrogada con carácter altruista y por pura generosidad y solidaridad, cuando se dieran varios requisitos: Que quedaran a salvo todos los intereses del menor (incluido el derecho a conocer su origen y padres intervinientes en el proceso). Que fuera la última alternativa terapéutica a la imposibilidad de tener descendencia. Que los padres que inician el proceso aporten su propio material biológico (ovocitos/esperma), con la excepción de que estos “padres” procedieran a la adopción de embriones congelados (rescatándolos así de su incierto futuro). La madre subrogada debería tener ya descendencia, al objeto de que conozca la experiencia del embarazo y parto para que la información previa al contrato/compromiso se ajuste a la realidad**

**Todo lo dicho, debería considerarse siempre en casos especiales y con estudio específico y personalizado de las circunstancias.**





# “Reproducción y maternidad subrogada”

*Dr. Ángel Hernández Gil.*



*IV Congreso de Deontología médica*

## IV Congreso Nacional de Deontología Médica

"Nuevos retos del humanismo en la práctica médica"



# *Consideraciones deontológicas respecto a la Gestación por Sustitución*

*Hernández Gil, A.*

*Consideraciones deontológicas respecto  
a la Gestación por Sustitución* Hernández Gil, A



# **GESTACIÓN POR SUSTITUCIÓN**

**Complicados matices:**

- **éticos**
- **jurídicos**
- **religiosos**
- **sociales**
- **políticos**
- **CIENTÍFICOS**

***Consideraciones deontológicas respecto  
a la Gestación por Sustitución***      *Hernández Gil, A*



***Gestación por Sustitución***  
***Realidad Social***

***Debate Público***

***Prohibición legal***  
***¿REGULACIÓN LEGAL?***

**Consideraciones deontológicas respecto  
a la Gestación por Sustitución** Hernández Gil, A



## ***A favor de Regulación Legal***

- ***Ley TRHA ¿mujer sin útero?***
- ***Derecho igualdad- hombres??***
- ***Realidad social- Estado ¿?***

***Consideraciones deontológicas respecto  
a la Gestación por Sustitución***      *Hernández Gil, A*



***A favor de Regulación Legal***

- ***Desigualdad social- €€€***
- ***Utilitarista- todos beneficiados***
- ***Limitar capacidad reproductiva***
- ***Trasplantes/Nodrizas/Ensayos***

***Consideraciones deontológicas respecto  
a la Gestación por Sustitución***      *Hernández Gil, A*



## ***En contra de Regulación Legal***

**▪ Contradice Normas y  
disposiciones legales de la UE:**

- la dignidad humana**
- la adopción**
- la protección de la mujer**
- la protección de los niños**
- el tráfico de personas.**

**Consideraciones deontológicas respecto  
a la Gestación por Sustitución** *Hernández Gil, A*



**En contra de Regulación Legal**

▪ **Cons. Informado ¿Libre?:**

- **desigualdades económicas**
- **salida de la miseria**
- **información ¿¿??**
- **asesoramiento legal ¿¿??**
- **capacidad ¿¿??**

***Consideraciones deontológicas respecto  
a la Gestación por Sustitución***      *Hernández Gil, A*



***En contra de Regulación Legal***

▪ ***Control y dominio estricto parcelas íntimas  
limitan la capacidad de autonomía y  
muchos de sus derechos:***

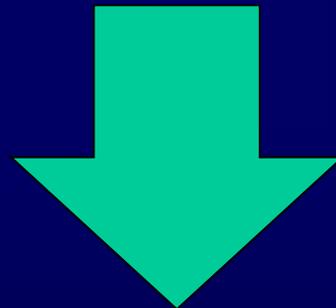
- ***alimentación***
- ***relaciones sexuales***
- ***actividades físicas/laborales***
- ***separación familiar***
- ***controles médicos***

***Consideraciones deontológicas respecto  
a la Gestación por Sustitución***      *Hernández Gil, A*



***En contra de Regulación Legal***

- ***Controles de calidad en la elección de la madre y del niño resultante***



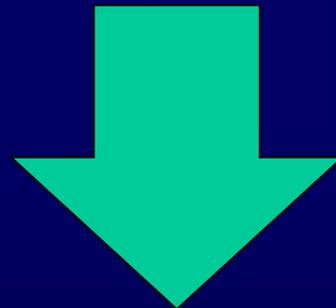
***MERCANTILIZACIÓN DE LA VIDA  
NIÑO: Producto de transacción  
(Compra/Venta)***

**Consideraciones deontológicas respecto  
a la Gestación por Sustitución** *Hernández Gil, A*



***En contra de Regulación Legal***

- ***Controles de calidad en la elección de la madre y del niño resultante***



***MERCANTILIZACIÓN DE LA VIDA***

***NIÑO: Producto de transacción***

***(Compra/Venta) Carta Europea Derechos Humanos***

***Consideraciones deontológicas respecto  
a la Gestación por Sustitución***      *Hernández Gil, A*



***En contra de Regulación Legal***

■ ***Conflictos Maternidad/Paternidad***

- **madre gestante**
- **madre subrogante**
- **madre biológica**
- **padre subrogante**
- **padre biológico**
- **pareja madre gestante**

**Consideraciones deontológicas respecto  
a la Gestación por Sustitución** Hernández Gil, A



**En contra de Regulación Legal**

- **Origen/identidad biológica R.Nac.**
  - **Maternidad: parcela íntima**
  - **Daños físicos y psíquicos**
  - **Tráfico personas/mujeres**
    - **Altruista ¿¿??**
- **DIGNIDAD DE LA MUJER**

**Consideraciones deontológicas respecto  
a la Gestación por Sustitución** Hernández Gil, A



## **CONCLUSIONES**

- ***La dignidad de la mujer y el interés superior del menor son derechos inviolables que siempre deben estar presentes ante una hipotética regulación de la Gestación por Sustitución***

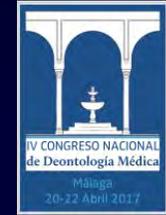
**Consideraciones deontológicas respecto  
a la Gestación por Sustitución** *Hernández Gil, A*



## **CONCLUSIONES**

***La Gestación por Sustitución comercial  
atenta contra la dignidad de la persona,  
tanto de la madre subrogada como de la  
futura descendencia, por lo que  
es totalmente inaceptable  
desde el punto de vista deontológico***

**Consideraciones deontológicas respecto  
a la Gestación por Sustitución** *Hernández Gil, A*



# **CONCLUSIONES**

*La legalización de la*

*Gestación por Sustitución comercial*

*supone una*

**MERCANTILIZACIÓN DE LA VIDA**

*que atentaría contra la persona*

*y pone en su riesgo*

*el interés superior del menor*

**Consideraciones deontológicas respecto  
a la Gestación por Sustitución** Hernández Gil, A



## **CONCLUSIONES**

▪ *Solo podría ser considerada deontológicamente la Gestación por Sustitución **PLENAMENTE ALTRUISTA** ¡¡bajo determinadas premisas!!:*

- *CI plenamente correcto*
- *última TRHA*
- *madre subrogada con descendencia*
- *transferencia gametos/adopción embriones*

# IV Congreso Nacional de Deontología Médica

"Nuevos retos del humanismo en la práctica médica"



# MUCHAS GRACIAS





Clausura IV Congreso Deontología Médica

## **Dr. Villanueva: “Autonomía del paciente para elegir y decidir, sí; para imponer, no”**

El Dr. Enrique Villanueva, presidente de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial (OMC), es partidario de que el paciente tenga autonomía para elegir y decidir, pero no para imponer su voluntad al criterio del médico, según expuso en la conferencia de clausura del IV Congreso de Deontología Médica, celebrado en el Colegio de Médicos de Málaga



Dr. Enrique Villanueva.

Explicó que “la lealtad en la relación médico-paciente es bifronte. Es decir, el médico se la debe a su paciente, pero éste también se la debe al facultativo y no deberá solicitarle servicios que sabe que el profesional no puede prestar”.

Así, insistió en la idea de que “para el médico no es ético acceder por complacencia o coacción a un acto asistencial que no está clínicamente indicado, ni el paciente tendría derecho moral a exigirlo, pero a veces la ley se lo concede, poniéndonos de nuevo ante el dilema 'lex versus ius', pero la ley no podrá legitimar lo que clínicamente es inaceptable”.

Cuando la relación médico-paciente se regía por el principio paternalista de beneficencia, existía una gran asimetría entre la autonomía del enfermo y la del facultativo. “El médico imponía la suya amparado en su autoridad, hacer lo mejor por el enfermo y éste nada podía oponer, dada su doble condición de subordinación, al deber de curar del médico, investido de sagrado por su juramento y al deber de obediencia, como súbdito de un estado que se considera, no ya el tutor, sino el dueño de la persona y la quiere sana y fuerte, por lo que su consentimiento para autorizar la asistencia, era irrelevante”, analizó.



Sin embargo, un paso más fue el nuevo paradigma que regula la relación médico-paciente. “Una relación exenta de principio de beneficencia, que toma como elemento rector, que sólo el paciente sabe lo que es mejor para él, en consonancia, decide el cuándo, pero también el cómo ha de llevarse a cabo el acto médico, del cual él es el único protagonista”, añadió el Dr. Villanueva.

El presidente de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial (OMC), subrayó que “ahora la asimetría existe, pero la ventaja ha caído del lado del paciente que ya no es un ‘infirmus’, sino un usuario”. La citada asimetría solo se restablece en el momento del cómo, en el que el médico podrá exhibir su derecho a la libertad de método y a la objeción de conciencia.

El Dr. Villanueva consideró que “desde la deontología se tienen claro este juego de derechos y así lo demuestra el Código de Deontología en el capítulo III y en especial en el artículo 12, pero cada vez vemos con mayor frecuencia como se quiere frenar una iniciativa deontológica, oponiéndole de inmediato la ley positiva, cuando no nuevas corrientes éticas restrictivas, como una frontera insuperable”.

El experto incidió en que “ni en la vida ni en el ejercicio de la Medicina el principio de beneficencia y el de autonomía van de la mano, como tampoco ocurre con una medicina inspirada en principios deontológicos y otra por principios utilitaristas”. En este punto, puso como ejemplo más paradigmático, el caso de los Testigos de Jehová frente a las transfusiones de sangre, o la alimentación parenteral en los huelguistas de hambre.

El Dr. Villanueva relató que “será difícil que el paciente en el uso de su autonomía pueda disponer íntegramente de su persona y que el médico pierda el poder de control sobre ciertas parcelas, delegadas por el Estado, tiene sobre los individuos sanos o enfermos”. “Desde el momento que exista un atisbo de principio de beneficencia y hoy existe, la asimetría frente al paciente existirá”, concluyó.







## Conferencia de Clausura:

**“El principio de autonomía en la asistencia sanitaria: ¿hemos llegado al final del camino?”**

**Ponente:**

**Dr. Enrique Villanueva Cañadas.**



*IV Congreso de Deontología médica*

CONFERENCIA DE CLAUSURA CONGRESO DE DEONTOLOGIA DE MALAGA. ,  
22 de Abril de 2017.

**El principio de autonomía en la asistencia sanitaria: ¿hemos llegado al final del camino?**

**¿ el final del camino en el derecho de autonomía- es decir la máxima autonomía- supondrá el fin del médico hipocrático? Esta es la cuestión**

Cuando el Dr. Manuel García del Rio y el Prof. Joaquín Fernández Crehuet, me pidieron, mejor sería decir me ordenaron, que impartiese la conferencia de Clausura, mi primera reacción fue decirle que no, tengo autoridad sobre los dos para hacerlo, había varias razones para ello : las últimas conferencias de clausura habían sido muy brillantes y de otra la responsabilidad, la natural zozobra, crece en función exponencial con la edad y con la experiencia, cuando se está ante el atril. Pero en realidad el tiempo de un profesor jubilado, ya no nos pertenece por entero, pertenece a los demás y sobre todo a los amigos y no parece justo ser mezquino con aquellos que, pese a ser tus alumnos, haberte oídos muchas veces y saber, como saben, que pocas cosas nuevas podría decir, siguen confiando en que no estás amortizado del todos. Mi gratitud para los que así piensen. Pero en lo que no tuve dudas fue en la elección del tema: La autonomía como derecho fundamental. Para un pensamiento liberal no hay una cuestión mas importante. Ya Kant, en *la metafísica de las costumbres*, nos dice : *si no puede haber un ser humano sin libertad, tampoco sin autonomía*. La autonomía es una manifestación más de la personalidad, que comprende: el derecho a la libertad, intimidad, libre

**ejercicio de la voluntad, elegir el propio comportamiento y ser dueño de uno mismo. Friedrich August von Hayek** (Viena, 8 de mayo de 1899-Friburgo, 23 de marzo de 1992), Premio Nobel de Economía en 1974, , que como economista, protagonizó el gran debate del siglo con Maynar Keynes, era un gran pensador, sociólogo, filósofo y juristas, desde otra óptica, no viene a decir lo mismo que Kant. En su libro ***los fundamentos de la libertad*** (1960) dice que , El individuo se basta solo para construir los proyectos más hermosos como es la libertad. Según Hayek las instituciones de la sociedad, como las leyes, los mercados o el Gobierno, incluso el sistema de precios o el lenguaje, no eran un invento o diseño humano para responder a unas determinadas necesidades, sino que era fruto de un orden espontáneo que consideraba el resultado de la acción humana, pero no de su diseño. Así, el ser humano, en un proceso de prueba y error, ha visto cómo ciertas acciones hechas de forma inconsciente le servían para cierta finalidad. Las acciones que sirven para algo perduran y su combinación, también espontánea, acaba dando lugar a instituciones humanas, que aparecen sin que el hombre se haya planteado deliberadamente su creación. En función de esta idea defendía que no debería haber interferencias en la acción individual espontánea y consideraba que la idea del racionalismo de intentar diseñar conscientemente el mundo, era una amenaza para la civilización, ya que esta precisamente había nacido a partir del orden espontáneo.

Dicho de otro modo, Hayek concluirá que el surgimiento y desarrollo de las normas morales que permitieron el surgimiento y crecimiento de sociedades extensas fue producto de un azar evolutivo aún en curso,. El desarrollo de los derechos de la personalidad y con él el de la autonomía

es un proceso en evolución constante, en el que habrá idas y retrocesos y en el que no faltarán las ideas colectivas de querer frenarlo o al menos regularlo. Por tanto si pensamos como Hayek no hemos llegado al final, pero hay esperanza de que podamos retroceder. Pero a diferencia de Locke, Hayek piensa que la libertad individual es un producto de la ley y no existe fuera de la sociedad civil, una justicia imparcial será la única que garantice el estado de bienestar y con él, el goce de una autonomía plena.

Traigo aquí esta visión de Hayek en apoyo de mi idea de que creer que un ser humano por el mero hecho de estar informado ya es autónomo y que información y autonomía lo hará competente para decidir aquello que es mejor para él, es un error. Es cierto que la verdad no hará libres, pero con Popper nos hemos de preguntar, ¿donde está la verdad?. La misma información en la misma personalidad no siempre llevará al individuo a decidir lo mismo. Dos médicos que informan sobre lo mismo, al mismo paciente, pueden obtener decisiones distintas. Esto puede ser lo último que nos quede del arte médico, saber deliberar con los pacientes para conseguir un buen fin. La información nos hace libres, sí, pero para gestionar nuestra decisión en compañía de un médico, que previamente asuma y acepte con humildad, que ignora que es lo mejor para el paciente, pero desea averiguarlo en leal comunicación con él. Hubo un tiempo en el que me fascinó un futuro lleno de ciencia y tecnología, en el que el ser humano pudiese desplegar todo su potencial creador, sin otro límite que el que le impusiera su propia conciencia. Un mundo gobernado por leyes morales, sin injerencias externas, donde el ser humano fuese un fin en sí mismo y su persona sagrada, teniendo como límite excluyente el

bien común, definido este por el derecho natural. Ese hombre de Camus, que le grita a los dioses soy un hombre y quiero decidir mi propio destino. Creo que este ideal ha sido compartidos por muchos, al menos en la rebelde juventud, pero os confieso, que tras un largo peregrinaje, hoy me sentaría más comfortable, siguiendo la sentencia de Don Santiago Ramon y Cajal, *Nada me inspira más veneración y asombro que un anciano que sabe cambiar de opinión*, sentado entre los Pitagóricos redactando el juramento Hipocrático, aunque ahora que lo pienso, así debía pensar ya en 1985 cuando redacté el juramento que hicieron los alumno de Granada y que no era otra cosa que una mala copia del de los alumnos de COS. Al asomarme hoy al futuro, de la mano de **Nuevo concepto de Autonomía. Patient, Heal thyself, de la mano de Robert M Veatch, (2009)**, no puedo por menos de experimentar un cierto vértigo. Porque si se desposee al acto Medico de cualquier atisbo de beneficencia, si se suprime el principio que ha sostenido a la medicina como arte, hacer lo mejor para el enfermo y creer saber que era lo mejor, si su tarea sólo será ejecutar las órdenes imperativas de un usuario ilustrado, que acude a la consulta con su tablet y su reloj de última generación, en el que lleva todos sus parámetros biológicos y registros, para seguir un protocolo ya establecido, ¿que queda de aquel médico que Tomas de Percival describe en su tratado de Medical Ethic o mas reciente, de aquel médico rural que a caballo en una noche infernal llega a un cortijo en plena Alpujarra para atender un parto en trasversa y sin mediar palabra hace una versión y alumbrar a una criatura en media hora. Años más tarde, comuna de *beneficio* en Cañar ¿ quo vadis doctor, le interroga una voz extraña?, pues vuelvo a casa, la mujer a la que venía a atender, dice que ya parirá sola: parir es un hecho natural, me ha dicho.

Esta conferencia se titula. El principio de autonomía ¿hemos llegado al final del camino?, que merecería un subtítulo **¿ el final del camino en el derecho de autonomía- es decir la máxima autonomía- supondrá el fin del médico hipocrático? Esta es la cuestión** ¿ hemos hecho bien al impulsar el desarrollo de una autonomía, que nos llevará al sick-exit?

## II. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL DEL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA.

El término autonomía es polisémico, claro está que no me refiero a las comunidades autónomas, ni a la capacidad de vuelo de los aviones sin repostar, sino al mundo de la bioética, pero pese a su amplio y reiterado uso, el concepto no está tan claro, máxime a partir de las revisiones de Onora O'Neill a partir de 2002 y sobretodo en su obra *Rethinking informed consent in bioethics* (2007).

El DRAE en su segunda acepción define la autonomía así: ***Condición de quien, para ciertas cosas, no depende de nadie.***

Otra entrada es la Autonomía de la voluntad

***1. f. Der. Capacidad de los sujetos de derecho para establecer reglas de conducta para sí mismos y en sus relaciones con los demás, dentro de los límites que la ley señala.***

Tendríamos que entender que entre estas ciertas cosas que no dependen de nadie se encuentran las tomas de decisión en lo relativo a su salud y enfermedad. Pero rápidamente y antes de que la hipoglucemia se apodere de nosotros, he de decir que para muchas actuaciones sanitarias el paciente sí que depende de alguien, o de algo,

depende de la decisión clínica y de los recursos. La famosa pregunta kantiana ¿ que puedo hacer?, se hace evidente, por ejemplo, en el proceso asistencial al final de la vida,¿ se puede demandar una sedación terminal? y un trasplante o la entrada en un ensayo clínico? en teoría demandar se podría, pero no exigir. No hay un derecho de primera generación a la asistencia sanitaria, es un derecho legal que se concederá o no en función de su regulación normativa

Previamente, autores como Ronal Dworkin, seguidor de Rawls, rabioso individualista, *los derechos en serio*, ha examinado esta multiplicidad semántica de la autonomía, que se articula con otros conceptos, como libertad, dignidad, integridad, individualidad, independencia, responsabilidad, autoconocimiento, reflexión crítica, etc. En el campo de la bioética específicamente, en años recientes, se ha señalado que existen diferencias significativas entre los diversos enfoques acerca de la autonomía, tanto en el ámbito conceptual o filosófico, como en las implicaciones que cada una de estas visiones tiene para la relación médico-paciente, y las interacciones de médicos, pacientes y sistemas de salud.

Entre los autores que han influido en las discusiones sobre autonomía y bioética durante la última década se destaca Onora O'Neill. No voy a transformar esta conferencia en un análisis de la obra de esta autora, que ha suscitado multitud de trabajos y que viene avalada por sustentar sus tesis en autores de mi total respeto en esta materia: Kant y Rawl. Para algunos autores, la concepción filosófica de Kant sobre moral y autonomía, no se ha interpretado correctamente, como tampoco la que Stuar Mill tenía sobre el individualismo, que como señala , JM Stirrat (2004) se sacan de contexto o no se aplican correctamente al hacer una

transposición al principio de autonomía que impera hoy en la relación médico paciente.

Espero que no fuese este análisis lo que se esperaba de mi y si algo mas sencillo, cuando el cansancio se hace sentir. Parafraseando a Isaih Berlin, cuando dice " Todo es lo que es y libertad es libertad y no igualdad o justicia", **la autonomía es autonomía y no información.**

Para mí, la autonomía es: la Libertad para que un individuo disponga libremente de sus actos asumiendo las responsabilidades que ese ejercicio genere"

El considerar a la persona como autónoma, implica unas consecuencias y la primera y más importante, es que en todos los asuntos que atañen a su persona, sólo ella tiene capacidad legal y ética para definirlos en todas sus facetas, no sólo materiales, sino morales y emocionales y la segunda es que pueda tomar las decisiones, que ella estime como mejores o mas adecuadas a sus fines. Decidir por ella, usurparle ese derecho, sin que exista una razón de orden público, es arrebatarle su condición ética de persona, su dignidad y reducirla a un objeto, es cosificarla. En base a esta definición yo no hablaría de consentimiento informado, mala traducción, sino de Consentimiento para elegir, que es al fin y al cabo lo que hace el paciente, elegir entre varias alternativas. Información y autonomía no son sinónimos, ni menos aún análogos. La información es una parte, esencial si se quiere, pero una parte del todo, que es la autonomía

Cuando el Estado reconoce la autonomía de las personas, lo que está haciendo, es respetar la dimensión ética del ser humano, una condición

innata, no es una concesión graciosa, ya que la tenemos por derecho natural. Al Estado le compete proteger y permitir que las personas sean libres y autónomas para elegir su forma de vida, sin otro límite que el que en su ejercicio se pudiera interferir en la vida y autonomía de los demás

En tanto que el ejercicio del derecho de autonomía propio puede interferir en el de otros y en consecuencia en el del médico, se plantea como una exigencia deontológica el definir si en el ejercicio de la profesión de médico se puede dar esta confrontación que obligue al médico a vulnerar un derecho tan personalísimo y fundamental, como es la autonomía del paciente, ahora tornado en Usuario. En tanto que la obligación deontológica de curar nace del derecho del paciente a ser curado, derecho de segunda generación, no existe un deber de curar, si el paciente no quiere ser curado. En esa definición de autonomía, como la capacidad ética que cada uno tiene para configurar los valores y prioridades que han de regir su vida, se incluyen, el tipo de vida que quiere vivir y en lo concerniente a la salud, el modo de afrontar la enfermedad y la muerte. No debería por tanto haber una confrontación deontológica entre la decisión de un paciente en lo relativo a la asistencia sanitaria y el deber del médico de prestarle ayuda. Pero a sensu contrario frente a esta autonomía del paciente, se alza y con el mismo rango, la autonomía del médico, que como persona la tiene: el respeto a sus propias convicciones materializadas con la objeción de conciencia. El atender el deseo indiscriminado de un paciente puede generar en el médico una situación de indignidad. Una persona puede querer apearse de esta vida, puede tener razones más que sobradas para ello, se pueden aceptar incluso que éticamente, Camus decía que lo único filosóficamente

importante era el suicidio, *En Le malentendu*, pone en boca de Marta la frase estremecedora: “No hay más que un problema filosófico verdaderamente serio: el suicidio”, pero del mismo modo hemos de aceptar que el médico hombre la rechace. Pero la cuestión es si el hombre médico, en tanto que tal, tiene el derecho a ejercer su autonomía profesional y negarse a realizar aquellas demandas o prácticas a las que pueda oponer una objeción de conciencia. Finalmente la confrontación con su paciente puede plantearse al situarse en la posición de garante de los derechos de otros. Para mí esto no admite discusión, ni ética, ni legal. Así planteadas las cosas, la lealtad en la relación médico-paciente, es bifronte, el médico se debe a su paciente, pero este también se la debe al médico y no deberá solicitarle servicios que sabe que el hombre médico no puede prestar. En un estado de derecho, en un mundo civilizado, a esto se le llama contrato, éticamente le deberíamos llamar pacto, donde cada uno de los contratantes pone sus cláusulas; el problema está en que en la realidad cotidiana, en la sanidad pública, el médico no tiene una relación contractual con el paciente, e incluso el pacto se hace difícil. El médico se debe a un patrón, estado, que va a negar tanto a uno como al otro, la posibilidad de ejercer su autonomía en plenitud. La del paciente se verá siempre modulada por la ley, que regula el acceso a los servicios sanitarios, que son finitos y reglados, al médico por la *lex artis*, que le exige que esas pretensiones asistenciales estén indicados clínicamente y que sean factibles y a ambos que estén financiadas. En esta limitación, de una mal entendida autonomía, esta la raíz de muchas agresiones a sanitarios, porque el usuario interpreta, se lo han hecho creer así, que es el médico el causante de su frustración. De todos los juicios que entran en juego en la relación médico paciente, el

clínico es el más importante, no olvidemos el aforismo: lo que es científicamente correcto, lo suele ser también éticamente. La indicación es un juicio de carácter técnico clínico y es el límite de la autonomía del paciente, ahora que tanto gusta lo de la línea roja, aquí tenemos una. Para el médico no es ético acceder por complacencia o coacción a un acto médico que no está clínicamente indicado, ni el paciente tendría derecho moral a exigirlo, pero a veces la ley se lo concede, poniéndonos de nuevo ante el dilema *lex-versus ius*, pero la ley no podrá legitimar lo que clínicamente es inaceptable. La existencia de una "dualidad jurídica", el derecho con dos caras, formal y material, lo que permite otra forma de ver las cosas, la tensión entre *ius* y *lex*, es frecuente en la práctica médica. Todos os habéis visto en vuestras comisiones deontológicas, alguna vez frente a este dilema: norma jurídica, norma deontológica. Según Dworkin, todos los casos posibles cuentan con una única respuesta correcta ("one right answer"): la teoría jurídica debe suministrar una explicación y una justificación coherentes a todo el ordenamiento jurídico, y ello exige ofrecer una respuesta a todos los casos que puedan surgir. Pero eso bien sabemos que es una utopía. Más allá de la ley existe otro derecho, me lo habéis oído decir otras veces, que la mayoría de las veces se resuelve desgraciadamente con la fórmula positivista, según la cual donde no hay ley (o donde la ley es vaga, imprecisa, indeterminada) solo hay política, pero desde la deontología este aserto se puede y se debe superar, porque la ley no agota el ideal de justicia, no es necesaria la ley para que haya derechos y derechos que generen obligaciones. Como señala Andrés Ollero, lo peor no derivaba de que se hubiera "reducido el derecho a mera ley" y ésta a la "voluntad arbitraria" del poder; lo grave es que se deposita "ius y lex en las mismas manos, con lo que, en vez de actuar en

tensión uno y otra, consiguiendo un mutuo contrapeso crítico, uno sirve de sostén multiplicador del otro. Consecuencia, el *non bis in idem*, no existe en la forma en que habitualmente se nos dice.

Cuando la relación médico -paciente se regía por el principio paternalista de beneficencia, existía una gran asimetría entre las dos autonomías enunciadas. El médico imponía la suya amparado en su autoridad, hacer lo mejor por el infirmus y este nada podía oponer, dada su doble condición de subordinación, al deber de curar del médico, investido de sagrado por su juramento y al deber de obediencia, como súbdito, de un estado que se considera, no ya el tutor, sino, el dueño de la persona y la quiere sana y fuerte, por lo que su consentimiento para autorizar la asistencia, era irrelevante. Hoy, bajo el paradigma de la soberanía, la llama Veath,( Model for ethical medicine in a revolucinary age, 1975), el *sick-exit*, en terminología actual, existe igualmente la asimetría, pero los derechos están mas equilibrados. El paciente esgrime su derecho a elegir a decidir y autorizar, el médico retiene el principio de beneficencia en ciertos actos, pero sobretodo, exige su derecho a ejercer de acuerdo con la lex artis, y el Estado limita la autonomía de ambos con la ley de presupuestos. Ha llovido mucho, pero las preguntas Kantianas: **¿qué puedo conocer? ¿qué puedo hacer? ¿qué puedo esperar?**, siguen en vigor. En términos de relación con un paciente, ¿a qué tengo derecho? ¿qué puedo pedir? ¿qué puedo hacer? Y en consecuencia, ¿qué deberes tienen los demás, profesionales o ciudadanos, en relación con mis decisiones? ( Enrique Bravo Escudero)

Un paso más será el nuevo paradigma que regula la relación médico paciente. Una relación exenta de principio de beneficencia, que toma

como elemento rector, que sólo el paciente sabe lo que es mejor para él, en consonancia, decide el cuándo, pero también el cómo, ha de llevarse a cabo el acto médico, del cual él es el único protagonista. Ahora la asimetría existe, pero la ventaja ha caído del lado del paciente que ya no es un infirmus, es un usuario, que como el hombre de **Camus**, puede gritar al médico soy un usuario, ilustrado, no preciso de su consejo y le digo con energía ¡no deseo ser curado y de quererlo será a mi manera!. En este nuevo paradigma, la asimetría sólo se restablece en el momento del cómo, en el que el médico podrá exhibir su derecho a la libertad de método y a la objeción de ciencia. Creo que desde la deontología este juego de derechos se tiene claro y así lo demuestra la redacción del Código de Deontología, en el Capítulo III y en especial el art. 12, pero cada vez vemos con mayor frecuencia, como se quiere frenar una iniciativa deontológica oponiéndole de inmediato la ley positiva, cuando no nuevas corrientes éticas restrictivas, como una frontera insuperable

Es preciso que vuelva Sócrates y que lo haga de inmediato a ser posible acompañado de Hipócrates. y de Platón para explicarnos como ya él, en sus Diálogos no explicaba como tenía que conducirse los médicos en lo que podríamos llamar una relación guiada por la deliberación positiva . . .  
*...El médico libre, en cambio, cuida y examina como cosa ordinaria, las enfermedades de las gentes libres; estudia la enfermedad desde sus comienzos y según sus fundamentos naturales, cambia impresiones con el mismo enfermo y con los amigos y allegados de este y, al mismo tiempo que él personalmente aprende junto a los enfermos, va instruyendo al mismo paciente, en la medida en que ello le es posible, sin prescribirle nada hasta tanto haya conseguido convencerlo de ello; y entonces,*

*ayudado ya por la persuasión, tranquiliza y prepara continuamente a su enfermo, hasta lograr llevarlo poco a poco a la salud. (Leyes, 721a)*

**Al paciente esclavo le aplicaba directamente el protocolo**

### **III. DESARROLLO DE LOS DERECHOS DE LA PERSONALIDAD**

Las Constituciones de todos los países libres y democráticos, entre ellos la nuestra, proclaman y protegen el Principio de Autonomía como uno de los valores supremos del individuo. Es un cambio que viene impuesto por la Declaración Universal de los Derechos del Hombre y es un signo identificador del Estado de Derecho. Este principio ya tuvo su precedente en **Locke (1690)**. Para este autor todo ser humano posee, en principio, completa libertad para ordenar sus actos y para disponer de sus propiedades y persona como mejor le parezca, dentro de los límites de la ley natural. En contraposición a esta teoría, Thomas **Hobbes** (1588-1679) en su obra el Leviatán , en la segunda ley de naturaleza, dice :cada hombre renuncia o transfiere su derecho, mediante un pacto o convenio, a un poder absoluto que le garantice un estado de paz. **John Stuart Mill** (1806-1873) educado férreamente en el utilitarismo por su padre James Mill y luego en el ideal de felicidad de Bentham, imperante entonces en el pensamiento filosófico de Cambridge, se ha querido presentar como un enemigo de las ideas de Locke, pero en realidad, en su ensayo sobre la libertad establece como nota definitoria del concepto de libertad, la «individualidad». Realizar la individualidad es desarrollar todas las capacidades que cada uno tiene y para que esta pueda llevarse a cabo requiere dos condiciones: libertad y variedad de situaciones.

Para él cultivar la individualidad es afirmar la posibilidad de ser diferente. Y esto es lo que quiere S. Mill tanto para las personas intelectualmente cultivadas, como para las que no lo estén. John Stuart Mill había sido formado según los principios de la doctrina utilitarista, cuya idea central es que la bondad de una acción debe juzgarse en función de si tiende o no a procurar la felicidad para el mayor número de individuos. Sin embargo, lo que supuso un giro espectacular, para distanciarse de su padre y Bentham es que la aplicación de este principio, el utilitarismo, se podía utilizar para conculcar los derechos individuales en nombre del bien común, y de manera especial, la libertad al censurar la diversidad de los individuos. Por eso señaló que el único objeto que autoriza a los hombres, individual o colectivamente, a turbar la libertad de acción de cualquiera de sus semejantes, es su propia defensa. Es decir, que la única razón legítima para usar la fuerza contra un miembro de una comunidad civilizada es la de impedirle perjudicar a otros ( **principio del daño**). Sobre sí mismo, sobre su cuerpo y sobre su espíritu, el individuo es soberano: Autores como, O'Neill, Stirrat, Kristinsson entre otros, opinan que el individualismo de Mill se aplica al estado, no al individuo, que él no habla de autonomía y cuando lo hace se refiere al individuo frente al Estado. El informe Belmont, también hace una reinterpretación de Kant y Mill en este sentido. Creo que sus palabras son suficientemente elocuentes: *En la parte que solo atañe a uno mismo, su independencia es, por derecho, absoluta. Sobre sí mismo, su propio cuerpo y mente, el individuo es soberano. Se aparta igualmente del utilitarismo y del principio de beneficencia, al afirmar que esa soberanía no se puede vulnerar argumentando que es en beneficio del individuo. Como señala Isaih Berlin, en el prólogo sobre el ensayo sobre la libertad, su voz es más característicamente suya cuando describe las*

glorias de la libertad individual o denuncia cualquier cosa que atente contra ella o intente destruirla. Pero es cierto, aunque no comparto la interpretación que ahora se hace del individualismo de S. Mill, que en la Europa de principios del siglo XVIII, latía el espíritu que una sociedad guiada bajo la filosofía de Lock, imperando el principio de autonomía a ultranza, sería un riesgo para la economía, un riesgo para el estado, un riesgo para la sociedad porque crearía un mundo insolidario, porque la autonomía, como la objeción de conciencia, es siempre contra algo o contra alguien. No debe caber la menor duda de que S Mill, fue un pionero en la defensa de los derechos humanos. Pero no nos escandalicemos, en el mundo de hoy se sigue pensando lo mismo. Es paradójico que el individualismo, en el que se basa la autonomía, aquella conquista que debería habernos hecho felices, ha deteriorado en cierto modo, la relación médico paciente. Como decía el famoso cirujano Debakey, el nuevo paradigma, ha conducido a la desconfianza mutua: lo médicos hemos pasado de la admiración a la sospecha y agrego yo, se nos ha hecho bajar del pedestal a base de golpes y querellas.

Es con la Revolución Francesa cuando empiezan a esbozarse otros bienes distintos a los patrimoniales, a los que se le llamarán "Derechos de la Personalidad", derechos que tendrán como carácter definitorios el ser: innatos, privados, absolutos, intransmisibles e irrenunciables. Entre ellos están: el derecho a la vida, la integridad física, la dignidad, la libertad, mas tarde el derecho a la protección de la salud,

Estos derechos innatos, no siempre han sido reconocidos, ni mucho menos defendidos y protegidos por el Estado. Un hito importante en el camino de las conquistas del individuo, se produce en los EE.UU. en la década de los

años 50 cuando empieza a abrirse paso una corriente de opinión, luego elevada a rango jurídico, del Derecho de Autonomía del Individuo frente al poder del Estado.

The Civil Rigths Movement permitirá consolidar el Derecho de Privacidad y con él The Bill of the Righth, Carta de los Derechos de los Enfermos en los Hospitales Americanos (1969-70). En este camino en defensa del Derecho de Privacidad sobresale la Sentencia de Willian D. Douglas (1965) del Tribunal Supremo, declarando improcedente una Ley del Estado de Connecticut prohibiendo la venta de anticonceptivos. En ella se dice que las parejas pueden decidir libremente sobre sus asuntos maritales, sin la intervención del Estado. Una nueva Sentencia del Tribunal Supremo se produce en 1969 a propósito de la esterilización de enfermos psíquicos y deficientes mentales y más tarde (1973), con ocasión del aborto se volvió a reiterar el Derecho Constitucional de la Privacidad.

¿Qué ocurre en España?. Como consecuencia de la promulgación de la Constitución Española (1978), se recogen, al menos formalmente, todos y cada uno de los Derechos de la personalidad: Derecho a la vida y a la integridad física, no someter a nadie a tratos inhumanos y degradantes (art. 15), el Derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de la libertad (art. 17), el Derecho a la libertad ideológica, religiosa y de culto (art. 16), que se interpretarán de acuerdo con la Declaración Universal de los Derechos del Hombre. Además de la promulgación formal, el Estado se compromete a asumir y garantizar su libre ejercicio, y es aquí donde han comenzado los problemas. No es necesario ser jurista para comprender rápidamente que la Constitución consagra el Principio de Autonomía, como derecho de primera generación, que sólo tendrá como límite cuando el

ejercicio de este derecho entre en conflicto con otros derechos de igual rango o con el orden social. Anudado a este precepto se encuentra el consentimiento del enfermo, que será siempre necesario para legitimar cualquier acción médica, so pena de vulnerar esos preceptos constitucionales. Son muchas las sentencias habidas en las dos últimas décadas, tanto del TS como del TC, que abundan en estos sentidos, pero me parece muy especial la (S.T.C. 120/1990), huelga de hambre "la intervención médica forzosa, por los valores humanos que en ella se implican, constituyen un tema de excepcional importancia que irradia sus efectos a distintos sectores del *Ordenamiento Jurídico, especialmente al Constitucional y Penal y trasciende del campo de lo jurídico para internarse en el mundo de la axiología, en el que afecta a creencias y sentimientos profundamente arraigados en la conciencia del ser humano, suscitando polémica doctrinal, muy variada y a veces irreconciliable, en la que están en juego concepciones distintas del sentido de la vida humana*".

Nos encontramos en este momento en una encrucijada a la que ha confluído a la vez, el Principio de Beneficencia, con su hijo el *Medicus Gratosus* o paternalista, y el Principio de Autonomía, con su hijo el Médico informador. Pareciera como si la existencia del uno, fuera incompatible con la del otro.

Ni en la vida, ni en el ejercicio de la Medicina, el Principio de Beneficencia y el de Autonomía van de la mano, como tampoco lo es una medicina inspirada, mejor guiada, por principios deontológicos y otra por principios utilitaristas. El caso más paradigmático es el de los Testigos de Jehová frente a las transfusiones de sangre, o la alimentación parenteral en los huelguistas de hambre.

Hace ya muchos años que la Organización de las Naciones Unidas proclamó la Declaración Universal de los Derechos del Hombre. En 1948, en París, se culminaba un largo proceso en el cual los hombres habían ido ganando poco a poco, y no sin sufrimiento, cuotas de libertad. Desde entonces han sido muchos, y desde distintos organismos internacionales (ONU, Consejo de Europa, OMS, AMM), los documentos y declaraciones en los que se han recogido los derechos humanos en general y los relativos a la salud en particular. El 4 de abril de 1997 se aprobaba en Oviedo, por el Consejo de Europa, el Convenio Europeo sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina, documento elevado a la categoría de norma jurídica en España, tras su ratificación, que dio origen a la ley 41/2002. Estas solemnes declaraciones han inspirado, a lo largo de la segunda mitad del siglo XX, las constituciones y las leyes de la mayoría de los estados democráticos, que enuncian como principios rectores la protección y el libre ejercicio de los derechos de la personalidad, y entre ellos el derecho a la libertad ideológica y al goce del derecho a decidir autónomamente en lo relativo a su salud. Sin embargo, en la práctica, son muchos los países donde para estos derechos, si bien pueden estar proclamados solemnemente en los textos, no se garantiza su libre ejercicio, siendo precisamente en los llamados estados libres, donde no siempre los ciudadanos pueden desprenderse del poder de un estado, que reconociéndolos constitucionalmente, no se atreve a dejar que sus ciudadanos hagan un uso libre de ellos. Unas veces se alegan razones de estado, y otras se recurre al principio de autoridad, al orden público. El resultado es una catarata de normas jurídicas cada vez más intervencionistas, que acaban cercenando la libertad del ciudadano, pretendiendo incluso llegar a la conciencia individual. Ahora ya no se trata

del *debes* hacer, ahora es *tienes* que hacer. Valga de ejemplo la obsesión por regular la objeción de conciencia, o limitar el consentimiento de los ciudadanos para decidir sobre aquello que más les conviene en lo que concierne a su vida y su salud. Es como si el estado, a través de sus gobernantes, pensara "¡eres libre, sí, pero tu libertad me pertenece y yo no renuncio a controlarla!".

Las constituciones de los estados democráticos confieren la potestad de garantizar los derechos fundamentales al poder judicial, a los jueces, que son quienes ejercen en exclusiva, el poder jurisdiccional penal, civil y administrativo sobre los ciudadanos y sobre la propia administración del estado. A veces los ciudadanos se preguntan y nos preguntan ¿y por qué un juez?, caso de la niña de la Coruña discutida precisamente en el Congreso de Alicante. En este complejo engranaje intervienen cada vez más los médicos, desempeñando un papel controlador, tanto del estado mismo (casos de torturas, de abusos por parte de la policía, de alimentación forzada, de abandono de las clases menos favorecidas, de intervención y regulación de la intimidad y de la conciencia) como de los ciudadanos, cuando éstos, con sus conductas delictivas o imprudentes, alteran la paz social.

Será por tanto difícil que el paciente en el uso de su autonomía pueda disponer íntegramente de su persona y que el médico pierda el poder de control que sobre ciertas parcelas, delegadas por el estado, tiene sobre los individuos, sanos o enfermos. Desde el momento que exista un atisbo de principio de beneficencia y hoy existe, la asimetría frente al paciente existirá. He reivindicado y reivindico ahora, que cuando el paciente no

puede dar un consentimiento válido y el acto médico es necesario, ya no podemos hablar de una relación guiada por el principio de autonomía, sino por el principio de beneficencias. El fundamento de este principio ha sido hacer lo mejor para el paciente, luego aquel que sepa que es lo mejor para el paciente debe decidir y ello no debe recaer automáticamente en el representante legal. Entiendo que en asuntos de enfermedad y en los momentos supremos de la vida, es el médico, no cualquier médico, sino su médico, el que está en mejores condiciones para responder a esta pregunta. Pero a veces ya ha decidido el representante y la cuestión que ha de formularse es. ¿lo que ha decidido el representante es lo mejor para el paciente? Si el *primum non nocere* marcó la licitud en medicina, este es el principio ético que ahora habría que aplicar, que por otra parte, coincide con el sentido de la tutela, en ambos casos hay que hacer lo mejor por el tutelado-paciente, tutela y principio de no maleficencia coinciden. El que mejor puede interpretar ambos principios es el médico.

#### **IV. EL PRINCIPIO DE AUTONOMIA EN EL SIGLO XXI**

**Angelina Jolie** ha dado un paso más en la prevención del cáncer y se ha sometido a una cirugía para **extirparse los ovarios** después de haber sufrido **una doble mastectomía preventiva** hace dos años para reducir los riesgos de sufrir la misma enfermedad.

La actriz, que perdió a su madre, a su abuela y a su tía por culpa del cáncer, recibió una llamada de su doctor hace dos semanas con los resultados de un reciente examen de sangre. Tal y como ella misma ha contado en el *New York Times*, el doctor le dijo que el test mostraba señales de **cáncer prematuro**. ¿Es este un derecho de la paciente?.

Entiendo que sí, ¿es esta una obligación del médico, si no hay una indicación médica?, entiendo que no,. El acto médico, dice nuestro código en la definición , art 7-1 ha de ser lícito por su fin. Aunque el fin fuese evitar un daño psíquico, en vez de una benzodiacepina, la paciente opta por el quirófano. ¿ Es lícito? si simplemente fuera una mera operación cosmética, la paciente tendría derecho, pero el médico no tendría ningún deber, pero será el juicio clínico, una vez más, el que defina la licitud

El tratamiento del consentimiento en el código penal, como circunstancia modificadora de la Responsabilidad criminal, es el mejor marcador para demostrar el talante liberalizador de poder de Estado sobre la disponibilidad del propio cuerpo. Desde El Código Penal (C.P.) 1932, donde el consentimiento era irrelevante al nuevo Código Penal de 1995 el consentimiento ha ganado relevancia, si bien, no llega a resolverse de modo terminante la disyuntiva planteada , ¿quién tiene la titularidad de los bienes sobre el propio cuerpo y, por tanto, quién decide?

El hombre ha ido ganando pasos en el ejercicio de su autonomía, primero al conquistar el derecho a que el consentimiento es preceptivo para legitimar y legalizar el acto médico, se configura un delito de lesiones si el acto se realiza sin consentimiento, después la necesidad de informar, el consentimiento forma parte esencial de la lex artis, después la despenalización de determinados delitos hechos bajo consentimiento y la dulcificación de otros, como el caso de la cooperación al suicidio del art 143-4. Desde la sentencia del caso Cardozo, allá por 1914, hasta la del Tribunal Constitucional 37/2012, se ha recorrido mucho camino. En el ámbito jurídico puede que hayamos llegado al final del camino, pues no se podrá avanzar mucho mas allá de esta sentencia. *Así pues, el análisis ha*

*de quedar ceñido a si la intervención llevada a cabo sobre el demandante de amparo sin informarle previamente de sus riesgos y posibles consecuencias ha supuesto o no una lesión de su derecho a la integridad física y moral, derecho amparado de forma autónoma en el art. 15 CE y que adquiere de esta forma una sustantividad propia; y, en relación con él, del derecho a la tutela judicial efectiva (art. 24.1 CE).*

Pero creo que lo que hoy debe preocuparnos es la deriva plasmada por **Veatch, Robert M (2009) en su Nuevo concepto de Autonomía. Patient, Heal thyself.** De acuerdo con este "manifiesto" los médicos "ya no tienen que determinar lo que va a beneficiar a sus pacientes. Es el propio paciente el que, en el mundo de la nueva medicina, tienen que hacerse cargo de su tratamiento, ". Los pacientes tienen que asumir toda la decisión

El médico no sabe lo que es mejor para el paciente, nos dicen. Su papel es sólo diagnosticar. Lo demás son juicios de valor, que sólo competen al paciente. El concepto de informar ha de cambiar, ¿debemos transferir toda la responsabilidad al paciente y que él decida sin intervenir en la decisión? ¿hemos de aceptar esta decisión? El principio de beneficencia quedará definitivamente enterrado y con él el arte médico. La nueva medicina será sólo ciencia! *Existe la tentación de decir que el derecho debe respetar siempre los dictados de la conciencia, pero esto no puede ser correcto, decía John Rawls ( 1921-2002), para quien una justicia imparcial bastaría para garantizar la plena autonomía.*

Quiero terminar con la palabras de una premio príncipe de Asturias: Martha C Nussbaun. En dos libros importantes, la Libertad de conciencia y

la Fragilidad del Bien, se ha ocupado de estos temas, dice: *el Estado debe garantizar al individuo el desarrollo adecuado de sus capacidades y darle la libertad de fomentar aquellas que están más de acuerdo con sus expectativas.*

*A las personas les agrada pertenecer a grupos que conceden a sus miembros derechos especiales. La igualdad y el respeto de la misma, resultan difíciles de preservar para los seres humanos.*

Los médicos hemos ido concediendo derechos especiales a los enfermos en cuanto minoría, la asimetría era enorme, pero si ello se invierte, el médico , no ya el que preconizaba Diego Gracias....gracioso será a la vez el padre, la madre, el sacerdote, considerándose el mismo :elegido, segregado, privilegiado ,autoritario e impune,..... sino el estatutario del SAS habrá desaparecido y sustituido por otra cosa.

Después de este largo discurso, a los que pacientemente me habéis prestado atención, puede quedaros la duda, ¿ pero usted que piensa? pues lo tengo muy claro. Autonomía para elegir y decidir sí, autonomía para imponer : No. Esperemos que una vez mas Sócrates, e Hipócrates nos salven.

He dicho.







Clausura IV Congreso de Deontología

## Dr. Serafín Romero: "Vamos a actualizar nuestro Código Deontológico"

El presidente de la Organización Médica Colegial (OMC), Dr. Serafín Romero, anunció en la clausura del IV Congreso de Deontología Médica, celebrado en el Colegio de Médicos de Málaga, que se va a actualizar el Código de Deontología Médica y destacó la figura de la Dra. María Castellano, "por poner en valor la grandeza de esta profesión"



Málaga 22/04/2017 [medicosypacientes.com](http://medicosypacientes.com) / R. M. P./ COM Málaga



Los doctores Manuel García del Río y Serafín Romero; Francisco de la Torre, y los doctores Juan José Sánchez Luque y Joaquín Fernández-Crehuet.

En la clausura del Congreso participaron, además del Dr. Serafín Romero, presidente de la OMC; el presidente del Colegio de Médicos de Málaga, Dr. Juan José Sánchez Luque; el alcalde de Málaga, Francisco De la Torre; el presidente de la Comisión Central de Deontología de la OMC, Dr. Enrique Villanueva; y los presidentes de los comités Organizador y Científico del Congreso, los doctores Joaquín Fernández-Crehuet y Manuel García Del Río, respectivamente.

El Dr. Romero reconoció que "es necesario actualizar nuestro Código, debido a la actividad frenética de los acontecimientos". Aseguró que es una de sus grandes apuestas y espera poder llevarla a cabo "en uno o dos años" e hizo hincapié en que cuenta "con el compromiso de todas las comisiones nacionales y de toda la OMC".

Explicó que "tenemos un Código para lucirlo, pero es necesario hacerlo con mayor nota". Por este motivo pidió "todo el esfuerzo y la colaboración posible para que desde la OMC podamos seguir haciendo gala de un Código de nivel, que es referente en el ámbito



iberoamericano y que ha dado pie a la carta de principios de la profesión médica en estos países". Además, resaltó que se trata de un instrumento en el que se han basado algunas de las declaraciones que desde la Asociación Médica Mundial se han realizado en temas como la atención al final de la vida.

El Dr. Romero indicó que "en esta nueva etapa, juntos somos más. Y subrayó que "la Comisión Permanente de la OMC necesita de todos, porque cuando estamos unidos, somos fuertes". El presidente de la corporación aprovechó para agradecer al Colegio de Médicos de Málaga la "excelente organización" del encuentro y tuvo un recuerdo para algunos que no estaban presentes pero que han contribuido de manera decisiva a la consolidación de los congresos de Deontología. "Ver una sala llena para abordar asuntos relacionados con este ámbito es motivo de satisfacción" y recordó que "los valores y la esencia de nuestro Código de Deontología es fruto del trabajo de todos los médicos".

Por su parte, el presidente del Colegio de Médicos de Málaga, Dr. Juan José Sánchez Luque, dio la enhorabuena al Colegio de Médicos de Segovia, próximo organizador del Congreso y, durante su intervención, puso en valor la vertiente humanista de la Medicina, eje central del Congreso, cuyo lema fue "Nuevos retos del humanismo en la práctica médica".

El alcalde de Málaga, Francisco De la Torre, felicitó a los médicos españoles por su preocupación en temas de Deontología: "Es muy oportuno que profundicéis en este tipo de aspectos, a veces fronterizos, que plantean interrogantes éticos".

El presidente de la Comisión Deontológica Central, doctor Enrique Villanueva, aprovechó la oportunidad para agradecer públicamente a los médicos pertenecientes a dicha Comisión, formada por doce miembros, su labor por hacer velar el Código de Deontología Médica.

Si en algo ha destacado esta edición es por su alta participación. En este aspecto incidió el presidente del Comité Organizador, Dr. Joaquín Fernández-Crehuet: "Estoy gratamente sorprendido por el interés que ha suscitado este Congreso y por la variedad de asistentes, ya que hemos podido observar público de todas las edades, desde jóvenes hasta veteranos".

El presidente del Comité Científico, Dr. Manuel García Del Río señaló la "altura científica de las ponencias" y se mostró enormemente agradecido por la asistencia: "Gracias, gracias, gracias", insistió por triplicado ante los congresistas.



#### **Reconocimiento a la Dra. María Castellano**

Uno de los momentos más emotivos de la cita sucedió cuando la organización del Congreso hizo entrega a la Dra. María Castellano, primera mujer catedrática de Medicina de España y vocal de la Comisión Central de Deontología de la OMC, de un reconocimiento especial por su trayectoria.

Tras agradecer la distinción, la Dra. Castellano se despojó -en un acto de valentía- de su peluca para mostrar su corto cabello, efecto secundario de la quimioterapia a la que se está sometiendo. El gesto



provocó la ovación de los casi 200 asistentes a la clausura.

Después de este momento, el presidente de la OMC destacó que tiene "un nuevo referente de la visión de la Medicina horizontal: la Dra. María Castellano, una figura que pone en valor la grandeza de esta profesión y nos transmite la oportunidad de salir a reivindicar los valores de los médicos". Además, el Dr. Romero le comunicó a la Dra. Castellano que Unión Profesional ha aprobado concederle un premio a su trayectoria profesional.

OMC



ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS

Plaza de las Cortes, 11  
28014 Madrid  
Tel +34 914 317 780  
[cgcom@cgcom.es](mailto:cgcom@cgcom.es)  
[www.cgcom.es](http://www.cgcom.es)