V Congreso Nacional de Deontología Médica

2018

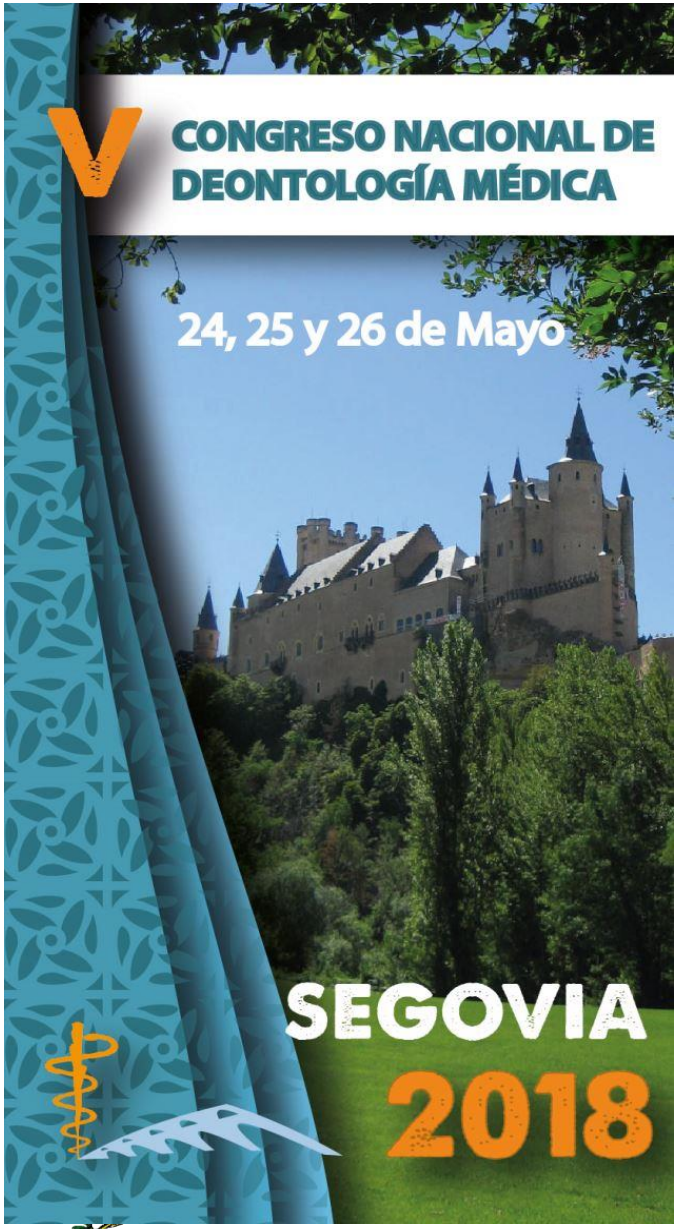
Cuadernos

CGCOM



OMC
ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA
CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

Bienvenida





Durante dos años, el Colegio de Médicos de Segovia ha afrontado con gran ilusión y entusiasmo el reto de organizar el V Congreso Nacional de Deontología Médica. Por ello nos agrada presentarte un programa atractivo, elaborado por el comité científico que preside el Dr. D. Bernardo Casanova Peña, que recoge temas de actualidad y que preocupan tanto a los médicos como a la sociedad. En el incomparable marco del Convento dominico de Santa Cruz del Real (I.E. University), analizaremos nuevas herramientas y conocimientos que nos sirvan en la práctica diaria y nos ayuden a establecer principios éticos que guíen nuestra conducta.

Estamos convencidos de que la belleza de Segovia, Ciudad Patrimonio de la Humanidad, de su entorno y la riqueza de su cultura y de su historia convertirán estos días de trabajo en una experiencia única. Además, las interesantes novedades del Congreso, como la revisión del nuevo Código Deontológico y la presentación de los nuevos miembros de la Comisión Deontológica Central, hacen de él una cita ineludible para los profesionales médicos.

Quiero agradecer a la Organización Médica Colegial, al Consejo de Colegios de Médicos de Castilla y León, a la Comisión Deontológica Central y a las comisiones de cada uno de los colegios su valiosa ayuda y la generosa colaboración que nos han ofrecido.

Todos sabemos que potenciar la deontología es esencial en nuestra organización, forma parte de nuestra razón de ser, por lo que no podemos olvidar la necesidad de acercarla a los más jóvenes. De este modo, ruego a mis compañeros presidentes que promuevan y ayuden a los más jóvenes a inscribirse en este congreso. Ellos son nuestro futuro y sobre nosotros recae la responsabilidad de que reciban una adecuada formación deontológica y ética.

Desde este Colegio, hemos puesto todo nuestro empeño en que este Congreso, con el lema "Valores y normas: guía y garantía", sea un éxito. Os esperamos el 24, 25 y 26 de mayo de 2018 en Segovia, vuestra casa.

Un fuerte abrazo.

Enrique Guilabert Pérez
Presidente del ilustre Colegio de Médicos de Segovia
Presidente del V Congreso Nacional de Deontología Médica.
Segovia



Comité Científico, Comité Asesor y Comité Organizador.

Comité Científico

Todos sus miembros pertenecen a la Comisión de Ética y Deontología del Colegio de Médicos de Segovia.

Presidente:
Bernardo Casanova Peña

Vocales:

Magdalena Garrido Mesa
Ana María González Fernández
Encarnación Lledó Yagüe
José Javier Moreno Palomares
Mª del Carmen Pérez Molina-Ramírez
Ana Sanjosé Rodríguez
Amalia Teso Gamella

Comité Asesor

Antonio Blanco Mercadé
Miembro de la Comisión Central de Deontología de la OMC. Presidente de la Comisión de Bioética de Castilla y León. Presidente de la Comisión de Ética y Deontología del Consejo de Colegios Médicos de Castilla y León. Presidente del Comité de Ética Asistencial del Área de Salud de León. Presidente de la Comisión de Ética y Deontología del Colegio de Médicos de León.

Tomás Casado Gómez
Ha sido miembro de la Comisión Central de Deontología de la OMC, miembro de la Comisión de Deontología del Consejo de Colegios de Médicos de Castilla y León y Ex Presidente de la Comisión de Ética y Deontología del Colegio de Médicos de Segovia. En la actualidad es miembro de la Comisión de Bioética de Castilla y León.

José García Velazquez
Ha sido vocal de la Comisión de Ética y Deontología del Colegio de Médicos de Segovia por su condición de Defensor del Ciudadano del Ayuntamiento de Segovia.

Pilar Guerrero Becerra
Presidenta del Comité de Ética Asistencial del Área de Salud de Segovia.

Javier Manzanares Sacristán
Presidente de la Fundación Científica del Colegio de Médicos de Segovia.

Comité Organizador

Todos sus miembros pertenecen a la Junta Directiva del Colegio de Médicos Segovia.

Presidente:

Enrique Guilabert Pérez

Vocales:

Juan Ignacio Bermejo Aycart
Marina De la Infanta Pérez
Graciliano Estrada Trigueros
Francisco Javier García Miguel
Olena Kushnirenko
Mª Concepción Manrique de la Fuente
Mª Carmen Olivier Cornacchia
Eduardo Pérez Gómez-Pastrana
José Luis Real Puerta
Rafael Sanz Ferreiro



"Valores y Normas: Guía y Garantía"

Jueves 24

17.00 – 18.00 h. **CONFERENCIA INAUGURAL**
D. Marcos Gómez Sancho

18.00 - 19.00 h. Inauguración

Viernes 25

9.15 – 10.30 h. Mesa 1
"MEDICINA CIENTÍFICA Y DEONTOLOGÍA MÉDICA VS PSEUDOCIENCIAS Y PSEUDOTERAPIAS"
D. Juan Monés Xiol
D. Jerónimo Fernández Torrente
Modera: D. Enrique Guilabert Pérez

10.30 – 11.30 h. Mesa 2
"LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA"
D. Agustín Zamarrón Moreno
D. Mariano Casado Blanco
Modera: D. Juan Javier Manzanares Sacristán

12.00 – 13.00 h. Ponencia 2
"CONFLICTOS DE INTERESES"
D. Abel Novoa Jurado
Presenta: Dña. Pilar Guerrero Becerra

19.30-21.00 h. Ponencia 1
"DIALÉCTICA ENTRE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA"
D. Antonio Blanco Mercadé
Presenta: D. José Javier Moreno Palomares

13.00 – 14.00 h. Mesa 3
"ÉTICA Y DEONTOLOGÍA EN LAS REDES SOCIALES"
D. Fernando González Urbaneja
D. Jacinto Batiz Cantera
D. Juan Manuel Garrote Díaz
Modera: D. Bernardo Casanova Peña

16.00 – 17.15 h. Mesa 4
"ÉTICA Y DEONTOLOGÍA COMO PREVENCIÓN DEL "BURN OUT"
D. Rogelio Altisent Trota
D. Ricardo Abengózar
Modera: Dña. Mª Carmen Pérez Molina-Ramírez

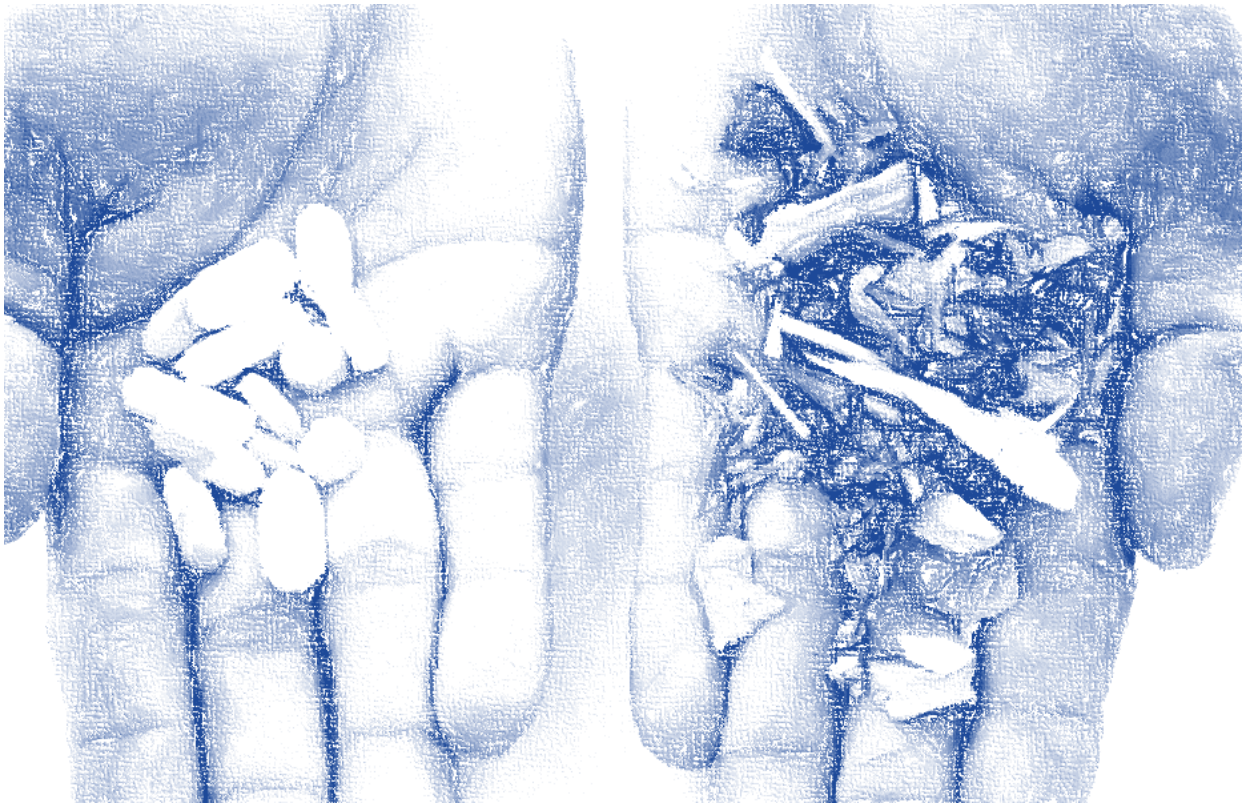
17.45 – 19.00 h. Mesa 5
"EL CINE Y LA MEDICINA: VISIÓN ÉTICA-DEONTOLÓGICA"
D. José Manuel Solla
D. Enrique García Sánchez
Modera: D. Tomás Casado Gómez

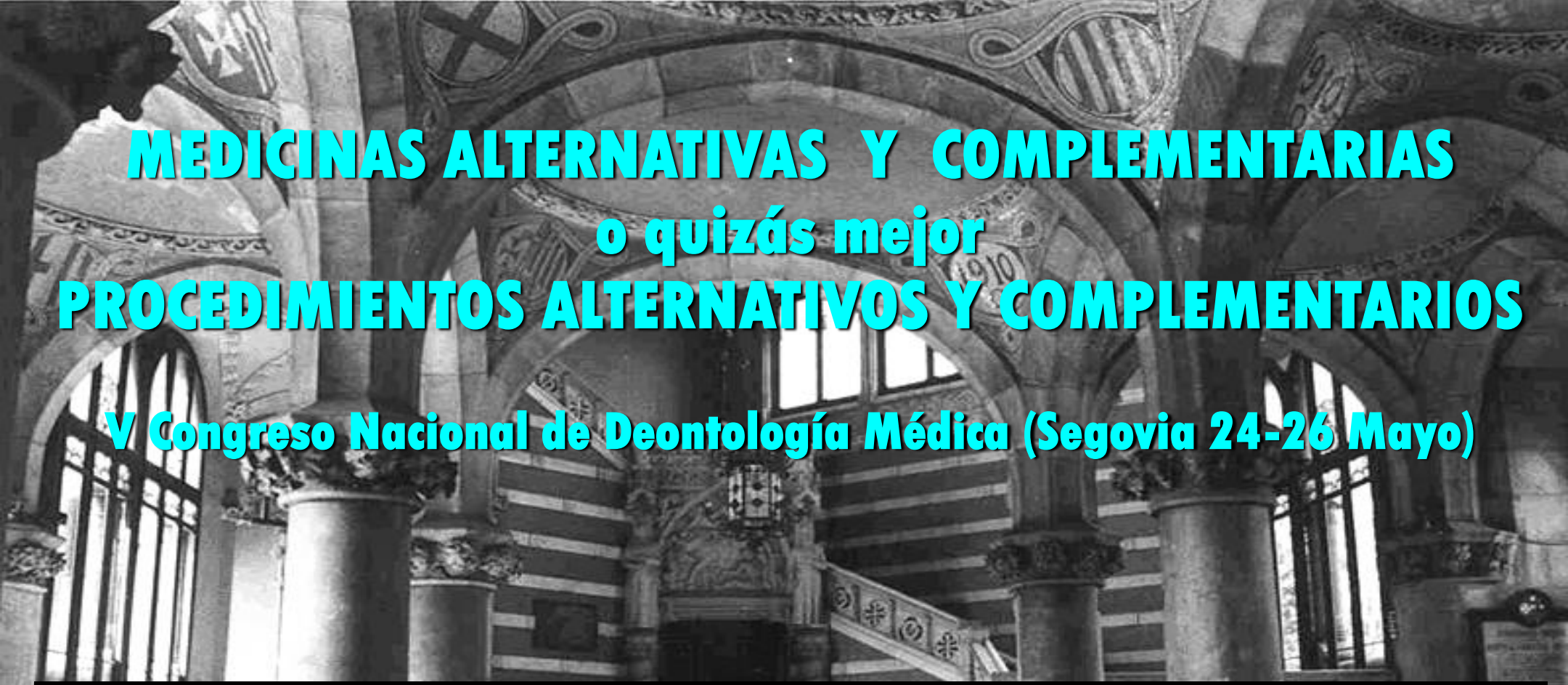
Mesa 1

"Medicina científica y deontología médica vs pseudociencias y pseudoterapias"

D. Juan Monés Xiol
D. Jerónimo Fernández Torrente

Modera: D. Enrique Guilabert Pérez





MEDICINAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS
o quizás mejor
PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS Y COMPLEMENTARIOS

V Congreso Nacional de Deontología Médica (Segovia 24-26 Mayo)

Dr. Joan Monés Xiol

- Director de la Unidad de Gastroenterologia. Hospital S. Pau. Barcelona. (1.967-2.011)
- Profesor Emérito de Medicina y Bioética. Universidad Autónoma Barcelona (UAB)
- Vocal y Secretario Comisión Central Deontología. OMC (2.008-2017)
- Presidente de la Comisión de Deontología Col·legi Metges de Barcelona (1.992-2.007)
- Académico. Real Academia de Medicina de Catalunya (2017)

Medicinas alternativas y complementarias.



INTRODUCCIÓN

¿Qué se entiende por medicina alternativa y complementaria o mejor procedimientos alternativos y complementarios?

- **Se define como *Medicina Alternativa o Complementaria* (MAC, o CAM siglas en inglés) o *procedimientos alternativos y complementarios*, aquellos métodos de atención de la salud realizados fuera de la "medicina basada en la evidencia".**

- **A menudo se emplean los términos «alternativa» y «complementaria» de forma indistinta, en realidad definen conceptos y realidades con ciertas diferencias:**

-«*Complementaria*»: uso de medicina o procedimientos no convencionales junto con la medicina basada en la evidencia.

- «*Alternativa*»: uso de medicina o procedimientos no convencionales en lugar de la medicina basada en la evidencia.

Medicinas alternativas y complementarias.

INTRODUCCIÓN

Tipos de medicinas alternativas y complementarias

- Los pacientes suelen escoger la ***medicina complementaria*** y con menor frecuencia la ***medicina alternativa***.

- La ***medicina complementaria*** es menos problemática, aunque lo sigue siendo, ya que evita el antagonismo con la ***medicina científica*** y favorece la colaboración sin limitadoras exclusiones.

- Ejemplo: **empleo de acupuntura** para "ayudar a controlar" dolor en pacientes cuya patología es tratada con los **parámetros de la *medicina científica.***



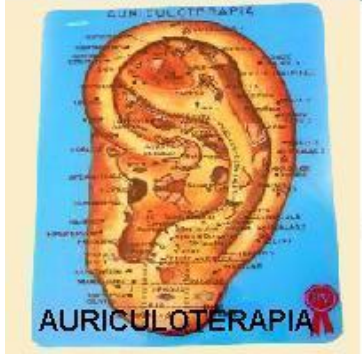




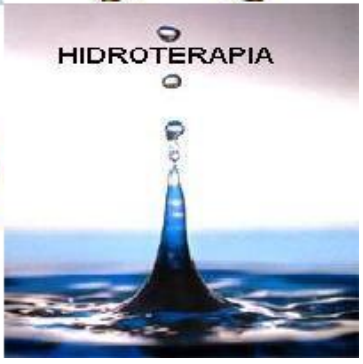












Medicinas alternativas y complementarias.

INTRODUCCIÓN

- La ***medicina científica*** **basada en la evidencia ve con incredulidad las** ***medicinas alternativas*****.**
- **Algunos de sus miembros más estrictos reclaman, que tan solo se deberían admitir las terapias con base científica y por tanto prohibición de los procedimientos no avalados por la evidencia.**
- **No obstante, una significativa proporción de población (también en países avanzados), busca solución a sus problemas de salud en** ***las medicinas o procedimientos alternativos.***





Medicinas alternativas y complementarias.

INTRODUCCIÓN

¿Qué es la medicina alternativa o procedimientos alternativos?

➢ Las *«Medicinas alternativas»* son la práctica clínica de un modelo que quiere entender la complejidad salud/enfermedad con explicaciones difícilmente sostenibles.

Por ejemplo

➢ La *acupuntura china* explica las enfermedades a partir de un **desequilibrio entre el ying y el yang.** La *homeopatía* a partir de una **fluctuación en la energía vital.** La *reflexoterapia* en que la presión manual, sobre unas supuestas terminaciones nerviosas ponen en funcionamiento ciertas energías positivas, etc.

➢ Estos modelos no aceptan la **«verificación»,** por ejemplo demostrar la presencia de **energía especial en las disoluciones homeopáticas** o admitir que **si nunca se ha encontrado un sustrato anatómico de los meridianos chinos,** es que éstos no existen.

Medicinas alternativas y complementarias.



INTRODUCCIÓN

¿Qué es la medicina complementaria o procedimientos complementarios?

- ***"Las medicinas complementarias"*** **consideran que todo tratamiento debe pasar antes por un correcto diagnóstico. Como consecuencia, la mayoría de médicos que las ejercen utilizan pruebas complementarias.**

- **A diferencia de un médico que solo admite procedimientos alternativos, el médico que acepta que sus procedimientos son complementarios, permite e incluso a veces indica de forma simultanea terapia farmacológica avalada por la evidencia.**

- **Hacer constar que la aceptación simultanea de ambos procedimientos, conlleva, a veces, a la fácil y desequilibrada tendencia a atribuir el buen resultado a los procedimientos alternativos y el mal resultado a los basados en la evidencia.**

Medicinas alternativas y complementarias.

INTRODUCCIÓN

Por qué se debería emplear la medicina complementaria?





- Bajo costo
- Transición demográfica y epidemiologica
- Incremento en la eficacia
- Alta aceptabilidad
- Cambios de estilo de vida







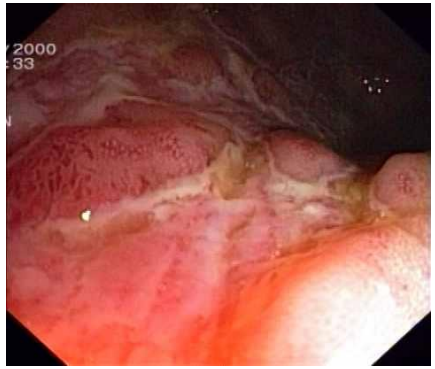
Medicinas alternativas y complementarias.

EII Y PROCEDIMIENTOS COMPLEMENTARIOS

➢ **705 patients with inflammatory bowel disease were included. 126 patients (23%) had used complementary and alternative medicine. The most commonly used was:**

- ✓ **herbal remedies (*n* = 61),**
- ✓ **homoeopathy (*n* = 36),**
- ✓ **acupuncture (*n* = 31),**
- ✓ **kefir (*n* = 31)**
- ✓ **aloe vera (*n* = 25).**

➢ **Factors associated with its use were extraintestinal manifestations (OR 1.69) and long-term evolution of the disease (OR 2.08).**





Fernández , A , Barreiro-de Acosta M, Vallejo N, Iglesias M, Carmona A, González-Portela C, Lorenzo A, Domínguez-Muñoz JE. Complementary and alternative medicine in inflammatory bowel disease patients: Frequency and risk factors. Dig Liver Dis 2012:44:904-8

Medicinas alternativas y complementarias.

EII Y PROCEDIMIENTOS COMPLEMENTARIOS

Most patients 93/126 (74%) had the subjective feeling that use of complementary and alternative medicine had not improved their condition.

14/126 (11%) of patients discontinued their conventional drugs.

Conclusions

Use of complementary and alternative medicine in inflammatory bowel disease patients is frequent, especially in those with extraintestinal manifestations and long-term evolution. The use of these therapies was not perceived as a benefit for majority of the patients.

Fernández , A , Barreiro-de Acosta M, Vallejo N, Iglesias M, Carmona A, González-Portela C, Lorenzo A, Domínguez-Muñoz JE. Complementary and alternative medicine in inflammatory bowel disease patients: Frequency and risk factors. Dig Liver Dis 2012:44:904-8

Medicinas alternativas y complementarias.

VIH Y PROCEDIMIENTOS COMPLEMENTARIOS

Estudio en 1.000 pacientes infectados por VIH. Cuestionario sobre consumo plantas medicinales y otros tratamientos complementarios en el año previo.

➢ Resultados

- ✓ **355/1000 (35,5%) había consumido plantas medicinales.**
- ✓ **69/355 (19,4%) habían informado a sus médicos de este consumo.**
- ✓ **193/355 (54,4%) se identificaron riesgos potenciales para su salud.**
- ✓ **El consumo de plantas medicinales se asoció con un nivel académico secundario o superior (OR: 2,63).**

➢ Conclusiones

El consumo de plantas medicinales es frecuente en los pacientes infectados por el VIH. Médicos y pacientes deben concienciarse de potenciales riesgos de este consumo.

Moltó J, Miranda C, Malo S , Valle M, Andreu A, Bonafont X , Clotet B. Consumo de plantas medicinales en los pacientes infectados por el VIH. Patrones de uso y factores relacionados. Med Clin 2012;138:93-8

Medicinas alternativas y complementarias.

European country specific regulation of 12 CAM modalities- risk understanding

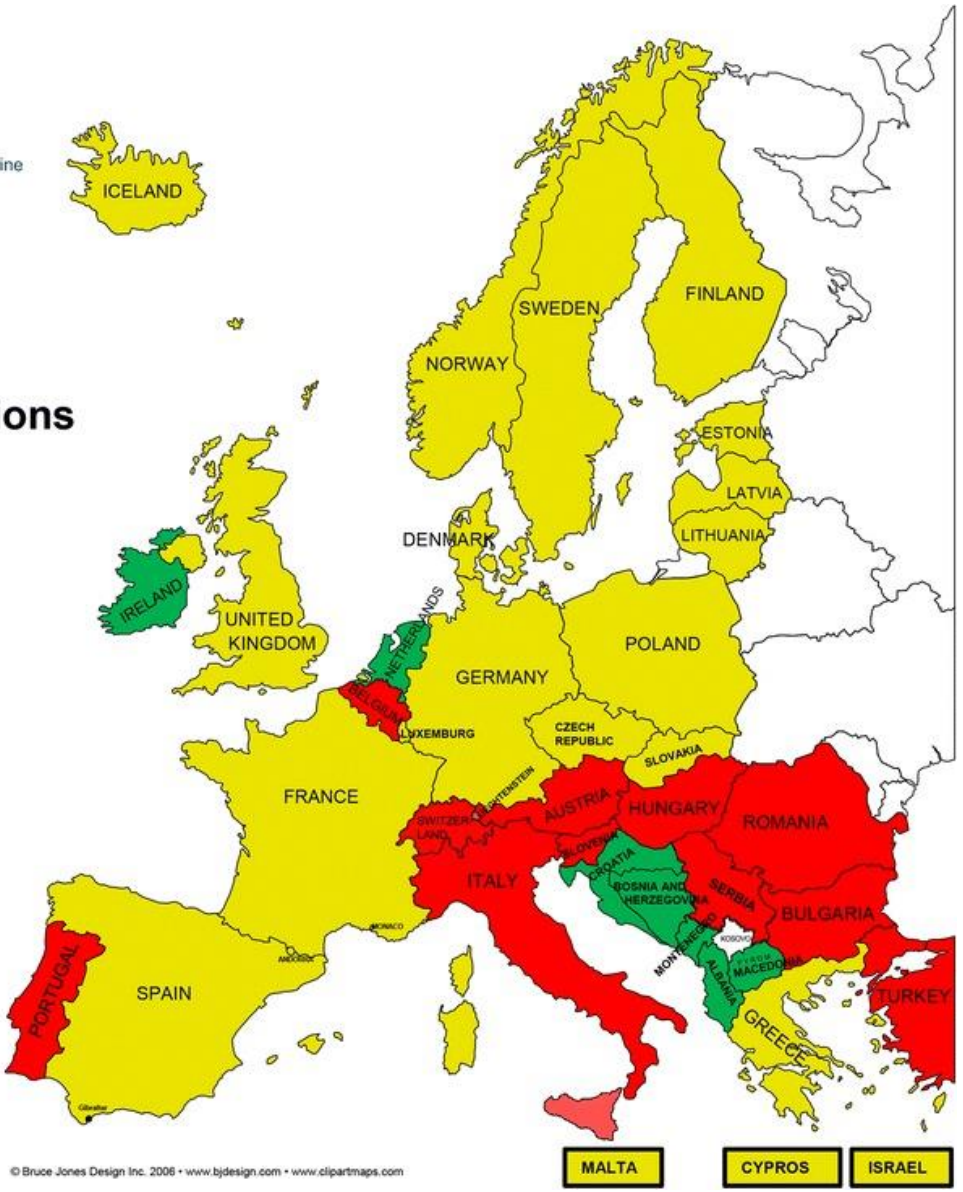
		Chiro	Acu	Massa	Homeo	Oste	TCM	Anthrop	Herbal	Naturo	Ayurved	Neural	Napra
Hungary													
Romania													
Portugal													
Austria													
Liechtenstein													
Switzerland													
Bulgaria													
Serbia													
Slovenia													
Turkey													
Belgium													
Italy													
France													
Latvia													
Czech republic													
Finland													
Iceland													
Lithuania													
Malta													
Spain													
Sweden													
Germany													
UK													
Estonia													
Slovakia													
Luxembourg													
Cyprus													
Denmark													
Greece													
Poland													
Israel													
Norway													
Albania													
Croatia													
Macedonia													
Bosnia&Herzegovina													
Ireland													
Montenegro													
The Netherlands													

	Treatment is limited to health professions
	Treatment is regulated, but not limited to health professions
	Countries limiting 5 or more modalities to regulated professions
	Countries limiting 1-4 modalities to regulated professions
	Countries limiting none modalities to regulated professions

Acu = Acupuncture, Anthrop = Anthroposophic medicine, Ayurved = Ayurvedic medicine, Chiro = Chiropractic. Herbal = Herbal medicine/Phytotherapy, Homeo = Homeopathy, Massa = Massage, Napra = Naprapathy, Naturo = Naturopathy, Neural = Neural therapy, Oste = Osteopathy, TCM = Traditional Chinese Medicine

nafkam

The National Research Center in Complementary and Alternative Medicine

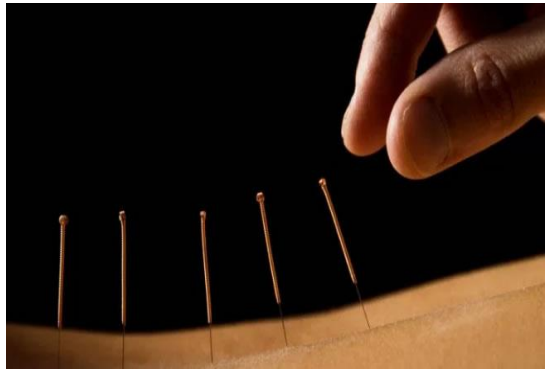


Medicinas alternativas y complementarias.

¿TIENEN ALGUNA BASE CIENTÍFICA LAS MEDICINAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS?. 1º) ACUPUNTURA.

- Al estimular ciertos puntos del organismo se interviene sobre el SN y activa **sustancias analgésicas endógenas.**
- La ***acupuntura*** deben practicarla profesionales sanitarios (preferentemente médicos), que la utilizan de modo empírico y es **aceptada como válida y aplicada en algunos servicios de anestesia y clínicas del dolor.**
- Chon and Lee, concluyen que la ***acupuntura*** aporta cierta **eficacia para el dolor somático** (lumbago, osteoartritis, postoperatorio, etc.) y **muy limitada mejoría en migrañas y nauseas secundarias a quimioterapia.**





Chon TY, Lee MC. Acupucture. Review Mayo Clin Proc. 2013 Oct;88(10):1141-6.

Medicinas alternativas y complementarias.

¿TIENEN ALGUNA BASE CIENTÍFICA LAS MEDICINAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS?. 1º) ACUPUNTURA.

- **El País 22 de Marzo 2018.** "***Más de dos millones de españoles se han sometido al menos a un tratamiento de acupuntura en los últimos 12 meses*, (barómetro del CIS de febrero) y, *por lo que dice la ciencia, han gastado su dinero en balde*".**

- **El Dr. José Antonio López (investigador del centro de biología molecular Severo Ochoa y profesor en la Autónoma de Madrid), dice: "*La acupuntura se basa en el concepto de que nuestro cuerpo lo recorren una serie de canales energéticos, el yin y el yang o la energía chi*". "*Los estudios científicos han demostrado que esto no existe*".**

- **La *Cochrane Collaboration* ha hecho múltiples revisiones sobre efecto de la *acupuntura* para el dolor crónico, cefaleas, depresión, artritis reumatoide, etc. Su recopilación es demoledora: *"No hay evidencias científicas suficientes", "se ha probado su ineficiencia", "las evidencias científicas no avalan su uso", "hacen falta más estudios"...***

¿TIENEN ALGUNA BASE CIENTÍFICA LAS MEDICINAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS?. 1º) ACUPUNTURA.

Una revisión de 18 ensayos clínicos en pacientes con dolor neuropático la respuesta fue positiva en todos, pero solo 6 alcanzaron significación estadística.

Díaz D, Sánchez Blanco C. Dolor neuropático y acupuntura. Evidencia científica de su efectividad. Rev Inter de Acupuntura 2013;7(4):109-18.

- **En el año 2004 fue aprobada por la Asamblea de la OMC, la Declaración sobre *"Ética de la práctica de la acupuntura"*. En ella se reconocía a la *acupuntura* como una técnica médica no convencional y se hacían algunas consideraciones deontológicas:**

"el paciente debe tener la seguridad de que es tratado por un conocedor de la patología médica, que aplicará estas técnicas desde un diagnóstico teniendo la garantía de que quien las aplica las conoce y está sometido al control exigido para la práctica médica".

Conclusión. La ***acupuntura*** **tiene alguna utilidad en el tratamiento del dolor somático. En el resto de sus numerosas aplicaciones los resultados deben ser muy cuestionados.**

Informe. Medicinas complementarias.

¿TIENEN ALGUNA BASE CIENTÍFICA LAS MEDICINAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS?. 2º) MEDICINA NATURAL

- **Se basa en sustancias de la naturaleza que "desintoxican" la célula enferma y reducen la entrada de toxinas.**

- **Todos podemos estar de acuerdo con la principal premisa de la *medicina natural*: vida saludable, alimentación adecuada, ejercicio moderado, actitud mental positiva.**

- **Revisiones clínicas sobre *medicina natural* consiguen demostrar alguna eficacia en obesidad, alcoholismo, hipercolesterinemia, etc.**

- **Conclusión. La *medicina natural* puede ser complementaria en la obesidad, alcoholismo o en evitar la vida sedentaria, etc., pero no debe ser tratamiento exclusivo en la gran mayoría de trastornos o enfermedades del ser humano.**



¿TIENEN ALGUNA BASE CIENTÍFICA LAS MEDICINAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS?. 2º) MEDICINA NATURAL

La *"Medicina natural"* legalmente no puede ser materia específica del médico.

Significativa la Sentencia de la Sala 3ª, del Tribunal Supremo, de 18/Noviembre/2002, al declarar que *"no se puede supeditar el otorgamiento de una autorización administrativa, para el ejercicio de la naturopatía, a la posesión de un título oficial, en tanto no se establezca tal exigencia en una norma legal de suficiente rango….. Además tampoco se incluye su estudio en las Facultades de Medicina, ni menos aún se recoge entre las especialidades médicas o titulaciones de médico especialista, lo que nos lleva a considerar la imposibilidad de supeditar el otorgamiento de licencia o autorización administrativa para su ejercicio a una titulación académica específica como pudiera ser la de médico".*

Informe. Medicinas complementarias.

¿TIENEN ALGUNA BASE CIENTÍFICA LAS MEDICINAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS?. 3º) HOMEOPATÍA.

- La ***homeopatía*** se basa en el uso de **cantidades infinitesimales de sustancias** que en dosis más altas darían síntomas parecidos a los de la enfermedad que se trata.

- El efecto curativo se produce no tanto por la sustancia disuelta, sino porque el proceso de **"dilución" y "golpeteo" ("dinamización")** para su obtención, transmite al agua el *"espíritu curativo de la sustancia"*.

- Los homeópatas hablan del efecto *"memoria del agua"*, que recuerda con qué sustancias ha estado en contacto.





Informe. Medicinas complementarias.



¿TIENEN ALGUNA BASE CIENTÍFICA LAS MEDICINAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS?. 3º) HOMEOPATÍA.

- **10.000 médicos y 15.000 farmacias prescriben y venden *homeopatía* en España. 14 millones de españoles los consumen (60-80 millones de euros/año).**

- **Orden ministerial 28/IV/2018 regula los productos homeopáticos. Obliga a los laboratorios a demostrar la eficacia de sus productos, como los medicamentos convencionales, cuando quieran registrarse para una indicación terapéutica. Sino, deberán registrarse bajo el epígrafe *«sin indicaciones terapéuticas».***

- **FACUA organización no gubernamental en defensa de los derechos de los consumidores, considera "aberrante" que el Ministerio de Sanidad autorice a las farmacias a vender productos homeopáticos equiparándolos a medicamentos.**

- **Los fabricantes de productos homeopáticos deberán indicar la composición detallada de los componentes activos, así como la declaración de los excipientes.**

¿TIENEN ALGUNA BASE CIENTÍFICA LAS MEDICINAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS?. 3º) HOMEOPATÍA.

Prevalencia de la homeopatía en la población general

➢**This study reported that 10.2% of the overall French population and 18% of children aged 0-4 years in France received at least one prescription for a *homeopathic medicine* during a 12-month period.**

Piolot M, Fagot JP, Riviere S, et al. Homeopathy in France in 2011-2012 according to reimbursements in the French national health insurance database (SNIRAM). Fam Pract 2015; 32(4): 442-448

This review summarizes 12-month prevalence of *homeopathy use* from surveys conducted in eleven countries (USA, UK, Australia, Israel, Canada, Switzerland, Norway, Germany, South Korea, Japan and Singapore). Each year a small but significant percentage of these general populations use homeopathy (about 10%).

Prevalence of homeopathy use by the general population worldwide: a systematic review Relton C, Cooper K, Viksveen P, Fibert PH, Thomas K. School of Health, University of Sheffield, UK. Homeopathy 2017: 106, 69.78.



¿TIENEN ALGUNA BASE CIENTÍFICA LAS MEDICINAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS?. 3º) HOMEOPATÍA.

- **En Francia y UK la *homeopatía* tiene financiación pública, no en España.**
- **En USA la FDA (agencia norteamericana del medicamento), no la prohíbe, pero obliga a sus fabricantes a incorporar una leyenda que deja claras las reglas del juego: *«No hay evidencias científicas de que funcione»* (no aparece en el borrador de la próxima orden ministerial española).**
- **Con esta medida, las autoridades sanitarias estadounidenses dejan libertad a los convencidos de la *homeopatía*, pero convierten su consumo en un acto de fe.**
- **A las instituciones científicas no tan solo les preocupa que sean tratamientos inútiles, sino que son *«un riesgo para la salud de los ciudadanos»* porque los pacientes pueden alejarse de tratamientos eficaces apoyados en la evidencia científica.**

Medicinas alternativas y complementarias.

¿TIENEN ALGUNA BASE CIENTÍFICA LAS MEDICINAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS?. 3º) HOMEOPATÍA.

Breve repaso bibliográfico

- **In meta-analysis of 89 studies, (The Lancet 1997), it was concluded that no sufficient data was available that proves the efficacy of homeopathy in any health condition.**
- **In meta-analysis (European journal Clinical Pharmacology in 2000), it was stated that no sufficient evidence was available that proves the superiority of homeopathic treatments to placebo.**
- **The meta-analysis of 105 placebo-controlled studies, (The Lancet in 2005), supported the hypothesis that homeopathy's effects are based on placebo.**
- **In a study (Cancer 2012), 431 patients with early stage breast cancer, a homeopathic medication (*Cocculine*), administered in addition to the standard antiemetic drugs, was found to be ineffective to reduce chemotherapy-induced nausea and vomiting**

Medicinas alternativas y complementarias.

¿TIENEN ALGUNA BASE CIENTÍFICA LAS MEDICINAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS?. 3º) HOMEOPATÍA.

Breve repaso bibliográfico

- **There are also studies showing the positive effects of *homeopathy* in the literature.**
- **In a two compilations (Curr Oncol Rep 2015 and Altern Ther Health Med 2010), expressed that *homeopathy* could have beneficial effects for cancer patients, considering also its low cost and minimal risk.**
- **In a study (Complement Ther Med, 2015), which involved the evaluation of 373 cancer patients, *homeopathy* administered in addition to traditional treatment was observed to improve the quality of life.**

Conclusión. Es difícil de entender y aceptar las posibilidades terapéuticas de sustancias diluidas a niveles infinitesimales, con independencia del efecto placebo. La *homeopatía* es una *"pseudoterapia"* que no debería estar presente en las farmacias. *"No es una rama de la medicina científica ni un área de capacitación específica"* (Dr. Jerónimo Fernández).

¿TIENEN ALGUNA BASE CIENTÍFICA LAS MEDICINAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS?. 4º) REFLEXOTERAPIA

- La ***reflexoterapia*** se basa en presión manual, sobre unas supuestas terminaciones nerviosas que ponen en funcionamiento ciertas energías.
- Los pies son como las raíces para el árbol: *"según estén sus pies, así estará el resto de la persona"*.
- Hay pocos estudios de ***reflexoterapia*** y menos que muestren discutibles beneficios en procesos como la ansiedad, menopausia o síndrome de intestino irritable, etc., Con gran probabilidad tan solo tiene un papel el efecto placebo.
- **Conclusión.-** El resumen sobre los resultados de la reflexoterapia no puede ser otro que el considerar su más que discutible **acción relajante** y el **efecto placebo**.

Informe. Medicinas complementarias.

¿TIENEN ALGUNA BASE CIENTÍFICA LAS MEDICINAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS?. 5) ACUPRESIÓN

El País 7 Marzo 2018 (Pablo Cantó). ***"No esperes curarte: detrás de estos "trucos de acupresión" solo hay pseudociencia".***

- **Para dormir, apretarse en la base del meñique.**
- **Para mejor digestión, ligera masaje en la muñeca.**
- **Estos consejos ayudados con ilustraciones se han popularizado en Facebook Estas prácticas no tienen ninguna evidencia científica, pero su publicación en la red social ha superado el millón de compartidos en poco tiempo.**









¿TIENEN ALGUNA BASE CIENTÍFICA LAS MEDICINAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS?. 6º) MEDICINA HERBAL CHINA.

- La **medicina tradicional china,** (generalmente medicina herbal) es un complejo sistema de práctica médica holística con sus propios procedimientos de diagnóstico y tratamiento.

- Tejedor et al. (2018) Revisan páginas web en español que venden productos de la ***medicina herbal china,*** analizando la calidad de la información ofrecida al consumidor y los riesgos derivados de su consumo.

- Cuantifican las retiradas de productos de ***medicina herbal china*** por la Agencia Española del Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).

Tejedor-García N , García-Pastor C, Benito-Martínez S y de Lucio-Cazana FJ. Medicina herbal china ofertada en páginas web en español: calidad de la información y riesgos. Gac Sanit. 2018;32(1):54–60

Medicinas alternativas y complementarias.

¿TIENEN ALGUNA BASE CIENTÍFICA LAS MEDICINAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS?. 6º) MEDICINA HERBAL CHINA.

➢ **Resultados:**

1) **Sólo 1/3 de las 30 páginas web cumple con la legislación vigente.**
2) **Cinco páginas aportan información sobre consumo sin riesgo.**
3) **Dos páginas ofertan plantas potencialmente tóxicas.**
4) **Un importante porcentaje de productos retirados por la AEMPS corresponde a *medicina herbal china* adulterada con sibutramina, sildenafilo o sus derivados.**

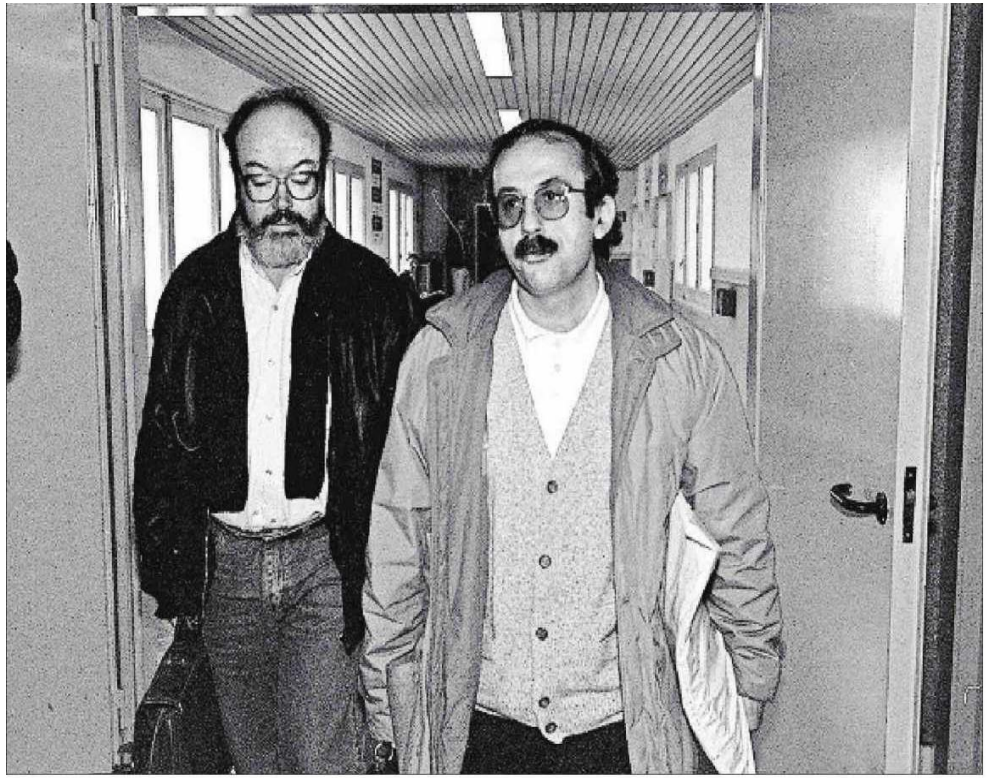
Conclusión: **Hay motivos suficientes que aconsejan la creación por las autoridades sanitarias españolas de un sitio web que asesore sin disimulos a quienes pretenden utilizar Internet para comprar *medicina herbal china* y permitir que los usuarios tomen decisiones después de estar bien informados.**

Tejedor-García N , García-Pastor C, Benito-Martínez S y de Lucio-Cazana FJ. Medicina herbal china ofertada en páginas web en español: calidad de la información y riesgos. Gac Sanit. 2018;32(1):54–60

Medicinas alternativas y complementarias.

¿TIENEN ALGUNA BASE CIENTÍFICA LAS MEDICINAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS?. 7º) MÉTODO HAMER

- El COMB **ha sancionado en 2018 a un médico a 5 años de inhabilitación para el ejercicio profesional** por uso, propaganda y difusión pública del ***método Hamer o nueva medicina germánica*** para tratar el cáncer.
- Método basado en que el cáncer es debido a situaciones traumáticas psíquicas anteriores, que se retrograda con psicoterapia.
- Es el Dr. Vicente Herrera. En 1996 fue sancionado con 2 años de inhabilitación por la misma razón.



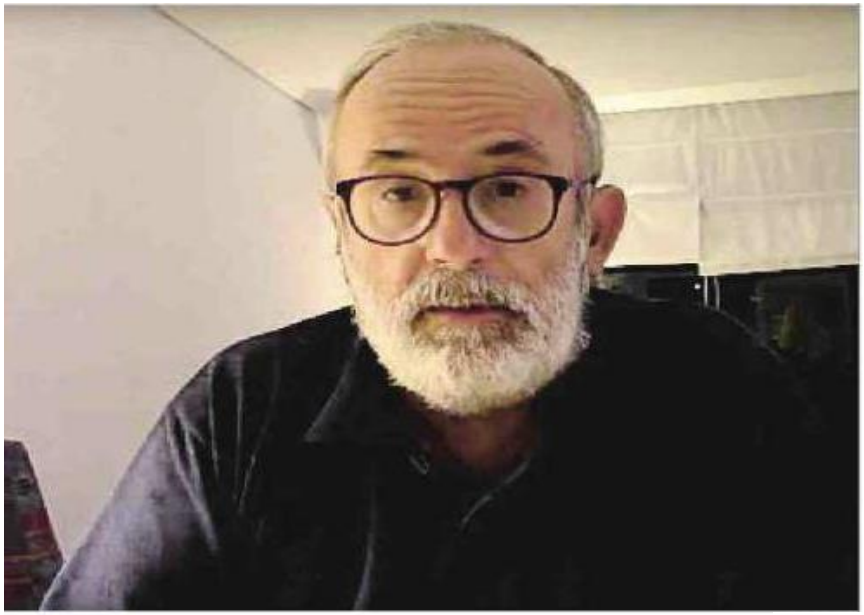
El médico inhabilitado (dcha.) sale de los Juzgados de Barcelona, hace 20 años. / JOAN GUERRERO

Medicinas alternativas y complementarias.

¿TIENEN ALGUNA BASE CIENTÍFICA LAS MEDICINAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS?. 7º) MÉTODO HAMER

- **Método Hamer, es un riesgo para los pacientes con cáncer, porque de forma explícita, los anima a apartarse de tratamientos validados y con ello perder la oportunidad de beneficiarse de la mejor terapéutica disponible para su enfermedad.**

- **El COMB recuerda que esta práctica (técnicas de relajación/masajes) exclusivamente usada para tratamiento del cáncer contraviene gravemente las normas deontológicas y de buena praxis.**



Vicente Herrera durante una entrevista en YouTube

Medicinas alternativas y complementarias.



ÉTICA DE LAS MEDICINAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS

Dilema Ético-Deontológico

1. Un médico que practica la ***medicina científica*** sabe que los procedimientos de la ***medicina alternativa o complementaria*** no han sido validados. Por ello, **es razonable que advierta y recomiende a sus pacientes no acudir a este tipo de prácticas.**

2. Por otro lado, un notable número de pacientes con dolencias y síntomas inespecíficos **se benefician del efecto placebo** derivado de estas terapias alternativas, por lo que algunos opinan que no parece razonable privarles de este posible beneficio.

Como resolver este dilema -conflicto Ético-Deontológico

Recurramos a los principios básicos de la Bioética.

a) **Principio de Justícia:** si los pacientes que acuden a la ***medicina alternativa*** fueran los de menores recursos, niveles educativos más bajos y sus costes se imputaran al erario público, se estaría conculcando el principio de justicia, **pero no es así.**

ÉTICA DE LAS MEDICINAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS

b) **Principio de No maleficencia:** en enfermedades serias, **NO** se respeta este principio ya que por la **omisión de un tratamiento eficaz se pueden derivar graves consecuencias.**

c) **Principio de Beneficencia:** parece respetado, pero **NO** es así, ya que un análisis más profundo muestra que la ***medicina alternativa*** entra en conflicto con la obligación de beneficencia de los médicos con sus pacientes, **al no estar aplicándoles un tratamiento que conlleve un verdadero beneficio terapéutico.**

d) **Principio de Autonomía:** parece respetado, pero muy a menudo **NO** es así, ya que para ser tratado con la ***medicina alternativa*** **debería estar informado adecuadamente sobre la falta de refrendo científico de los procedimientos empleados,** hecho que frecuentemente es omitido**.**

ÉTICA DE LAS MEDICINAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS CONSEJOS PRÁCTICOS

1. **Advertir al paciente, de forma discreta pero firme, sobre los peligros que puede presentar para su salud el acudir a la *medicina alternativa.***

2. **Si el paciente desea complementar el tratamiento de la *medicina científica* con procedimientos alternativos, el médico que los practica debe de comunicarlo al médico responsable.**

3. **Intentar adaptar lo mejor de la *medicina alternativa,* es decir, su capacidad de sugestión frente al paciente, e incorporarlo a la práctica diaria de los médicos.**

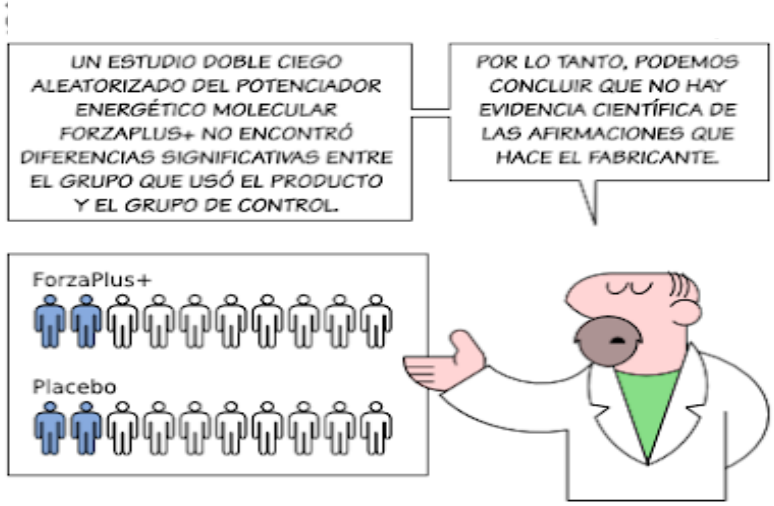
Medicinas alternativas y complementarias.

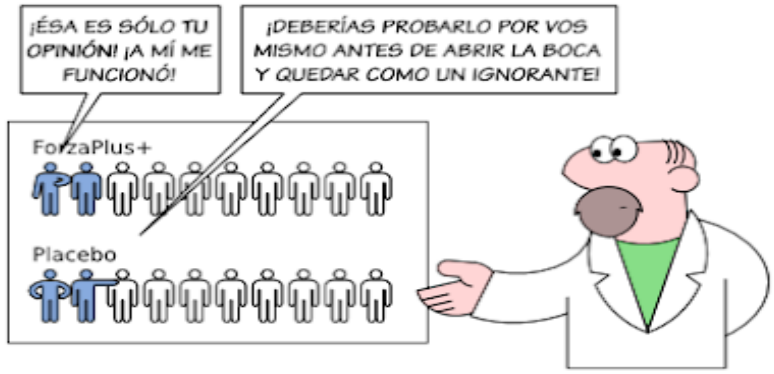
ÉTICA DE LAS MEDICINAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS

Gradación de responsabilidad

- **Principio de riesgo asumido:** cuanto mayor sea el riesgo de morbi-mortalidad de un paciente que sigue una ***medicina alternativa***, tanto menos ética resulta la actuación del médico.

- **Principio de la información filtrada:** cuanto más cerrado esté el médico a formarse e informarse de los avances científicos y cuanto más sesgada sea la información a sus pacientes, consecuencia de su propia desinformación, tanto mayor será la responsabilidad ética que adquiere.





CÓDIGO DE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA PARA LAS MEDICINAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS

Los médicos que ejerzan las prácticas de *medicinas alternativas o complementarias* están obligados por las normas del Código de Deontología Médica, y, en concreto a:

Artículo 26.1. ***"emplear preferentemente procedimientos y prescribir fármacos cuya eficacia se haya demostrado científicamente"*** **o tener presente que**

Artículo 26.2. ***"no son éticas las prácticas inspiradas en el charlatanismo, las carentes de base científica y que prometen a los enfermos la curación, los procedimientos ilusorios o insuficientemente probados que se proponen como eficaces, la simulación de tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas y el uso de productos de composición no conocida".***

En el capítulo de la Publicidad Médica serían de aplicación lo recogido en el:

Artículo 65.5. ***"el médico no utilizará la publicidad para fomentar esperanzas engañosas de curación ni para promover falsas necesidades relacionadas con la salud".***

CÓDIGO DE ÉTICA PARA LA MEDICINA HOMEOPÁTICA

- La ***medicina homeopática*** **dispone de un marco teórico, establecido por el conjunto de conocimientos explicados en los principios esenciales de su método.**

- **Los "médicos homeópatas necesitamos" un marco ético en nuestros actos médicos. Las sociedades homeopáticas deben disponer de códigos y la elaboración de un documento que describa los principios que fundamentan la medicina homeopática.**

"La principal lealtad del médico homeópata es la que le debe al paciente". **Atendiendo a sus características específicas, se debe valorar la necesidad de un código que recoja las características diferenciadoras de la medicina homeopática.**

Pita Conde MJ. Ser médico homeópata y no morir en el intento. Hablando de ética. Rev Med Homeopat 2017;10:35-40

Medicinas alternativas y complementarias.

CONSIDERACIONES FINALES

- **El médico debe advertir de los peligros que comporta la opción única de terapias recomendadas en las *medicinas alternativas,* sin el aval científico suficiente, sobre todo ante enfermedades orgánicas de cierta importancia.**
- **Es razonable y recomendable establecer criterios y normas que regulen las prácticas de las *medicinas alternativas o complementarias*.**
- **Su regulación no debe considerarse como un reconocimiento científico, sino como un procedimiento de ordenación y seguimiento ético y de la buena praxis profesional.**
- **Una asignatura pendiente de las *medicinas alternativas o complementarias* es la casi inexistencia de trabajos de investigación que intenten avalar estos procedimientos.**

Medicinas alternativas y complementarias.

CONSIDERACIONES FINALES

Dra. Elena Campos Sánchez, es investigadora en el CBM-Severo Ochoa y presidenta de la APETP.

Asociación para Proteger al Enfermo de Terapias Pseudocientíficas

apetp

- **Las *medicinas alternativas o complementarias* no son especialidades médicas, sino instrumentos que ciertos médicos pueden utilizar ya que hasta hoy en día no están ilegalizados, a pesar de su ineficacia.**
- **El médico que ejerza y aplique *terapias alternativas o complementarias,* como cualquier otro profesional de la Medicina, tiene el deber de asumir las obligaciones legales y deontológicas que marcan la actividad médica.**





CONSIDERACIONES FINALES

- El médico que ejerce alguna ***medicina complementaria*** ha de estar en relación directa con los colegas que simultáneamente ejerzan su actividad profesional basada en los conocimientos avalados por la comunidad científica.
- Es *"mala praxis"* el que los médicos que ejerzan ***medicinas complementarias*** limiten la información necesaria al paciente, con argumentos sesgados y/o demagógicos, y que incluso **lleguen a no recomendar o impedir la consulta a médicos cuya práctica profesional se basa en la medicina científica.**
- Los médicos que ejercen la ***medicina científica*** han de respetar la decisión de sus pacientes de ser atendidos por médicos que no la aplican, **sin descalificarlos despectivamente, aunque explicando claramente que no hay evidencia de su eficacia y que sus prácticas no están en absoluto avaladas por la comunidad científica.**

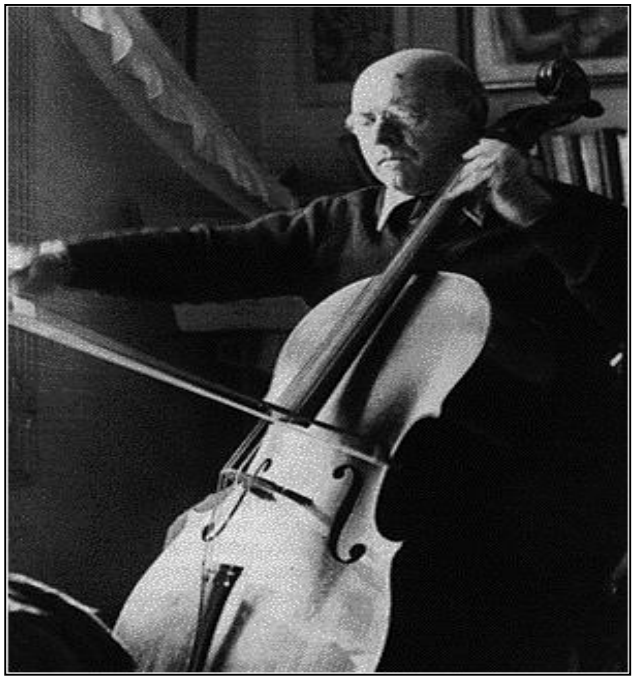
Medicinas alternativas y complementarias.



CONCLUSIONES

- Las ***medicinas complementarias*** **deben ser ejercidas por médicos, que deberían tener las bases para realizar el diagnóstico y la elección terapéutica.**
- **A pesar de que las *medicinas complementarias* no se basan en la evidencia científica, se debe reconocer algunos resultados beneficiosos.**
- **El médico que ejerza *medicinas complementarias* está obligado a informar al paciente que no debe abandonar los tratamientos necesarios y avalados de la medicina académica.**
- **A pesar de las profundas discrepancias entre la *medicina científica y las complementarias,* por consideración al paciente, debe existir respeto y cooperación (que no necesariamente indica aceptación) entre los médicos que practican una y otra, con el deseable objetivo final de conseguir el mejor beneficio posible para cada paciente.**

Medicinas alternativas y complementarias.

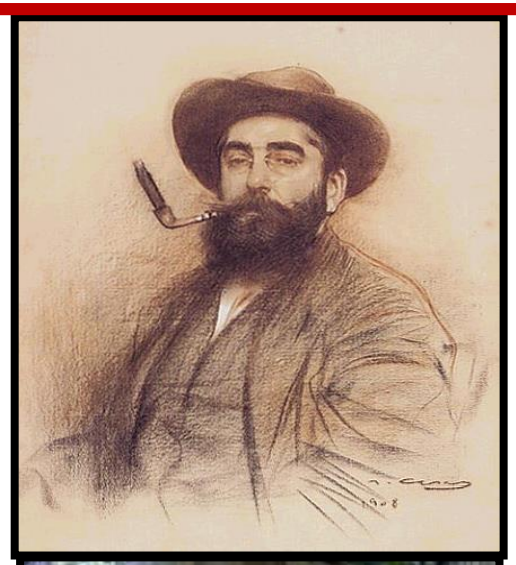


En la ONU: Pau Casals tocó una melodía del folklore catalán: "El cant dels ocells". "Los pajaritos cuando están en el cielo van cantando: Peace, Peace, Peace"

Muchas gracias por vuestra amable y comprensiva atención

Un cordial abrazo

Joan Monés





Ramón Casas

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018

Dr. Jerónimo A. Fernández Torrente

Tesorero del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos



OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

Medicina científica y deontología medica vs pseudociencias y pseudoterapias





OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Segovia

Segovia, 24,25 y 26 de mayo



Medicina científica y deontología médica vs pseudociencias y pseudoterapias

- **(crítica estructurada desde la razón y la legislación)**

Dr. Jerónimo A. Fernández Torrente
Tesorero del CGCOM
Coordinador del Observatorio OMC

Aspectos legislativos y de regulación de las TTNCs

- **UNA REFLEXIÓN….**

- "Parece imprescindible revisar de vez en cuando algunas cosas que creo saber, compararlas con otros de mis conocimientos, someterlas a examen crítico, debatirlas con otras personas que puedan ayudarme a entender mejor.

- En una palabra, buscar argumentos para asumirlas o refutarlas. A este ejercicio de buscar y sopesar argumentos antes de asumir como bueno lo que creo saber es a lo que en términos generales se le suele llamar " utilizar la razón ".

Fernando Savater

- ***- Libro: las preguntas de la vida***

Vivimos en sociedades desarrolladas y/o en vías de desarrollo en las que, gracias a los avances científicos, hemos progresado notablemente en el tratamiento y alivio de las numerosas enfermedades yque aquejan al ser humano.

La sociedad en su conjunto espera de los profesionales médicos un abordaje científico y ético de los problemas de salud.

Los Sistemas Sanitarios y de Seguridad Social están basados en la Medicina científica convencional ; en el ámbito sanitario es muy importante preservar las diferentes legislaciones y Sistemas Nacionales , ya que es una de nuestras riquezas: no se debe poner en tela de juicio el apego de la población a sus sistemas y sus tradiciones.

El ejercicio de la medicina científica convencional , base de los sistemas sanitarios, es un servicio basado en el conocimiento científico con evidencias contrastadas, el método científico -experimental aplicado, en la destreza en el campo técnico especializado y en actitudes y comportamientos éticos, cuyo mantenimiento y actualización son un deber individual del médico y un compromiso de todas las organizaciones y autoridades que intervienen en la ordenación y regulación de la profesión médica.

El **conocimiento científico** es un saber crítico (fundamentado), metódico, verificable, sistemático, unificado, ordenado, universal, objetivo, comunicable (por medio del lenguaje **científico**), racional, provisorio y que explica y predice hechos por medio de leyes.

Es el **método científico** aplicado a la práctica clínica; es el orden recorrido para estudiar y comprender el proceso de salud y de enfermedad de un sujeto en toda su integridad social, biológica y psicológica.

Al **aplicar el método** clínico se está elaborando y construyendo el conocimiento médico.

En general se acepta que **los pasos del método científico** son los siguientes:

1.- **Observación** del fenómeno que interesa en el estudio;
2.- **Descripción** del fenómeno;
3.- **Inducción**, que consiste en la obtención de generalidades o abstracciones implícitas en los fenómenos observados;
4.- **Hipótesis**, elaboración de la o las hipótesis que expliquen dicho fenómeno por relaciones de causa-efecto;
5.- **Experimentación**, por medio de pruebas que prueben o testeen la hipótesis en cuestión;
6.- **Demostración o refutación** de la o las hipótesis,
7.- **Comparación universal**, que es la constante contrastación de hipótesis con la realidad.

A medida que la hipótesis resiste la verificación se construye la teoría, que suele ser la resultante de varias hipótesis combinadas.
La aplicación del contenido dela hipótesis y/o teoría da lugar a resultados que constituyen nuevos elementos observacionales.



“Acto propio de una profesión" es aquél que específicamente está atribuido a unos profesionales concretos con terminante exclusión de las demás personas".

Se trata de un elemento normativo del tipo que ha de llenarse de contenido atendiendo a las atribuciones que corresponden de manera excluyente y exclusiva al ejercicio de una determinada profesión, lo que significa que hemos de acudir a la normativa específica de la profesión afectada, donde se determinan las atribuciones y los actos propios de ella".

De esta forma, se hace necesario, en primer lugar, atender a la normativa administrativa, nacional e internacional, donde se determinan los actos propios de cada profesión y, en segundo lugar, a la reglamentación de los Colegios profesionales".

Sólo en el supuesto de que no exista una reglamentación de la respectiva profesión, o que en la misma no se especifiquen los actos propios de ella, se atenderá a la costumbre y a los usos sociales para determinar cuáles son los actos propios de dicha profesión, considerando como tales los atribuidos a la misma por la comunidad".

Ya en relación con la profesión médica, cabe señalar que en sentido estricto,
El Acto Médico se integra por la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de las enfermedades mediante la utilización del método científico-experimental propio del arte médico oficial que se imparte en las Facultades de Medicina".

En aplicación de estos principios, **el Tribunal Supremo ha negado el carácter de acto propio de la profesión médica a la práctica de la acupuntura, homeopatía , naturopatía , reflexoterapia y revitalización,** ya que no existe un título expedido oficialmente que autorice y legitime para el ejercicio de estas actividades,

15 Vid. las SSTS de 30 de marzo de 1990, 8 de junio de 1992 y 5 de julio de 1992, entre otras.
16 STS de 19 de junio de 1989.

Ante la práctica de las denominadas "Pseudociencias / Pseudoterapias" es preciso recordar que:

a. **Todo Acto médico está sujeto a la *Lex Artis ad hoc.***
b. **Todo Acto médico exige que el médico esté "legítimamente capacitado".**
c. Un Acto médico exige una relación de confianza y buena práctica del médico con sus pacientes.
d. **El médico que ejerza y aplique técnicas o terapias no avaladas por la Comunidad Científica, tiene el deber de informar adecuadamente a sus pacientes y asumir todas las obligaciones legales, profesionales y deontológicas** (CDM) que marcan la actividad médica de la *lex artis ad hoc*.
e. Plantear la necesidad de establecer una definición más clara de este tipo de pseudoterapias / pseudociencias y de una adecuada regulación por ser demasiado laxa, permisiva o inexistente.
f. **El intrusismo en la profesión médica, con un preocupante aumento con el uso de Internet, solo puede ser combatido con leyes**. Se necesitan políticas de los gobiernos que sean poco tolerantes con estas prácticas y una implicación real de las administraciones.

Tal y como lo define el **artículo 7 CDM**, y es entendida, por parte de la Jurisprudencia la ***lex artis* es *"aquel criterio valorativo para calibrar la diligencia exigible en todo acto o tratamiento médico"*** (Sentencia de la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo 18 de diciembre de 2006) y que "*comporta no sólo el* ***cumplimiento formal y protocolario de las técnicas previstas, aceptadas generalmente por la ciencia médica y adecuadas a una buena praxis, sino la aplicación de tales técnicas con el cuidado y precisión exigible*** *de acuerdo con las circunstancias y los riesgos inherentes a cada intervención según su naturaleza.*" (Sentencia de Tribunal Supremo de 23 de mayo de 2006).

Todo acto médico es una *actividad lícita, desarrollada por un profesional médico, que está legítimamente capacitado,* lo cual implica el cumplimiento de normas legales, reglas éticas y conocimientos científicos del acto médico a desarrollar.

El acto médico incluye cualquier tipo de actos que estén *orientados a la curación de una enfermedad, al alivio de un padecimiento o a la promoción integral de la salud*.

La *"Lex artis"* incluye el conjunto de normas profesionales, deontológicas y legales que regulan la actividad médica. **Si en el acto médico falla alguna de las dos primeras el acto médico no es lícito. Si falla la tercera lo convierte en ilegal.**

- **El riesgo de asumir que las TTNCs (pseudoterapias / pseudociencias), tienen un papel en el tratamiento del sufrimiento humano va unido al debate ético del papel del placebo en la terapéutica.**

- **La práctica de la medicina científica se diferencia de las pseudociencias en que se aplican medicamentos y técnicas que han sido desarrolladas bajo el método científico.**

- **para cumplir con la *lex artis* y desarrollar la *praxis buena* el médico debe abstenerse de emplear procedimientos y prescribir medicamentos que no estén basados en la evidencia científica o en la eficacia clínica comprobada, aunque el paciente lo consienta,**

- **Artículo 26.1 CDM - El médico debe emplear preferentemente procedimientos y prescribir fármacos cuya eficacia se haya demostrado científicamente.**

El riesgo de asumir que las TTNCs (pseudoterapias / pseudociencias), tienen un papel en el tratamiento del sufrimiento humano va unido al debate ético del papel del placebo en la terapéutica.

La práctica de la medicina científica se diferencia de las pseudociencias en que se aplican medicamentos y técnicas que han sido desarrolladas bajo el método científico.

Este fraude de salud es definido por la FDA (Food And Drug Administration) como "*la promoción, a título lucrativo, de un remedio médico falso o de eficacia no comprobada*".

El Artículo 26.2 del CDM. indica que **"no son éticas las prácticas inspiradas en el charlatanismo, las carentes de base científica y que prometen a los enfermos la curación, los procedimientos ilusorios o insuficientemente probados que se proponen como eficaces, la simulación de tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas *y el uso de productos de composición no conocida*",**

Para mejorar la seguridad del paciente hay que fijarse en el conjunto de la atención que recibe

Una definición más amplia de la seguridad del paciente

- **El aumento de las posibilidades del paciente de recibir una atención adecuada y basada en la evidencia. Cualquier obstáculo al acceso a este tipo de atención puede considerarse como una pérdida de oportunidad y, por tanto, como un posible fallo del sistema de salud.**

- **La Seguridad del Paciente se ha consolidado como una de las estrategias prioritarias del Sistema Nacional de Salud Español (SNS), y así es recogida en el Plan de Calidad para el SNS,** en el que se explicitan objetivos y acciones para su desarrollo en colaboración con las Comunidades Autónomas, las Sociedades Científicas, los pacientes y las instituciones académicas y de investigación.

- Estos objetivos están orientados a promover nuevas sinergias en la implantación de políticas para la Seguridad del Paciente que permitan ofrecer una asistencia más segura y de mayor calidad en nuestro Sistema Nacional de Salud.



Constituyen una evidencia la irrupción de un conjunto de disciplinas / prácticas peudocientíficas y pseudoterapeúticas y de intrusismo ,con caracter de profesión o meramente ocupación que, bajo el término de « medicinas alternativas/ complementarias « (aunque no pertenecientes realmente al campo de la medicina), compiten con la medicina científica convencional en su propia esfera jurisdiccional / competencial.

Una mención especial merece la **Medicina denominada tradicional e indígena** en poblaciones / países, que no disponen de otros medios ni Sistemas sanitarios formales, que también se debe basar en pruebas científicas para que se la pueda considerar una parte integral de la Atención sanitaria (***Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023- Organización Mundial de la Salud***).

Para Karl Popper, Filósofo austríaco y padre del racionalismo crítico :

- **La frontera entre ciencia y no-ciencia está en la forma en que las teorías y los métodos científicos hacen enunciados y predicciones comprobables, y por tanto falseables, y son desechadas o refutadas cuando no pasan esas comprobaciones .**

- **El carácter de pseudociencia no viene dado por el tema en sí, sino por las afirmaciones en base a las cuáles se construye su estudio .**

Se denomina **Pseudociencia (falsa ciencia)** al conjunto de conocimientos, métodos, creencias o prácticas erróneamente consideradas como basadas en el método científico y que no pueden ser corroboradas por la comunidad científica. **(Definición basada en el Oxford American Dictionary).**

También se considera **Pseudociencia** aquel campo de estudio que, sin resultados concluyentes ni todavía aceptados por la comunidad científica , se dan ya por validados y se publicitan.

Se definen como **pseudoterapias,** en sentido amplio, aquellas propuestas de cura de enfermedades, alivio de síntomas o mejora de salud con procedimientos, técnicas, productos o sustancias basadas en criterios sin el respaldo de la evidencia científica disponible que demuestre su efectividad :

- simulaciones de tratamientos con supuestos medicamentos,
- técnicas basadas en fantasías,
- absurdos lógicos,
- falsificaciones,
- técnicas de manipulación de la mente ó las emociones,
- uso de productos prohibidos o tóxicos, etc.).

Debate semántico: TTNC vs. Medicinas Alternativas

- **Medicinas propiamente dichas, Técnicas o Terapias aplicadas, y si son alternativas, complementarias, tradicionales, integrativas, holísticas, no convencionales o nueva medicina** .
- **La Medicina Alternativa es un término que designa diversas prácticas que no pertenecen realmente al campo de la Medicina** , como lo refiere Bratman, MD, Steven, en The Alternative Medicine Sourcebook (1997), Lowell House, ISBN: 1565656261, y cuya efectividad no ha sido probada consistentemente. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el término usado se refiere tanto a los sistemas de medicina tradicional como a las diversas formas de medicina indígena.

- Aunque muchas de éstas prácticas están reconocidas de manera académica en algunos países , ***en tanto no exista una Titulación Oficial y un reconocimiento legal que ampare su ejercicio regulado y acredite su solvencia*** , **Nuestro criterio es denominarlas : " Terapias - Técnicas No Convencionales (TTNC s) ".**

No existen medicinas alternativas, sino intentos de alternativa a la Medicina, sin fundamento científico reconocido.

La " razón científica " debe formar parte de la " razón ética " , y sin la primera no puede construirse la segunda .

La mejor garantía para las administraciones, los ciudadanos y los pacientes, es una profesión vertebrada adecuadamente, consciente de sus limitaciones, legalmente autorizada, que tenga las normas deontológicas y de autorregulación exigibles y que al mismo tiempo este sujeta a un control externo.



CLASIFICACION EN AREAS DE LAS TERAPIAS NATURALES MAS UTILIZADAS

Área	Terapias
Sistemas integrales o completos	Homeopatía Medicina naturista Naturopatía Medicina tradicional china Acupuntura Ayurveda
Prácticas biológicas	Fitoterapia Terapia nutricional Tratamientos con suplementos nutricionales y vitaminas
Prácticas de manipulación y basadas en el cuerpo	Osteopatía Quiropraxia, quiromasaje y drenaje linfático Reflexología Shiatsu y sotai Aromaterapia
Técnicas de la mente y el cuerpo	Yoga Meditación, curación metal, oración Kinesiología Hipnoterapia, sofronización Musicoterapia, arteterapia y otras
Técnicas sobre la base de la energía (terapias del biocampo y terapias bioelectromagnéticas)	Qi-Gong o Chi-Kung Reiki Terapia floral Terapia biomagnética o con campos magnéticos

SISTEMAS INTEGRALES O COMPLETOS (I)

AYURVEDA: bajo la premisa de despertar el natural equilibrio del sistema mente-cuerpo para hipotéticamente curarse a sí mismo, este movimiento de origen indio incluye fitoterapia y masajes. Similar a la "teoría de los humores" hipocrática, busca un "equilibrio de las distintas fuerzas vitales".

HOMEOPATÍA: la propuesta de la "memoria del agua" y el uso terapéutico de altas diluciones de sustancias que en bajas diluciones provocan síntomas similares a los que se quieren tratar no tiene cabida alguna dentro de la evidencia científica actual.

NATUROPATÍA: batiburrillo de administración de propuestas varias, aboga por las "prácticas naturales" para restablecer la salud, cayendo en la falacia naturalista al considerar que "lo natural tiene que ser bueno" y que un compuesto de la naturaleza será menos perjudicial que el mismo sintetizado artificialmente.

MEDICINA CUÁNTICA/TERAPIA CUÁNTICA: hoy en día, las apelaciones a la física cuántica por parte de numerosas pseudoterapias constituyen una de las piedras angulares de la pseudomedicina (incluyendo a la mencionada homeopatía). Es, probablemente, la máxima expresión del aprovechamiento por parte de la pseudociencia de la ignorancia actual del ciudadano en materia científica

MEDICINA TRADICIONAL CHINA: creada como concepto político contrapuesto a los métodos occidentales por los dirigentes de la República Popular China es una amalgama de técnicas que sigue el mismo patrón de análisis que el de la naturopatía.

MEDICINA ANTROPOSÓFICA: Surge de la secta de la "Antroposofía" de Rudolf Steiner, ocultista austríaco sin estudio alguno relacionado con la salud, ligada también a las "Escuelas Waldorf", la "agricultura biodinámica", empresas como Weleda y bancos como Tríodos. Considera al humano compuesto de espíritu, alma y cuerpo y éste, a su vez, en cuerpo físico, cuerpo etérico y cuerpo astral, además de un ego. De entre sus caprichosas premisas actuales destacamos la de que la enfermedad es una "oportunidad para restablecer el karma", el antivacunismo y el uso del muérdago como tratamiento contra el cáncer.

IRIDIOLOGÍA: Se trata de un sistema de pseudodiagnóstico. La iridiología sostiene que a través de las líneas y manchas del iris del ojo podemos detectar el estado de salud del paciente, así como su historial clínico. Es un método de pseudodiagnóstico muy utilizado por naturópatas y homeópatas. No existe ninguna prueba científica reproducible que demuestre los postulados de esta técnica.

PRACTICAS BIOLOGICAS (II)

MEDICINA ORTOMOLECULAR: Recomienda el consumo de grandes cantidades de biomoléculas (generalmente, vitaminas) para tratar cualquier enfermedad.

MMS: **el Miracle Mineral Solution** (Suplemento Mineral Milagroso, conocida como CDS o DMSO en otras presentaciones) es una disolución al 28% de clorito de sodio ($NaClO_2$) a la que se le atribuye la capacidad de curar la malaria, diabetes, autismo, cáncer, hepatitis y el sida, entre otras enfermedades. Se trata de un agente tóxico de tipo lejía que se emplea como agente blanqueante en la industria textil y para la fabricación de papel.

OZONOTERAPIA Consistente en insuflar ozono en forma gaseosa en heridas o el interior del paciente (habitualmente por vía rectal), se llegan a recomendar en centros hospitalizados incluso para tratar cáncer, sida, parálisis y enfermedades neurodegenerativas.

DIETA ALCALINA sostiene que los alimentos ingeridos pueden alterar la acidez o alcalinidad de nuestro organismo (el pH), influyendo en nuestra salud.

TRATAMIENTOS "DETOX Consiste en la aportación de brebajes y enemas destinados a “purificar” preventivamente las toxinas que, según sus seguidores, se almacenan en el sistema digestivo o linfático.

TERAPIA QUELANTE: Bajo el supuesto de que ciertas enfermedades como las cardiovasculares, el cáncer o el autismo son producto de la acumulación de metales pesados u otro tipo de sustancias, se inoculan productos quelantes, causando potencialmente la muerte por colapsos renales o bajadas letales de calcio en sangre.

PRACTICAS DE MANIPULACION Y BASADAS EN EL CUERPO (III)

Acupuntura: probablemente la pseudoterapia más normalizada, postula la inserción de agujas sobre puntos acupunturales para restablecer los flujos de "energía qi".

Kinesiología holística: consiste en un "método diagnóstico" basado en la supuesta detección de dolencias de todo tipo de enfermedades a partir de las reacciones musculares del cuerpo ante ciertas manipulaciones.

Hidroterapia del colon: lavado intestinal con agua acompañada en algunos casos de hierbas y otros compuestos para la supuesta eliminación de toxinas y parásitos.

Osteopatía: Los estudios existentes respecto no cumplen los estándares y normas de rigor científico requeridos. Uno de sus grandes riesgos esté alojado probablemente en el asunto legal: en España no está reconocida como profesión sanitaria y por tanto no es necesario tener estudios sanitarios para ejercerla, como en efecto sucede

Quiropráctica o quiropraxia: se centra en el tratamiento de los trastornos mecánicos del sistema musculoesquelético. Además de no existir ningún estudio científico que describa dicha relación, las revisiones sistemáticas niegan su eficacia para tratar ninguna dolencia.

Reflexología/terapia zonal/acupresión: consiste en estimular puntos sobre los pies, manos, nariz u orejas). Parten de la creencia de que esas zonas están conectadas vía canales de energía con otras zonas del cuerpo, o con órganos, y por lo tanto, su estimulación restaura la salud.

Shiatsu: práctica japonesa de acupresión (véase apartado anterior) con el objeto de reequilibrar la circulación energética del qi.

Terapia neural: consiste en inyectar anestesia local (generalmente procaína) en ciertos lugares del cuerpo para tratar enfermedades o dolor crónico. De alto riesgo para la salud por daños en los nervios.

TECNICAS DE LA MENTE Y EL CUERPO (IV)

BIODESCODIFICACIÓN: secta derivada de la "Nueva Medicina Germánica" .Entiende toda enfermedad como producto de un conflicto emocional inconsciente no resuelto, del que basta con "tomar consciencia" para curarse, conflicto que puede heredarse además de padres y abuelos

BIONEUROEMOCIÓN: secta derivada de la "Biodescodificación" . Entiende todo suceso adverso de nuestras vidas (incluyendo la enfermedad) como producto de un conflicto emocional inconsciente no resuelto, del que basta con "tomar consciencia" para corregirlo.

CONSTELACIONES FAMILIARES: se trata de una escenificación teatral que ponen en escena las relaciones familiares de una persona a las que llaman "constelación". Además de la falta de terapia del posible problema, hay reportes de conflictos inducidos o falsos recuerdos. Esta práctica se hibrida en mayor o menor proporción con otras que orbitan en la corriente sectaria del "origen emocional de la enfermedad" (Biodescodificación, Bioneuroemoción, la Nueva Medicina Germánica, el psicoanálisis, la terapia Gestalt…).

EMDR (Desensibilización por medio de movimientos oculares): es especialmente utilizada para casos de estrés postraumático.

HIPNOSIS: Entendida como "sugestión dirigida", es un campo de estudio válido y cuenta con cierta evidencia aplicable a todo a procesos de dolor crónico y ansiedad leve.

NUEVA MEDICINA GERMÁNICA: secta creada por Ryke Geerd Hamer que asocia el cáncer a haber sufrido un fuerte conflicto emocional, de forma que basta con "tomar conciencia" de dicho conflicto y tratarlo psicológicamente para curarse del cáncer.

PROGRAMACIÓN NEUROLINGÜÍSTICA: es una serie de ideas y técnicas de tipo filosófico-pseudopsicológico que busca la autorrealización personal y la superación de trastornos mentales.

TERAPIA GESTALT: pseudopsicoterapia ampliamente utilizada con objetivos de manipulación del pensamiento en movimientos de riesgo sectario, carece de estudios serios que la avalen.

YOGA, MEDITACIÓN, MINDFULNESS, HIPNOTERAPIA: por su exotismo o por estar de moda, pese a tener un ámbito de aplicación legítimo en su campo, son usualmente utilizadas por movimientos sectarios como captación o incluso herramienta de manipulación psicológica distorsionando su aplicación.

TECNICAS SOBRE LA BASE DE LA ENERGIA (TERAPIAS DEL BIOCAMPO Y TERAPIAS BIOELECTROMAGNETICAS (V)

GEMOTERAPIA / CRISTALOTERAPIA: supuesta "sanación" del cuerpo a nivel físico, mental, emocional y espiritual mediante el uso de gemas y cristales.

REIKI / TOQUE TERAPÉUTICO: Probablemente una de las pseudoterapias de mayor popularidad junto con la homeopatía, consiste en la sanación de enfermedades con las manos, mediante la manipulación de la "energía vital" (qi) del paciente. Versión orientalista de la imposición de manos católica, cuenta con la misma falta de evidencia que esta última.

TERAPIA BIOMAGNÉTICA: afirma que es posible eliminar las causas que originan una enfermedad mediante la imposición de imanes en diferentes zonas del cuerpo. Sostiene que un desequilibrio del pH en el cuerpo es el origen de la mayoría de enfermedades, de modo que corrigiendo dicho desequilibrio se recuperaría la salud, pero no hay evidencias de que esto sea así. Por otro lado, la idea de que los campos magnéticos creados por un imán puedan tener algún efecto curativo en las personas es infundada, ya que los estudios no han observado ningún efecto, ni curativo ni perjudicial.



OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

Terapias Naturales TTNCs Algunas cifras

- **El 95.4% de la población española conoce alguna terapia natural.**
- **El 23.6% de la población ha utilizado alguna vez las TTNC, aunque hay diferencias geográficas .**

(*Fuente : Estudio realizado en 2008 por el Observatorio de Terapias Naturales en una entrevista a 2.000 individuos con un error muestral de + - 2.25% y confianza del 95% , intervalos de edades de encuestados : 16 a 65 años . Ambito : Península y Baleares*).

- **50.000 Naturópatas en todo el Estado Español**
- **7.500 Médicos (AP) la han utilizado alguna vez.**
- **En España, hay 10.000 – 15.000 Médicos entre Naturistas, Homeópatas y Acupuntores.**
- **11 Asociaciones , Sociedades y Federaciones , solamente de Naturopatía , Terapia Natural, una de ellas la AEMN. Existen 54 Asociaciones de Médicos Homeópatas en España**
- **Alrededor de 139 diferentes TTNC descritas en el ámbito de las Terapias Naturales.**

- **En España solo el 25% de los terapeutas de la Medicina Natural son Médicos, ATS o Fisioterapeutas, profesiones reconocidas como sanitarias. El 75% restante es un conglomerado de Naturópatas y terapeutas de disciplinas varias que buscan desde hace años su regulación.**

NUMERO DE CENTROS DE TERAPIAS NATURALES MAS UTILIZADAS

Mediante una consulta en las Páginas amarillas (www.paginasamarillas.es 4-1-2011) se han identificado un número elevado de **centros que ofertan algunas terapias naturales en toda España**, aunque hay que tener en cuenta que algunos superponen varias actividades y no todos los resultados realmente corresponden específicamente a la técnica solicitada:

- **Naturopatía: 1.704 centros.**
- Quiromasaje: 1.070 centros.
- Acupuntura: 1.024 centros.
- **Homeopatía: 931 centros.**
- Osteopatía: 766 centros.
- Medicina tradicional china: 224 centros.
- Quiropraxia: 179 centros.
- Reiki: 104 centros.

Análisis crítico - Utilidad de las TTNC en general

- **Un análisis somero de la situación actual de las TTNC en nuestro país sería necesario para el abordaje de sus implicaciones profesionales, éticas y jurídico - legales.**
- **Sin entrar en profundidades podemos apuntar que, considerada en su conjunto o en cada una de sus modalidades, las TTNC presentan las siguientes características:, que, al propio tiempo son Inconvenientes :**

1. **Dirigidos a múltiples patologías, carecen de especificidad en cuanto a sus objetivos terapéuticos y no tienen una correlación con áreas de conocimiento y especialización médicas**

2. **Diversidad y multiplicidad de técnicas y procedimientos. Gran variabilidad dentro de cada técnica. Continuas invenciones de nuevas metodologías personales, lo que provoca una falta de homogeinización de la práctica profesional**

3. **Respuesta impredecible ante la falta de evaluación científica de las mismas. Presencia principal de resultados que se solapan con la evolución natural de la enfermedad, la regresión a la media y la presencia de los efectos placebo y nocebo.**

4. **Cuando son evaluados externamente, sus estudios tienen unas graves deficiencias en todos los aspectos del método científico. Incertidumbre estadística.**

5. **Su formación docente carece de aval académico oficial, y cuando así ha sido, ha sido muy cuestionado y en muchos casos, retirado.**

Bibliografía basada en revistas monográficas de su campo. Escasa o nula presencia en revistas científicas de prestigio. Graves errores metodológicos en sus trabajos.

El riesgo de asumir que las pseudoterapias / pseudociencias tienen un papel en el adecuado tratamiento del sufrimiento humano, va unido al debate ético del papel del placebo en la terapéutica cuando exista una alternativa terapeútica médica con evidencia científica ó efectiva para el proceso de que se trate.

Estas pseudoterapias basadas en la "falsa ciencia ", representan un gran peligro por varias razones:

1.- Existe el riesgo de que los pacientes abandonen terapias médicas efectivas por prácticas que no han demostrado / carecen de valor curativo, y esto puede ocasionar graves problemas de salud e incluso la muerte.

2.- La posibilidad más que frecuente de retrasos peligrosos y "pérdida de oportunidad "en la aplicación de fármacos, procedimientos y técnicas reconocidas y avaladas por la comunidad científica.

3.-Independientemente del abandono de un tratamiento médico, algunas pseudoterapias , por sí mismas, pueden tener **efectos negativos sobre la salud**.

4.- Suelen producir daños económicos o morales en los pacientes.

5.- El encarecimiento de los procesos, que reciben atención múltiple.

6.- El intrusismo en la profesión médica, con un preocupante aumento con el uso de Internet.

7.-Las sectas están habitualmente relacionadas con las prácticas de Pseudociencias y Pseudoterapias.

Análisis crítico
Utilidad de las TTNC en general

- **Otras cuestiones para la reflexión y el análisis :**
- **Legitimación ética y competencia profesional.**
- Respeto a los 4 principios básicos de la Bioética .
- Consentimiento informado y Protección de menores.
- **Lex Artis ad Hoc.**
- **Marco jurídico legal actual.**
- **Protección de los derechos de los pacientes , en términos de : Salud, seguridad, evitación de riesgos por uso de algunas prácticas perjudiciales u omisión de otras eficaces y necesarias .**

El Faro de Cabo Mayor Santander

Conocido con el nombre de Faro de Buenavista, fue edificado en el siglo XIX, y consiste en una torre de forma cónica, revestida de piedra y de color blanco.

Su altitud es de 30 metros, aunque se levanta 91 metros sobre el nivel del mar, y tiene un alcance de 21 millas, siendo su luz blanca.



Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

- Situación de práctico vacío normativo, unida a la íntima conexión que **el ejercicio de las profesiones sanitarias** tiene con el derecho a la protección de la salud, con el derecho a la vida y a la integridad física, con el derecho a la intimidad personal y familiar, con el derecho a la dignidad humana y con el derecho al libre desarrollo de la personalidad, **aconseja el tratamiento legislativo específico y diferenciado de las profesiones sanitarias.**

- No puede olvidarse, por otra parte, **la Normativa de las Comunidades Europeas, centrada en las directivas sobre reconocimiento recíproco, entre los Estados miembros, de diplomas, certificados y otros títulos relativos al ejercicio de las profesiones sanitarias** que, en la medida que **subordinan el acceso a las actividades profesionales sanitarias a la posesión de los títulos** que en las directivas se precisan**,** introducen, indudablemente, una limitación al ejercicio profesional que ha de establecerse, en nuestro derecho interno, por norma con rango formal de ley, tal y como exige el artículo 36 de nuestra Constitución.

Profesión Regulada

- **Se define de esta manera a la actividad o conjunto de actividades profesionales en las que el acceso, ejercicio o una de las modalidades de ejercicio están subordinados de manera directa o indirecta, en virtud de disposiciones legales, reglamentarias o administrativas, a la posesión de determinadas cualificaciones profesionales.**

- **En cumplimiento del art. 59 de la Directiva 2005/36/CE, se establece que en el seno de los países miembros de la UE se tiene que hacer un ejercicio de transparencia de las profesiones reguladas existentes en cada país,** y poner la información y las conclusiones a disposición del resto de los países miembros.

- **Data Base del Portal de Transparencia de la Comisión Europea**

- **Los Estados miembros han de notificar a la Comisión Europea, a más tardar el 18 de Enero de 2016, la lista de las profesiones reguladas existentes especificando las actividades que incluye cada profesión.** Todo ello está coordinado por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, que se dirige a los Consejos Generales de las Profesiones (en nuestro caso la profesión Médica) a los efectos de analizar, junto con los Ministerios de adscripción - en nuestro caso Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y con la intervención del Ministerio de Economía y Competitividad - la proporcionalidad de las regulaciones nacionales de acceso a las profesiones, así como las actividades reservadas a cada profesión.

Se consulta a este Consejo General sobre "si la acupuntura, reflexología podal, digitopuntura, moxibustión, fitoterapia y homeopatía tienen la consideración de actos médicos que requieren la existencia de Titulación oficial" ?

- En el Decreto 1417/1990, de 26 de octubre, modificado parcialmente por los Reales Decretos 1267/1994, de 10 de junio, 1561/1997, de 10 de octubre, y 1332/1999, de 31 de julio, por el que se establece el **título universitario oficial de Licenciado en Medicina** y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquél, **no se establece ninguna directriz sobre la acupuntura, reflexología, moxibustión, fitoterapia y homeopatía, ni referencia alguna a la llamada "medicina natural",** lo que no excluye que en el ejercicio de su autonomía las **Facultades de Medicina** puedan incluir dentro de sus Planes de Estudio de carácter ordinamental, alguna asignatura sobre aquella materia. ".

- **Las referidas actividades no forman parte de los Programas de Formación de los Títulos de Médico Especialista creados por Decreto 127/1984**, de 11 de enero (modificado por Decreto 139/2007, de 7 de febrero). Por lo que aquellas tampoco podrían considerarse especialidad médica, en los términos de los artículos 15 y siguientes de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

- **Como no se requiere el título de Licenciado en Medicina, ni el de Especialidad, las actividades referenciadas o cualesquiera otras que se deriven de la denominada "medicina natural", no tienen la consideración de "acto médico".**

- **No obstante lo anterior, el desarrollo y ejercicio de aquellas actividades por personas no licenciadas en Medicina viene condicionado, según criterio jurisprudencial, a que se lleve a cabo por prescripción facultativa o bajo la supervisión de un médico**. **Así las sentencias del Tribunal Supremo de fecha 23-1-84 y 19-6-89**

Aspectos legislativos y de regulación de las TTNCs

- **La Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en sesión celebrada el 12 de diciembre de 2009**, quedó enterada de la información facilitada por el Coordinador del Área para las Relaciones con las Terapias Médicas no Convencionales, sobre la actividad desarrollada por la citada Área, así como de la posibilidad de considerar la Homeopatía como acto médico.

- **La Asamblea General, tras la información recibida adoptó el acuerdo de aprobar, por unanimidad, la consideración de acto homeopático, como acto médico, siempre y cuando esté sometido a los mismos criterios éticos y científicos de las otras actividades médicas, autorizando a la elaboración del documento correspondiente.**

Madrid, 14 de diciembre de 2009

EL SECRETARIO GENERAL
Serafín Romero Agüit

EL PRESIDENTE
Juan J. Rodríguez Sendín

- **La Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en sesión celebrada en Granada el 14 de diciembre de 2013**, adoptó el acuerdo de aprobar la siguiente:
  - **Declaración de la OMC acerca de las denominadas TTNCs**
- **La Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en sesión celebrada en Alicante el 29 de marzo de 2014**, adoptó el acuerdo de aprobar el siguiente:
  - **Documento sobre la consideración de la Naturopatía vs Medicina Naturista como Acto Médico**
- **La Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en sesión celebrada en Alicante el 23 de marzo de 2017**, adoptó el acuerdo de aprobar :
  - **Creación del Observatorio contra las Pseudociencias, pseudoterapias, intrusismo sanitario y sectas sanitarias.**

http://www.cgcom.es/observatorio_omc_pseudociencias_intrusismo

- **Como continuación al informe emitido por este Consejo General de Médicos, de fecha 30 de julio de 2015, registro de entrada en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de la misma fecha, en relación al proyecto de R.D. por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios** y se determinan los requisitos mínimos comunes para su autorización, se propone la inclusión de una alegación adicional que seguidamente se transcribe:
- **U.101 .- Terapias y Técnicas No Convencionales:**

- **Unidad Sanitaria, integrada por profesionales sanitarios, capacitados por su titulación oficial o habilitación profesional, en que se aplican terapias o técnicas no convencionales seguras, del ámbito de la naturopatía, homeopatía, acupuntura y otras, que pueden incidir en la mejora del bienestar de las personas.**

- **Dichas Unidades Sanitarias deben necesariamente cumplir con el requisito de tener un responsable al frente, que sea licenciado/graduado médico.**



Faro del Cantil de Isla Cristina (Huelva)

ASPECTOS DEONTOLOGICOS-MEDICOS A CONSIDERAR EN PSEUDOCIENCIAS

Código de Deontología Médica - CDM
Guia de ética médica -Noviembre 2011 – marzo 2015

- Art. 7.1 - 7.4: Acto médico y deberes profesionales para con la comunidad.
- Art. 12,5 - 16.1 - 16.2 y 17 : información al paciente y consentimiento informado como acto clínico
- Art. 18: Centro de prestación de servicios.
- Art. 21.1: Calidad de la atención médica.
- Art. 25.1-25.4: Aspectos preventivos y educativos, promoción de hábitos de salud.
- Art. 26.1 - 26.2: Prescripción de fármacos y prácticas carentes de base científica.
- Art. 65.1, 65.2, 65.3, 65.5 y 65.6: Publicidad médica, publicidad engañosa y falsas necesidades .

Por ello ante la práctica de las denominadas "Pseudociencias, Pseudoterapias" es preciso recordar que:

1.- Todo Acto médico está sujeto a la *Lex Artis ad hoc.*
2.- Todo Acto médico exige que el médico esté "legítimamente y legalmente capacitado".
4.- El médico que ejerza y aplique técnicas o terapias no avaladas por la Comunidad Científica, tiene el deber de asumir todas las obligaciones legales y deontológicas que marcan la actividad médica de la *lex artis ad hoc*.

- **Según el Real Decreto 1907/1996 del 2 de agosto, sobre publicidad y promoción comercial de productos, actividades o servicios con pretendida finalidad sanitaria**, está prohibida cualquier clase de publicidad o promoción directa o indirecta, masiva o individualizada, de productos, materiales, sustancias, energías o métodos con pretendida finalidad sanitaria, cuando atribuyan efectos preventivos o terapéuticos específicos a sustancias que no están respaldados por suficientes pruebas técnicas o científicas acreditadas (artículo 4.16).

- Además, **éste RD prohíbe a los profesionales sanitarios (como por ejemplo un médico) o a sus asociaciones o Corporaciones profesionales amparar ningún tipo de actividad comercial** que respalde utilidades preventivas, terapéuticas, de rehabilitación o cualquier otra pretendida finalidad sanitaria, **si no se cuenta con la evidencia científica necesaria (artículo 5.1).**

Intrusismo, terapias pseudocientíficas y sectas sanitarias. III
(crítica estructurada desde la razón y la legislación)

ARGUMENTARIO para la Profesión Médica

3. **La actitud y el compromiso de los profesionales médicos y de las instituciones que les representan son muy importantes en los comportamientos de la ciudadanía y de los pacientes y en la educación sanitaria y para la salud, que queremos transmitir a la población.**

4. **En lo referente a los aspectos educativos y preventivos de la asistencia y práctica médica segura y de calidad, todo médico ha de estar obligado por CDM a informar , educar para la salud e intentar convencer, aunque no imponer.**

5. **En los últimos 5 años se han incorporado al SNS, 210 Innovaciones Terapeúticas, el 25% de ellas en el Área Oncológica . No se pueden confundir las medidas de confort, con efecto relajante ó aquellas que aportan bienestar al paciente, con procedimientos y terapias eficaces y efectivas reconocidas por la comunidad científica ni , en su caso , cuidados paliativos al final de la vida .**

Intrusismo, terapias pseudocientíficas y sectas sanitarias. III
(crítica estructurada desde la razón y la legislación)

ARGUMENTARIO

Es en éste campo y en éstos ámbitos, donde las pseudo ciencias, los productos, falsas terapias (algunas denominadas " medicamentos "), las técnicas milagrosas , el intrusismo y hasta las sectas (también en la esfera sanitaria), ejercen su principal actuación .

Tenemos la obligación desde el ámbito científico, académico, de las administraciones, profesional deontológico y de las Corporaciones Médicas reguladas y colegiadas, de advertir acerca de :

1. La posibilidad más que frecuente de **retrasos peligrosos " pérdida de oportunidad en la aplicación de fármacos y técnicas reconocidas y avaladas "** por la comunidad científica.
2. El **encarecimiento de los procesos**, que reciben atención múltiple.

3. La utilización de productos, terapias, técnicas ó cualquier otro procedimiento que además de carecer de dicho aval científico experimental y legal, **no están incluidas en la Cartera de Servicios (básica ni complementaria) que el SNS público oferta** , con las implicaciones jurídico legales que ello pueda indudablemente tener

Las pseudoterapias, ofrecidas por sanitarios y no sanitarios, constituyen una oferta terapéutica sin el apoyo científico necesario para avalar su validez ni utilidad. El impacto real sobre la sociedad es afortunadamente pequeño pero debe ser conocido y analizado para prevenir su extensión.

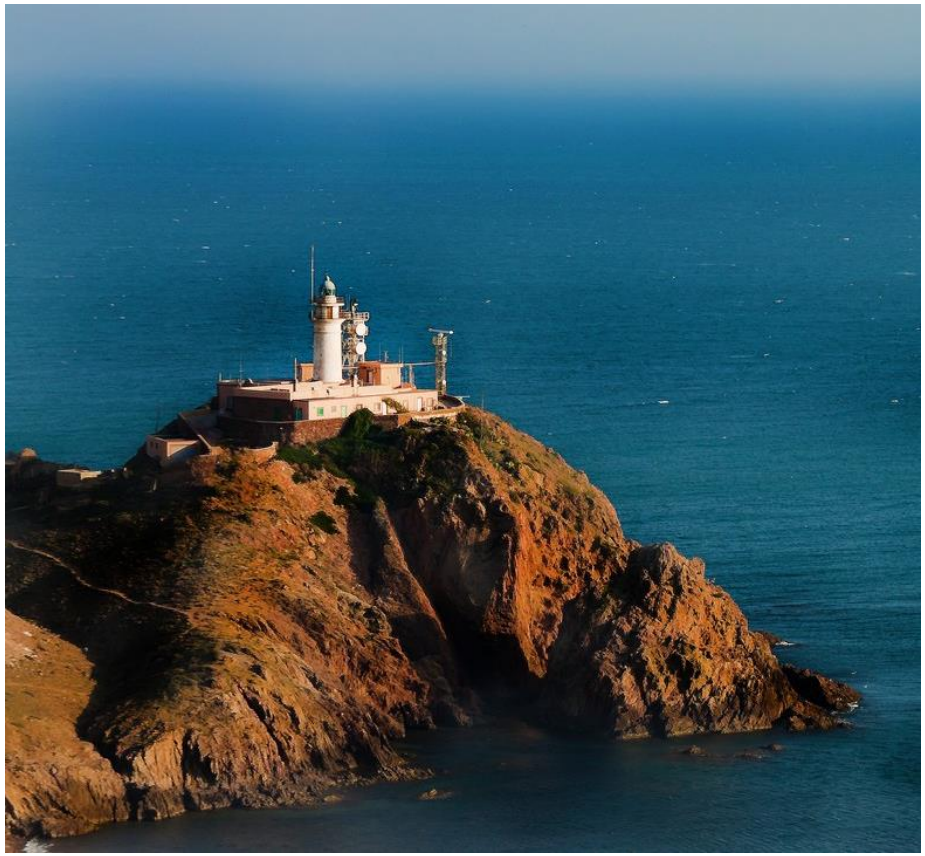
Ningún sanitario debería ofrecer pseudoterapias en su práctica clínica.

El médico tiene la obligación de informar al paciente de que las prácticas tradicionales no convencionales, alternativas y/o complementarias no son una especialidad dentro de la medicina científica y, por lo tanto, las formas de capacitación certificada dentro de estas áreas no constituyen una capacitación especializada reconocida por la comunidad científica ni legalmente en la mayoría de los países; **ni forman parte , en sensu estricto de los contenidos propios del Acto Médico.**

El médico debe disponer de libertad de prescripción, respetando la evidencia científica y las indicaciones autorizadas de entre las mejores posibles y hacer partícipe a su paciente, por calidad y seguridad en la atención. El médico que ejerza y aplique técnicas o terapias no reconocidas legalmente ni avaladas por la Comunidad Científica, tiene el deber de informar adecuadamente a sus pacientes y asumir todas las obligaciones legales, profesionales y deontológicas (CDM) que marcan la actividad médica de la *lex artis ad hoc y el Acto médico en sensu estricto*. (***Rfcia : Doc. CPME 2004/080 Def. Pacientes informados y responsables , aprobado por el Consejo del CPME en Bruselas , 11-09-2004***).

La profesión médica necesita profundizar en aspectos como la relación médico – paciente, la comunicación personal y social, la confianza mutua y la humanización de la asistencia sanitaria centrada en la persona, con respeto a las decisiones y autonomía del paciente, para evitar la desviación de estos hacia las pseudociencias y pseudoterapias.

Los médicos deben saber que algunos grupos de pacientes, como pacientes con cáncer, enfermedades psiquiátricas o enfermedades crónicas graves y niños, son particularmente vulnerables a los riesgos asociados con las prácticas pseudocientíficas/ pseudoterapeúticas alternativas y/o complementarias no contrastadas con métodos de evidencia.



Faro del Cabo de Gata
Almería

El faro fue construido a mediados del siglo XIX, construido sobre las ruinas de un antiguo castillo, encima de un impresionante acantilado de 50 metros, el faro mide 18 metros de altitud, y sus destellos tienen un alcance de unos 45 km.

Intrusismo, terapias pseudocientíficas y sectas sanitarias. III
(crítica estructurada desde la razón y la legislación)

ARGUMENTARIO para los Colegios Médicos

1. **Nosotros (OMC- CGCOM) no reconocemos el término " Medicina Alternativa, Medicina Integrativa ni Medicina Complementaria "** por razones sobradamente explicadas y hasta obvias. ***En tanto no exista una Titulación Oficial y un reconocimiento legal que ampare su ejercicio regulado y acredite su solvencia*** , **Nuestro criterio es denominarlas : " Terapias - Técnicas No Convencionales (TTNC) ".**

2. **La aplicación de algunos procedimientos de Terapias y Técnicas No Convencionales** (TTNC) que no precisan de tratamientos curativos **es un Acto Sanitario y no en sensu estricto un Acto Médico.**

3. **Los actos sanitarios deben ser realizados por profesionales sanitarios,** sometidos y **regulados por la Ley 44/2003** de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. **Los actos sanitarios deben realizarse en centros sanitarios debidamente autorizados** según determina **la Ley General de Sanidad, la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del SNS y el Real Decreto 1277/2003 sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios**.

Intrusismo, terapias pseudocientíficas y sectas sanitarias. III

(crítica estructurada desde la razón y la legislación)

Hace tres años se aprobaba, en la Asamblea General de la Organización Médica Colegial celebrada en Granada, una declaración acerca de las terapias no convencionales. Dicha Declaración comenzaba así:

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

Es preciso reforzar el papel de los Comités de Deontología dentro y fuera de los Colegios Profesionales y los Comités de Ética en los " Centros Sanitarios públicos y privados " para que puedan, junto con los gabinetes jurídicos, denunciar cualquier desmán que perjudique al prestigio de nuestras instituciones, perjuicio que a su vez repercute en una pérdida de prestigio de cara a la sociedad, que sólo empeorará el problema.

Intrusismo, terapias pseudocientíficas y sectas sanitarias. III
(crítica estructurada desde la razón y la legislación)

- **Existe un déficit claro de formación específica en el ámbito de las pseudociencias y pseudoterapias**, que ha de resolverse, para detectarlas y poder actuar a tiempo desde nuestra responsabilidad colegial y profesional.

- **Falta un funcionamiento en red colegial estructurada** que nos permita compartir y transmitir información al respecto.

- **Se nos están colando en nuestras entidades colegiales y en nuestros centros de trabajo** con la permisividad de los gerentes (**decisión no informada**) y para mal ejemplo de la profesión.

- **Si se oferta y se hace en los centros sanitarios** , a los ojos de nuestros pacientes parece que funcionan y aunque no esté en Cartera de Servicios básica ni complementaria lo demandan, lo cuál crea confusión e incertidumbre .

Es una irresponsabilidad el claro incumplimiento del RD 1907/1996, sobre publicidad y promoción comercial de productos, actividades ó servicios con pretendida finalidad sanitaria (art. 2,4,5), que incluyen la **prohibición expresa a profesionales sanitarios y a sus asociaciones y corporaciones .**

Intrusismo, terapias pseudocientíficas y sectas sanitarias. III
(crítica estructurada desde la razón y la legislación)

- **Objetivos :**
- **Crear una masa crítica adecuadamente informada y responsable** con capacidad para decidir y responder, pensando en términos de prevención, educación en salud y salud pública .
- **Salvaguardar** la salud y la seguridad de los pacientes /ciudadanos.
- **Informar** (art. 16.1 CDM), **concienciar y educar para la salud** (art. 25.CDM).
- **Garantizar** que las actuaciones de los profesionales médicos se ajustan a la Lex Artis ad Hoc, y no son prácticas basadas en pseudo ciencia ó con publicidad engañosa.
- **Asegurar / Garantizar que en la Cartera de Servicios del SNS público**, no se utilicen terapias, productos, ni técnicas pseudo científicas, engañosas ó que no tengan un sustrato científico experimental y de efectividad reconocido y probado.
- **Denunciar las malas prácticas ,** las prácticas engañosas (publicidad engañosa, webs de salud y sanitarias no acreditadas , etc.) y el intrusismo.
- **Recomendación :**
- **Cuidar de manera profesional y esmerada** en todos los Actos Colegiales ó actividades realizadas en ICOMs, (también en Centros Sanitarios públicos y otras esferas académicas y científicas y de la Administración), a quién / quienes prestamos las instalaciones , para qué fin y con qué objeto ?.

Intrusismo, terapias pseudocientíficas y sectas sanitarias. III
(crítica estructurada desde la razón y la legislación)

- **Propuestas / Ya realidades :**

- **Creación de un Observatorio OMC contra las pseudociencias, pseudoterapias, el intrusismo y las sectas sanitarias,** como herramienta a disposición de los Colegios Médicos , las Administraciones , el mundo científico y académico y la ciudadanía en general, como red estructurada colegial a nivel estatal, que nos permita compartir y transmitir información .
  http://www.cgcom.es/observatorio_omc_pseudociencias_intrusismo

- **Creación de Grupo de Trabajo CGCOM** con infraestructura y recursos básicos, sobre uso / mal uso y aplicación de las TTNCs y denuncia en su caso ,de las pseudo ciencias , pseudoterapias, mala praxis, publicidad engañosa , webs no acreditadas e intrusismo.

- **Denunciar como OMC , desde el Consejo General de Colegios Médicos , las webs sanitarias ,** de la denominada Nueva Medicina Germánica (NMG - Hammer), y publicidad engañosa de curación del cáncer (MMS y otros).

Otras Propuestas / Otras realidades :

1. **La responsabilidad de las Administraciones** (central y autonómicas) estará fundamentada en las repercusiones sobre el uso y la aplicación de estas terapias / técnicas en el ámbito de los cuidados sanitarios y de la salud pública, pendientes de una, posible aunque compleja, **regulación efectiva en una norma Estatal con rango de Ley;** los riesgos de su mala utilización ó utilización inadecuada , así como la regulación de los centros sanitarios donde debe aplicarse e identificar a quienes lo hacen y cómo lo hacen y la veracidad de la publicidad al respecto (RD 1277/2003).(Art.18 CDM).

2. **Han de potenciarse los servicios de regulación, de Inspección y grado de cumplimiento de los establecimientos y centros, competencia de las CCAA y los Ayuntamientos.**

3. **Poner el Observatorio OMC a total disposición de los Colegios Profesionales (médicos y otras profesiones), de las Consejerías de Sanidad y sus Consejos Asesores en las diferentes CCAA, así como de los Ayuntamientos , Universidades , Facultades de Medicina , SS.CC, Asociaciones de pacientes** y afectados y otras áreas del pensamiento crítico y del conocimiento.



El Faro de Formentor, con un alcance de 21 millas náuticas, fue construido a mediados del siglo XIX, y en sus alrededores podremos contemplar la Torre de Albercutx, una construcción defensiva edificada en el siglo XVI.

El faro tiene 24 metros de altitud, aunque se alza nada menos que 230 metros por encima del nivel del mar.

Ejemplo de buena implementación

http://www.diariomedico.com/2017/05/16/area-profesional/sanidad/el-colegio-de-medicos-de-madrid-elimina-su-comision-de-homeopatia



DIARIO MEDICO.COM 25 aniversario

Diario Mé

INICIO | ÁREA PROFESIONAL | ÁREA CIENTÍFICA | OPINIÓN / PARTICIPACIÓN | MULTIMEDIA | FORMACIÓN

Sanidad | Profesión | Normativa | Gestión | Entorno | La consulta |

Portada > Área Profesional > Sanidad

ELIMINA SU COMISIÓN DE HOMEOPATÍA

El Colegio de Médicos de Madrid elimina su Comisión de Homeopatía

El Colegio de Médicos de Madrid, tal y como había avanzado a este periódico hace un año, ha eliminado su Comisión de Médicos Homeópatas, al considerar el Consejo Científico que es una disciplina sin evidencia científica.

- **Guerra al Reiki en los hospitales de Madrid**
- **Ni terapias, Ni anuncio de los cursos**

- **Una nueva circular de la consejería prohíbe que en los centros públicos se anuncien academias o cursos de esta terapia energética, no reconocida por el ministerio**
- El Gobierno regional que preside Cristina Cifuentes ha decidido vetar definitivamente el Reiki, una terapia japonesa que en teoría sirve para relajar al enfermo con la imposición de manos sobre su cuerpo.
- El consejo de administración del Servicio Madrileño de Salud (Sermas) aprobó el pasado 23 de mayo enviar a todos los hospitales públicos **una circular prohibiendo** toda la publicidad y promoción relativa al reiki.
- **Tampoco se podrá publicitar en los hospitales ni en lo centros de salud dependientes del Sermas**

Ejemplo de buena implementación

https://www.comb.cat/Upload/Documents/7475.PDF

Documento de Posición del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña

EL ENFERMO CON CÁNCER. LOS TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS Y PALIATIVOS, LAS TERAPIAS SIN EVIDENCIA CIENTÍFICA Y LAS PSEUDOCIENCIAS

Con la participación y el consenso
de la Sociedad Catalano-Balear de Oncología
y de la Sociedad Catalano-Balear de Cuidados Paliativos

CONSELL DE COL·LEGIS DE METGES CATALUNYA

OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

Observatorio OMC contra las Pseudociencias, Pseudoterapias, Intrusismo y Sectas Sanitarias

Ejemplo de buena implementación

http://www.abc.es/espana/catalunya/abci-colegio-medicos-barcelona-expedienta-cinco-facultativos-curar-cancer-terapias-alternativas-201706151704_noticia.html

Expedientan a cinco médicos de Barcelona por tratar el cáncer con terapias alternativas

» El COMB ha inhabilitado a un profesional por un año y medio por tratar rociando con «agua de luz» a un paciente joven que acabó muriendo

0 Compartir Compartido 174 veces



CONTENIDOS RELACIONADOS



La Universidad de Barcelona suprime su máster en Homeopatía

Publicidad

elCONSORCI barcelona

El Colegio de Médicos de Las Palmas cierra su sección de Homeopatía

- El Colegio de Médicos de Las Palmas ha decidido cerrar su sección de homeopatía, en sintonía con la política de la Organización Médica Colegial en contra de las pseudociencias y disciplinas acientíficas.

Este acuerdo lo adoptó su junta directiva el pasado 22 de marzo, que también resolvió que, en adelante, **el Colegio no figurará como sede social de ninguna asociación, sociedad o colectivo de pseudociencia o disciplina acientífica.**

Con esta decisión, el Colegio de Médicos de Las Palmas confirma su política de alejamiento de las pseudociencias y de las prácticas acientíficas, así como de dar cobijo o amparo a las mismas desde el punto de vista profesional.

El Colegio recuerda que es sede social de muchas sociedades científicas de especialidades médicas reconocidas por el Gobierno de España y miembro partícipe del Observatorio contra las pseudociencias, pseudoterapias, intrusismo y sectas sanitarias de la Organización Médica Colegial.



Faro Torre de Hércules, (A Coruña)

Su altura total es de 57 metros, y data del siglo I.

Tiene el privilegio de ser el único faro romano y el más antiguo en funcionamiento del mundo .Patrimonio de la humanidad.

SUPONGO QUE HE SIDO COMPLEJO Y AL MISMO TIEMPO CONFUSO…….

MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCION

(Rfcia: Elaboración propia)





Excma. Sra. Dª Ana Pastor Julián
Presidenta del Congreso de los Diputados de España


2007/6/16 20:12

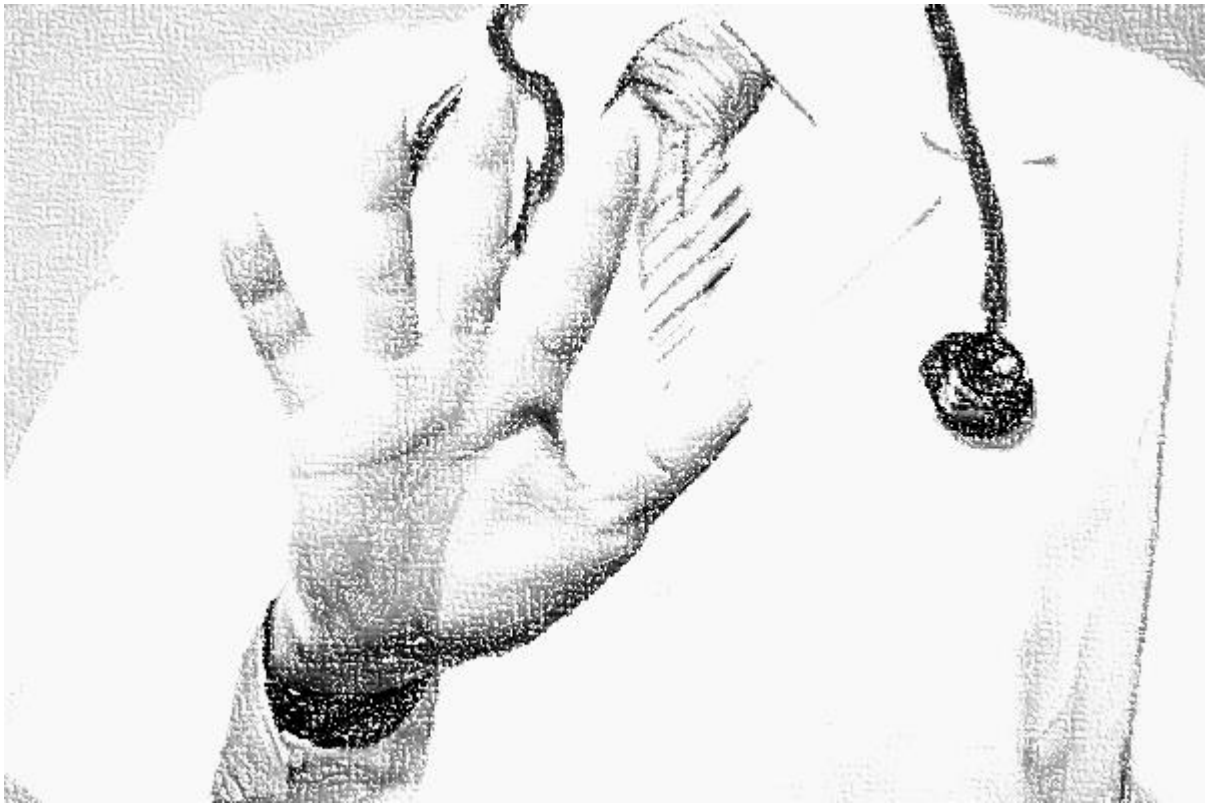

Muchas Gracias
Por su generosa Atención

Mesa 2

"LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA"

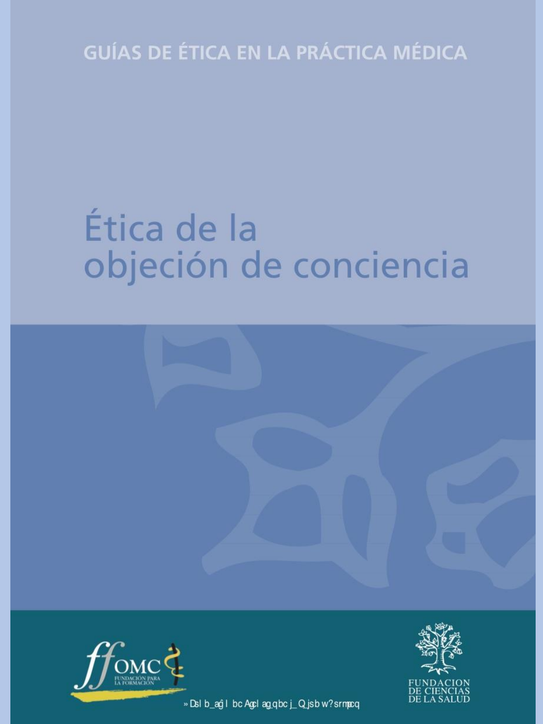
D. Agustín Zamarrón Moreno
D. Mariano Casado Blanco

Modera: D. Juan Javier Manzanares Sacristán



Proporcionalidad de la objeción de conciencia

SEGOVIA MAYO 2020



bioètica & debat b&d

Volumen 18 - número: 66 | monográfico 2012 | TRIBUNA ABIERTA DEL INSTITUT BORJA DE BIOÈTICA |

Consideraciones sobre la objeción de conciencia



sumario Pag.

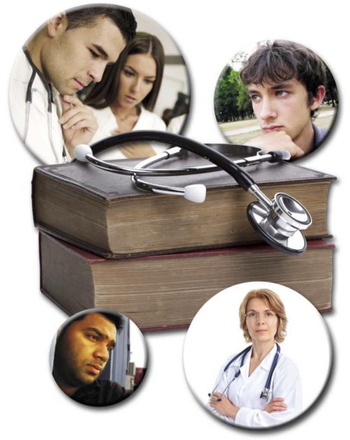
Editorial 2
Biodebat 3
Consideraciones sobre la objeción de conciencia 3
Reflexiones éticas 4
Perspectiva jurídica 7
Objeción de conciencia en el ámbito de los profesionales de la salud 8
Situaciones de posible conflicto de valores en el ámbito sanitario, diferentes de la objeción de conciencia 12
Conclusiones 16
Biblioteca 20
Objeción de conciencia y sanidad 20
Novedades biblioteca 21
Cine 22
Ser "tocados" por otros. *Intocable* 22
Agenda 24

Institut Borja de Bioètica
Universitat Ramon Llull

TÍTULO DE EXPERTO EN ÉTICA MÉDICA

18 TEORIA Y PRACTICA SOBRE LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA

Prof. Enrique Villanueva



OMC
fOMC
www.fomc.org

José Antonio Gimbernat (Ed.)

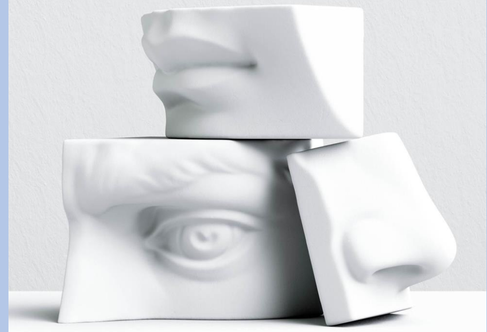
LA FILOSOFÍA MORAL Y POLÍTICA DE JÜRGEN HABERMAS

BIBLIOTECA NUEVA

John Rawls

Edición a cargo de Samuel Freeman

Lecciones sobre la historia de la filosofía política



PAIDÓS Básica

John Rawls

La justicia como equidad

Una reformulación

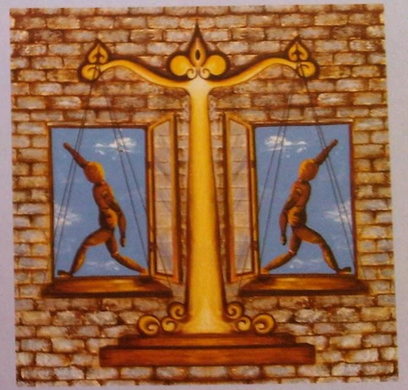
Edición a cargo de Erin Kelly



Paidós Estado y Sociedad

JOHN RAWLS

TEORÍA DE LA JUSTICIA



SEGUNDA EDICIÓN

RONALD DWORKIN

LOS DERECHOS EN SERIO

ARIEL DERECHO

Las objeciones de conciencia

Laura Gómez Abeja

Prólogo de Abraham Barrero Ortega

Estudios Constitucionales

Centro de Estudios Políticos y Constitucionales



lor, echandoſe ſobre ſus hũeuos dellas los viuifiquen. Eſtos no tienen aguijon, y ſon de animo tan vil y abatido que por ſolo el tragar ſufren mil afrentas, y aſsi ſin ningun reſpeto las abejas los conſumen y matan, haziendo gran riza en ellos ſiempre q̃ los hallan ocioſos, o en alguna goloſina ocupados: porq̃ quieren que no ſe paſſe vn momento ſin hazer algo, y q̃ no ſe viua para comer, ſino q̃ ſolamente para viuir ſe coma. De ſuerte que todas andan liſtas en el trabajo, procurãdo cada vna dellas moſtrarſe la mas ſolicita, y la mas deſembuelta a ſu Prin

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018

Dr. Mariano Casado

Miembro de la Comisión Central de Deontología



OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

ICOMBA
ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE BADAJOZ

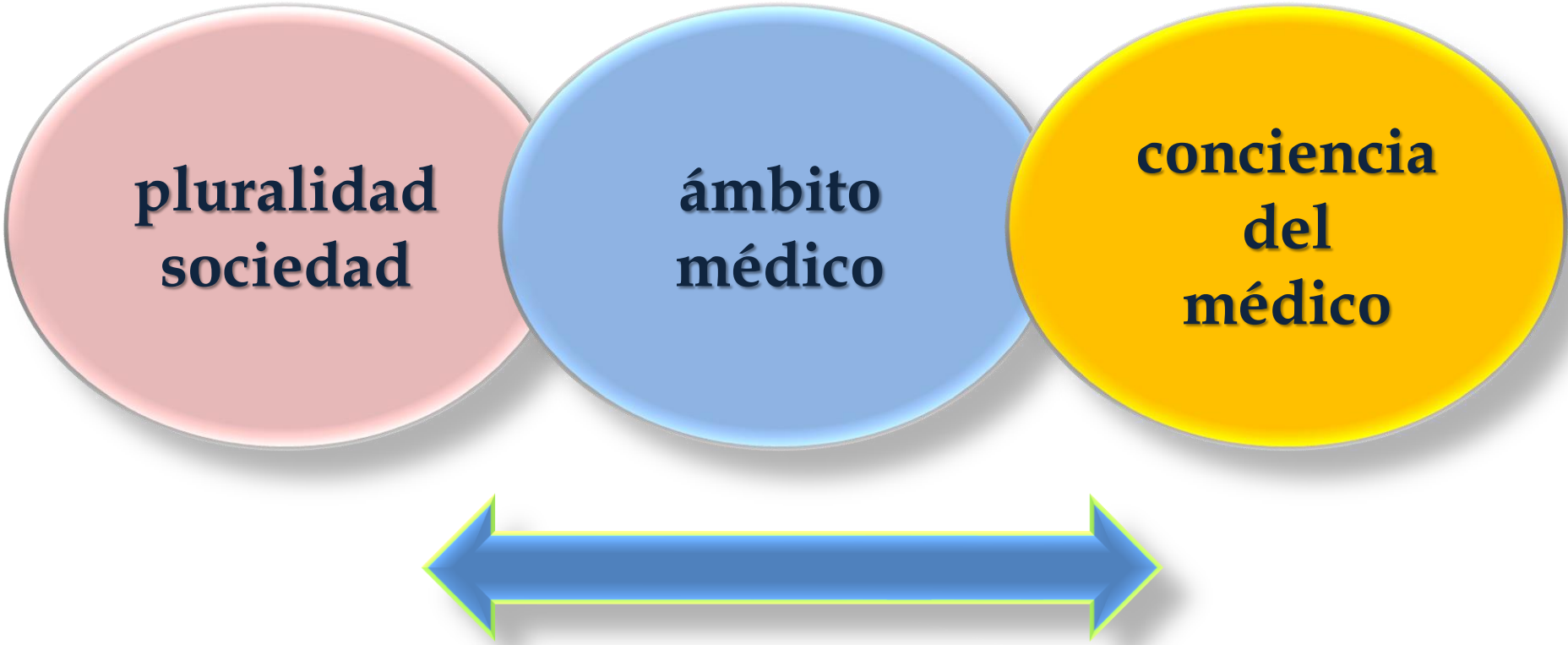


OBJECIÓN DE CONCIENCIA

"Situación de la Objeción de conciencia en la práctica médica"

MARIANO CASADO BLANCO

OMC
ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA
CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS


pluralidad sociedad
ámbito médico
conciencia del médico

"conciencia" como Derecho





ismo médico

"conciencia" **como Valor/Deber**

Asamblea General en Melilla

El CGCOM se posiciona ante la eutanasia y el suicidio asistido

La Asamblea del Consejo General de Colegios de Médicos (CGCOM), reunida el pasado viernes en Melilla, aprobó una Declaración a raíz de que el Congreso de los Diputados diera, recientemente, luz verde a abrir el debate para despenalizar la eutanasia. El CGCOM recuerda que el Código de Deontología Médica establece que "el médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste"

Libertad de Conciencia  **Libertad Ideológica**

"creencias teístas, no teístas y ateas, y el derecho a no profesar ninguna religión o creencia"

"ampara un "agere licere" consistente en profesar las creencias que se desee y conducirse de acuerdo con ellas".

(STC 46/2001, de 15 de febrero)
(STC 141/2001, de 29 de mayo)

Libertad de Conciencia

Toda persona tiene **derecho a la libertad** de pensamiento, **de conciencia** y de religión; este derecho incluye la libertad de cambiar de religión o de creencia, …. (art. 18)



La Declaración Universal de los Derechos Humanos

¿ pero el “derecho a la libertad de conciencia” es individual o es colectiva?



Libertad de Conciencia

Toda persona tiene **derecho a la libertad** de pensamiento, **de conciencia** y de religión; este derecho incluye la libertad de cambiar de religión o de creencia, así como la **libertad de manifestar** su religión o **su creencia**, **individual y colectivamente**, tanto en público como en privado, por la enseñanza, la **práctica,** el culto y la **observancia**. (art. 18)



La Declaración Universal de los Derechos Humanos

"toda persona tiene deberes respecto a la comunidad puesto que sólo en ella puede desarrollar libre y plenamente su personalidad; en el ejercicio de sus derechos y en el disfrute de sus libertades, toda persona estará solamente sujeta a las **limitaciones** establecidas por la **ley** con el único fin de asegurar el reconocimiento y el respeto de los derechos y libertades de los demás, y de **satisfacer a las justas exigencias de la moral, del orden público y del bienestar general de una sociedad democrática**". (art. 29)

seguridad, **salud**, moralidad pública



La Declaración Universal de los Derechos Humanos



*"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**"* (art. 16.1)

*La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los **derechos** de los demás **son fundamento del orden político y de la paz social**.* (art. 10.1)

¿ se puede aplicar el “derecho de libertad de conciencia” a la profesión médica ?

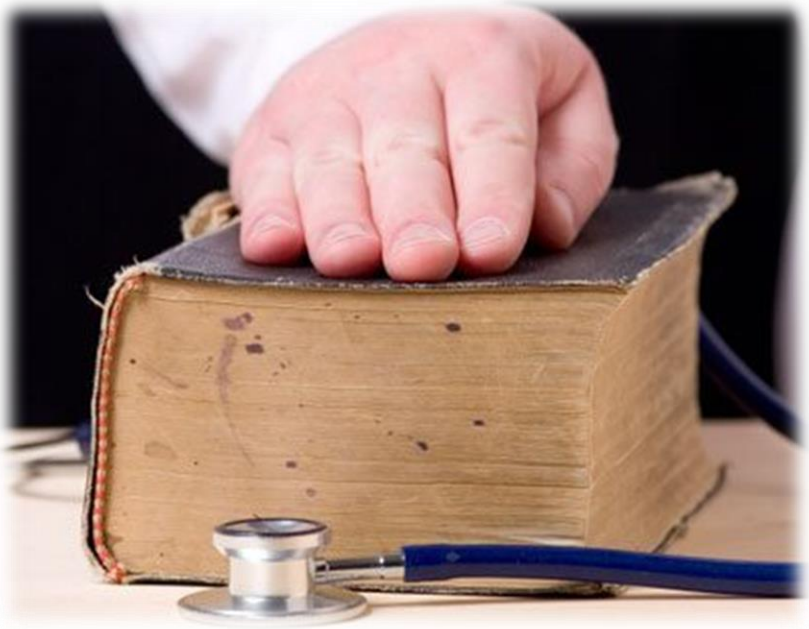


COUNCIL OF EUROPE CONSEIL DE L'EUROPE

"ningún médico u otro miembro de la ***profesión médica*** *podrá ser obligado a actuar contra su* ***conciencia*** *en relación con el derecho del enfermo a no sufrir inútilmente"*

(Recomendación 779/1976 de la Asamblea del Consejo de Europa sobre los derechos de los enfermos y moribundos)





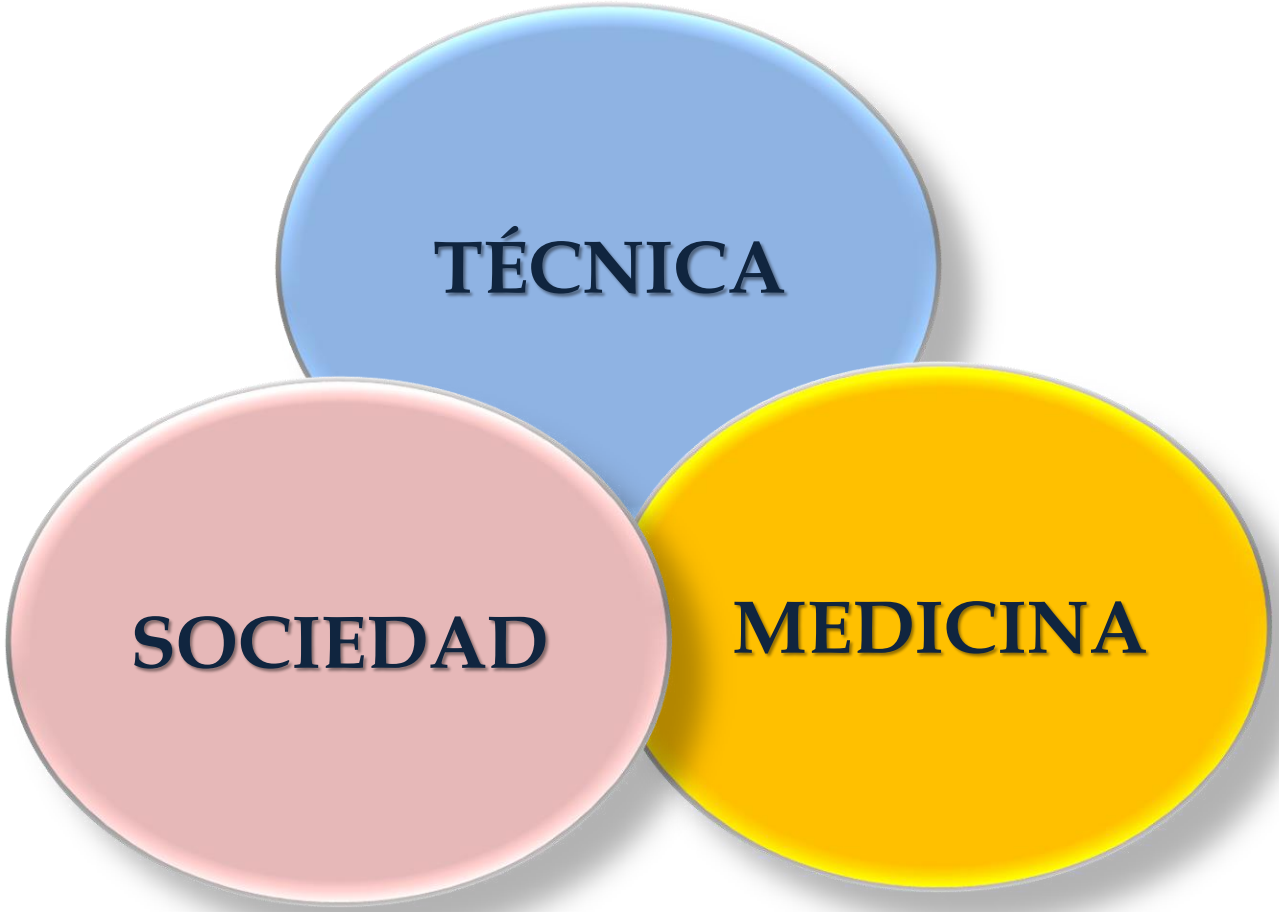
Principios:

1.- **Personalización.** (valores)

2.- **Pluralismo.** (respeto)

3.- **Participación.** (toma de decisiones)


REALIDAD


TÉCNICA
SOCIEDAD
MEDICINA



-En la asignación de **Recursos**.

- En **Incentivos**.

- Ante **Pacientes** con conductas irregulares.

- Ante **Demandas socio-sanitarias**.

- Ante **Atención** a determinados grupos.

- Ante la **Prescripción** de medicamentos.

- Ante **Datos genéticos**.

- Ante **Huelgas de hambre**.

- Ante la **Violencia**.

- Ante **Problemas lingüísticos**.

-…

- **Anticonceptivos**.

- **Esterilización** de incapaces.

- **Diagnóstico prenatal**.

- Técnicas de **Reproducción asistida**.

- **Gestación por sustitución**

- **Aborto**.

- **Reanimación** de prematuros con malformaciones.

-…



- **Sedación**
- **Adecuación del Esfuerzo terapéutico**.
- **Nutrición** artificial.
- **Instrucciones Previas**.
- **Donación** de órganos.
- **Retirar** el soporte vital.
- **Eutanasia**
- …



Respetar las decisiones

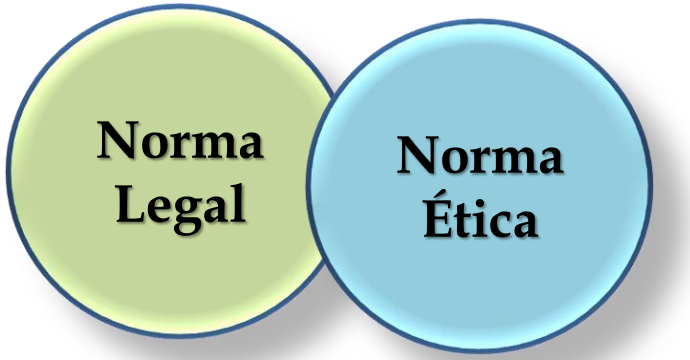


Fidelidad del médico

ACTOS

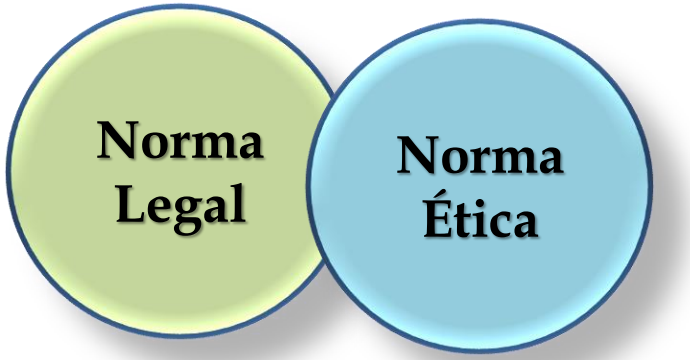

OBJECIÓN DE
CONCIENCIA
Un refugio legal
para el médico
Antonio Bellinchón de Diego





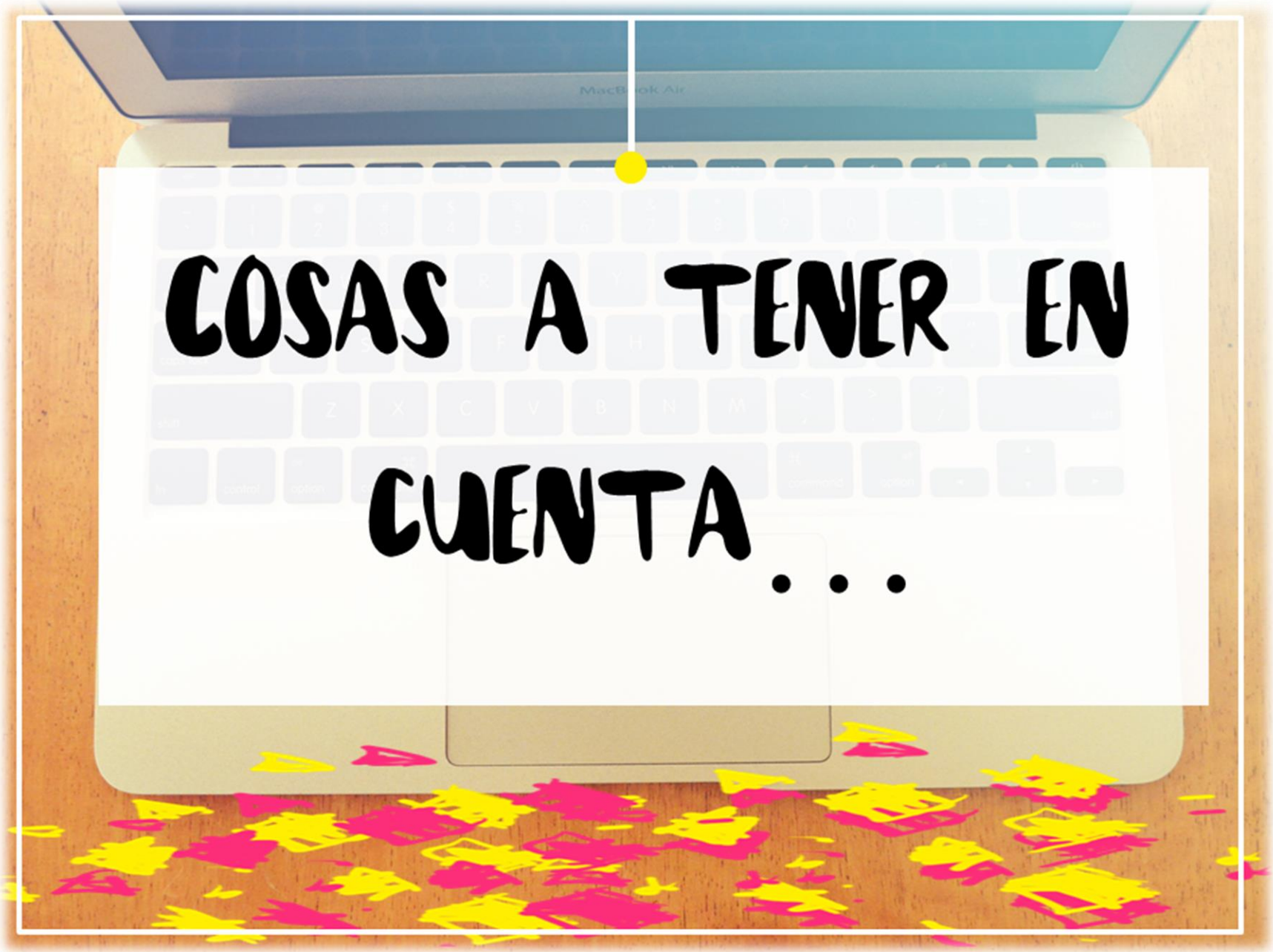
"negativa al cumplimiento de un deber jurídico por considerarlo contrario a la conciencia"

(Martín Sánchez, I., *La objeción de conciencia del personal sanitario, 2007)*



"negativa del médico al cumplimiento de una norma legal por considerarlo contrario a su conciencia".

"negativa de la profesión médica al cumplimiento de una norma legal por vulnerar los valores que defiende e identifica a la profesión médica".


COSAS A TENER EN
CUENTA...



- No es un Derecho Humano

Argumentos

- Valor de tipo subjetivo.

Cripto-ob



- Se ad a objeción,
pero no


No confundir
captores con
secuestradores

Negativo (

blanco y negro



En La Vida
No Hay Premios
ni Castigos,
sino
CONSECUENCIAS





¡ desorden social !


LEGAL
REGULATION

*"la **objeción de conciencia** al servicio militar, a la producción y distribución de determinados materiales, a formas concretas de **práctica sanitaria** y a determinadas formas de investigación científica y militar **forma parte** de la **libertad de** pensamiento, **conciencia** y religión"*

(Resolución del Parlamento Europeo, de 8 de abril de 1997, sobre el respeto de los derechos humanos en la Unión Europea)



El **Consejo de Europa** insta a sus miembros a **desarrollar regulaciones** que definan y regulen la objeción de conciencia **relativa a los servicios médicos y sanitarios**, de forma que:

1) Se garantice el derecho a la objeción de conciencia.

2) Se asegure la información debida a los pacientes remitiéndolos a otro centro sanitario.

3) Se asegure de que los pacientes reciben el tratamiento adecuado, especialmente en casos de emergencia.

Resolución del Consejo de Europa 1763 (2010)

COUNCIL OF EUROPE CONSEIL DE L'EUROPE

*"se reconoce el **derecho a la objeción de conciencia** de acuerdo con las **leyes nacionales** que regulen su ejercicio"*

(Carta de los Derechos Fundamentales de la U.E.)



*"**no existe** en nuestro sistema jurídico un **reconocimiento** de la objeción de conciencia con **carácter general** y que, por ello, **no cabe admitir más objeciones** que aquellas **expresamente reconocidas** en la Constitución o en una **ley Ordinaria**"*

(S.T.C. 160/1987, de 27 de octubre)



La deontología profesional

*"el reconocimiento de la **objeción de conciencia** del médico es un presupuesto imprescindible para **garantizar la libertad e independencia** de su ejercicio profesional. ...".*

(artículo 32.2 del Código de Deontología Médica, 2011)



OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA

"la negativa del médico a realizar, por motivos éticos o religiosos, determinados actos que son ordenados o tolerados por la autoridad ***es una acción de gran dignidad ética cuando las razones*** *aducidas por el médico son serias, sinceras y constantes, y se refieren a cuestiones graves y fundamentales".*

(**Declaración de la CCD**, *"Objeción de conciencia del médico"*. Aprobada por la Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, el 31 de mayo de 1997)



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

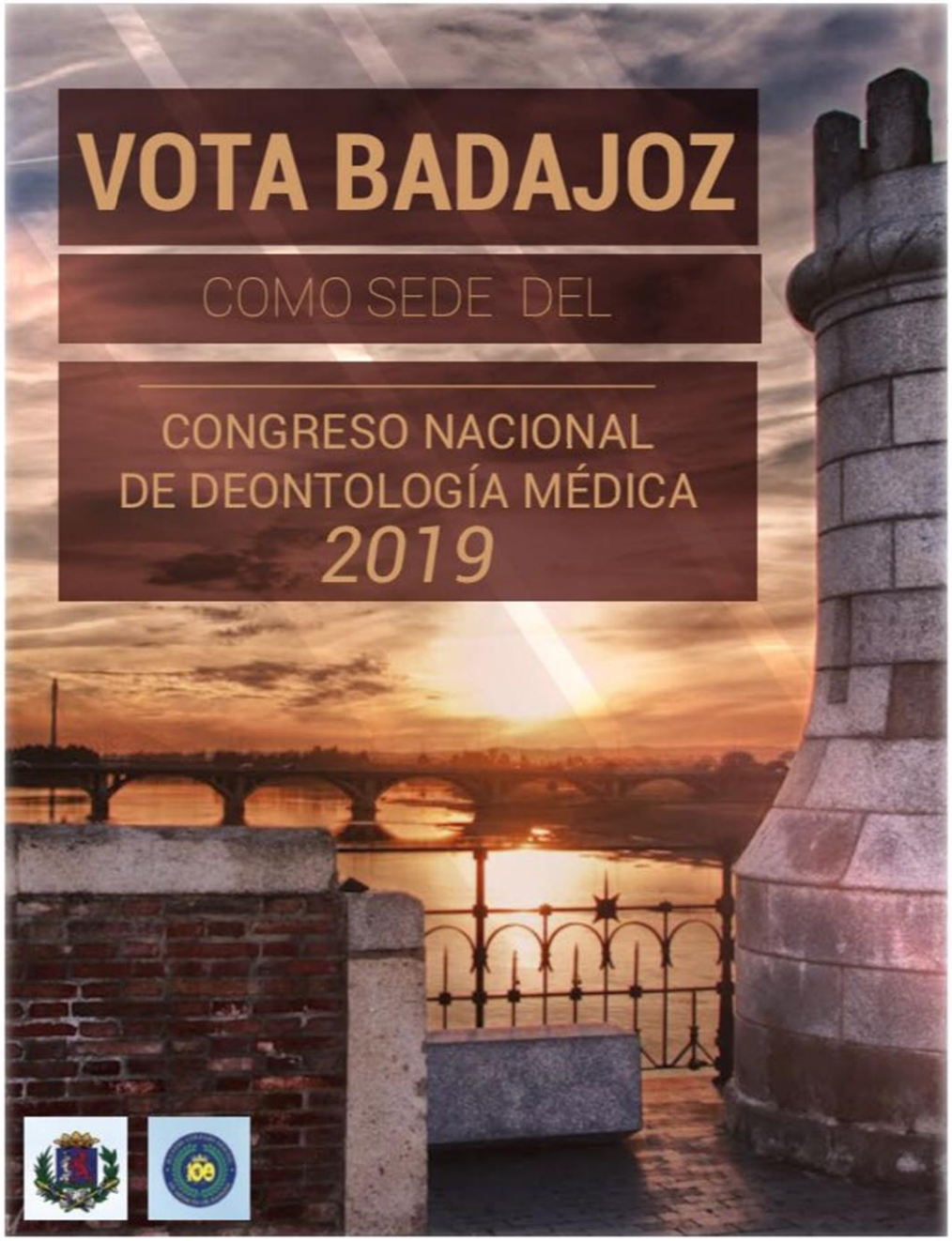
(artículo 26 del Código de Ética y Deontología Médica, 1999)



Tribunal Constitucional de España

"no constituyen simples tratados de deberes morales sin consecuencia en el orden disciplinario, pues al contrario, tales normas determinan obligaciones de necesario cumplimiento por los colegiados y responden a los potestades públicas que la Ley delega en favor de los colegios. Las ***transgresiones*** *de las normas de* ***deontología profesional constituyen****, desde tiempo inmemorial y de manera regular, el presupuesto del ejercicio de las facultades* ***disciplinarias*** *más características de los Colegios Profesionales".*

(S.T.S. de 27 de diciembre de 1993. S.T.S. de 10 de diciembre de 1998, y S.T.S. de 17 de diciembre de 1998)
(S.T.C. 219/1989, de 21 de diciembre)



Ilustre Colegio Oficial de Médicos
de la provincia de Badajoz

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE BADAJOZ
1917 - 2017

V Congreso Nacional De Deontología Médica

Segovia 2018

OMC

ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA

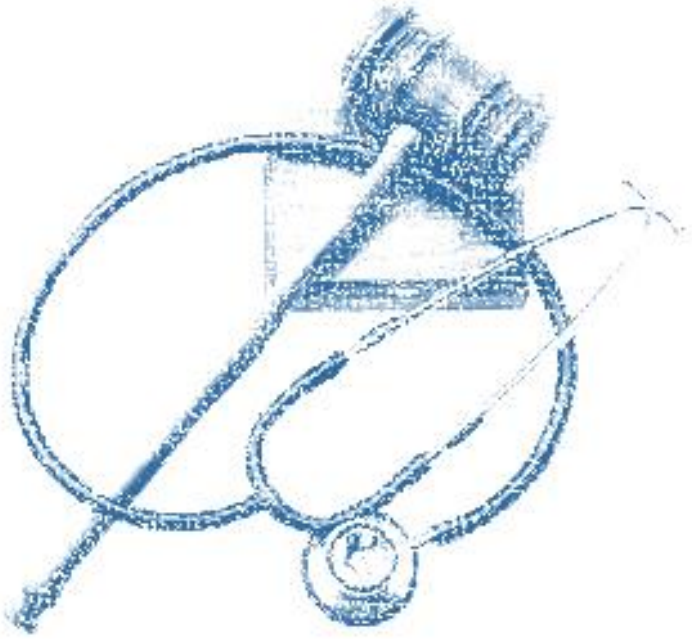
CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

Ponencia 1

"DIALÉCTICA ENTRE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA"

D. Antonio Blanco Mercadé

Presenta: D. José Javier Moreno Palomares



antonioblamer@gmail.com

ANTONIO BLANCO MERCADÉ

Máster en Bioética (UCM - 2002) / Consultor de Ética Clínica (UDIMA - 2016)

Comisión Central de Deontología de la OMC (2017 -)

Comisión de Deontología del CCOM de Castilla y León (2010 -)

Comisión de Deontología del COM de León (1990 -)

DIALÉCTICA ENTRE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA

Comisión de Bioética de Castilla y León (2002 -)

Comité de Ética Asistencial del Área de Salud de León (1999 -)

Asociación de Bioética Fundamental y Clínica – ABFYC (2005 - 2015)

antonioblamer@gmail.com

VIDA Y ÉTICA

VIDA ES la energía de los seres orgánicos, el tiempo transcurrido entre el nacimiento y la muerte *(DRAE)*

"los biólogos usan la palabra ´vida´ para designar los fenómenos de los seres orgánicos" *(Ortega)*

"la vida es… sueño" *(Calderón de la Barca)*

"nuestras vidas son los ríos, que van a dar en la mar, que es el morir" *(Jorge Manrique)*



"VIDA ES LO QUE SOMOS Y LO QUE HACEMOS" *(Ortega)*

"la vida va por delante de nosotros con una complicación infinita" *(Stevenson)*

EVOLUCIÓN

PERSONAL, ONTOGÉNICA Y FILOGÉNICA

Homo sapiens



Spencer Tunick ®

antonioblamer@gmail.com

EVOLUCIÓN

FILOGÉNICA

Homo sapiens *Zoon logikon politikon*



Spencer Tunick ®

antonioblamer@gmail.com



EVOLUCIÓN FILOGÉNICA

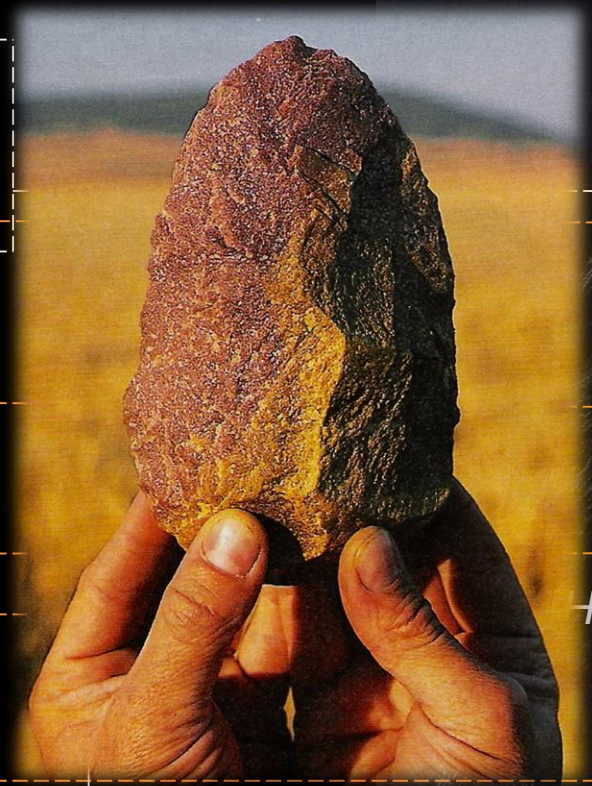


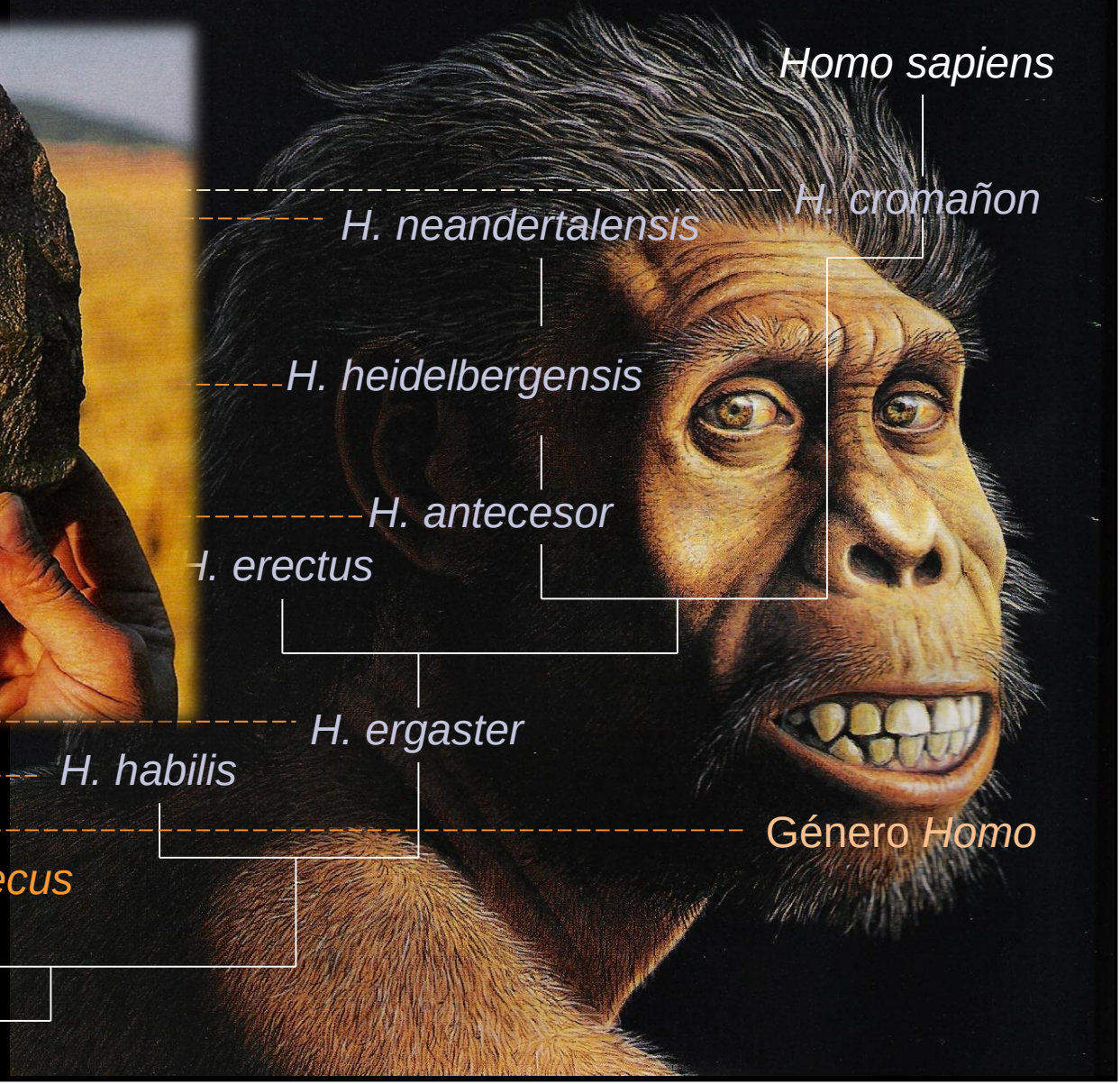


PALEO ANTROPO LOGÍA

antonioblamer@gmail.com

HOMO SAPIENS: CLASIFICACIÓN Y TAXONOMÍA





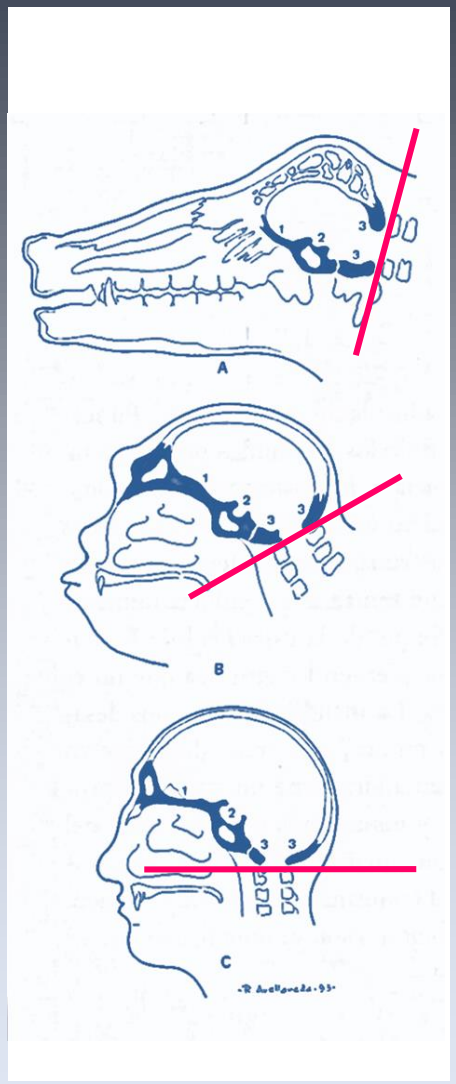
10.000
30.000
200.000
250.000
300.000
800.000
1.000.000
1.500.000
2.000.000
2.500.000

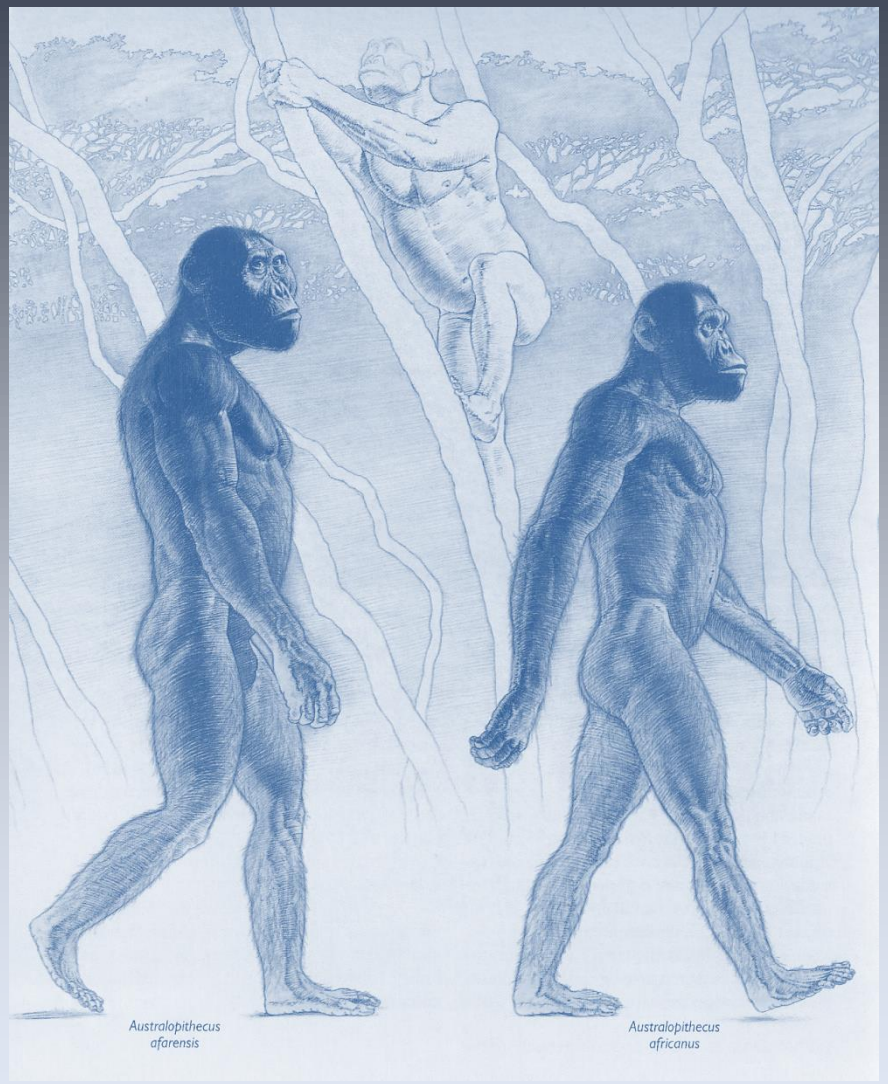
Homo sapiens
H. cromañon
H. neandertalensis
H. heidelbergensis
H. antecesor
H. erectus
H. ergaster
H. habilis
Género *Homo*
Australopithecus
Género *Homínido*

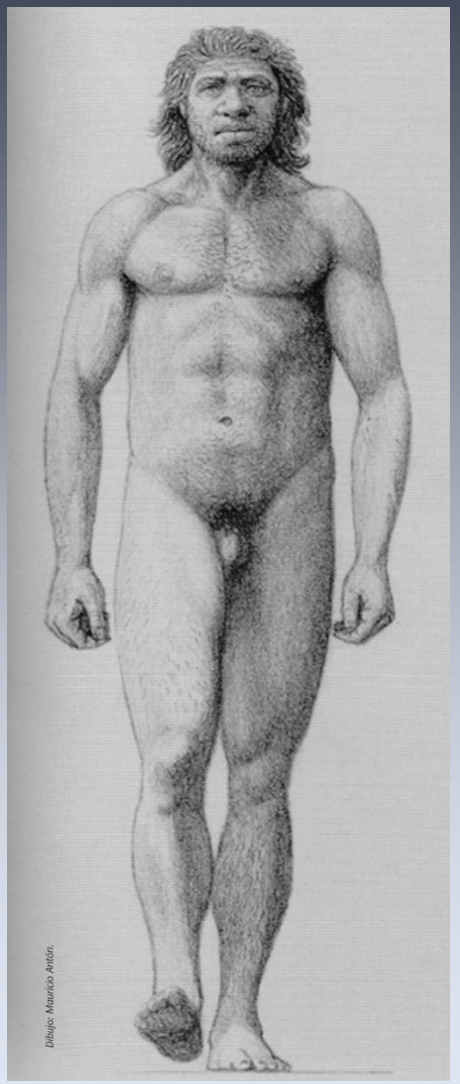
antonioblamer@gmail.com

Homínido

Homo







bipedestación

proyección

antonioblamer@gmail.com

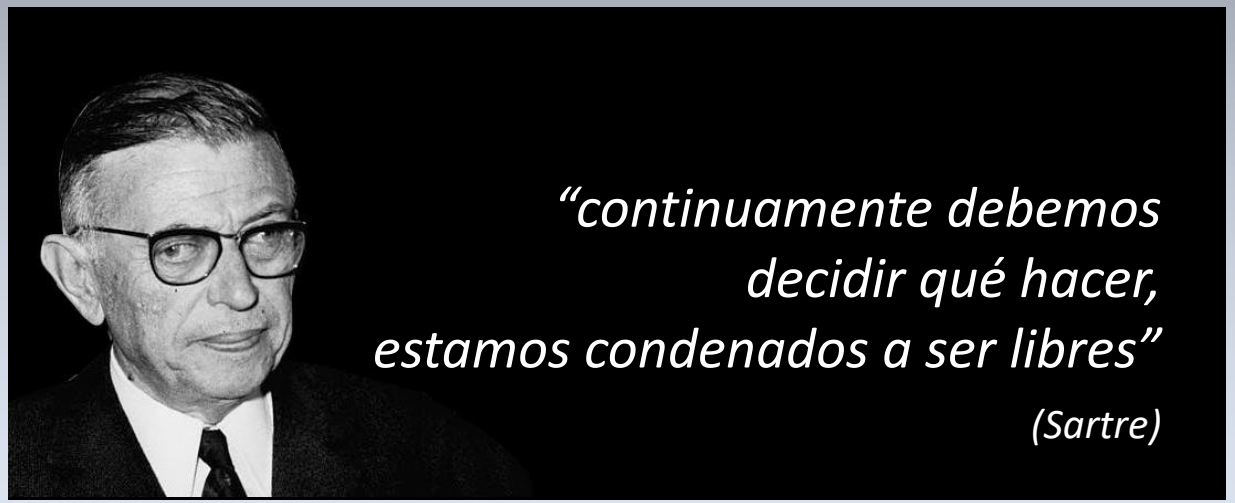
VIDA Y ÉTICA

somos seres proyectivos

"vivir es constantemente decidir lo que vamos a ser"

"nos sentimos forzados a decidir lo que vamos a ser"

"vida es fatalidad y libertad"



"continuamente debemos decidir qué hacer, estamos condenados a ser libres"

(Sartre)



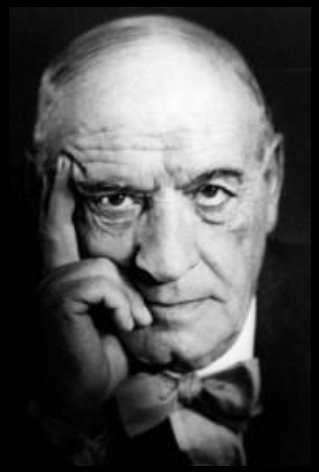
"nuestra existencia está constituida por una incesante obligación de resolver el problema de sí misma"

antonioblamer@gmail.com

VIDA Y ÉTICA

"vida es lo que somos y lo que hacemos"
"vivir es constantemente decidir lo que vamos a ser, lo que vamos a hacer"

"el acto y hábito de elegir, entre las muchas cosas que se pueden hacer, precisamente aquella que reclama ser hecha"



"ÉTICA es el arte de elegir la mejor conducta"

ELEGANCIA

"vida es pre-ocupación"

"salir de la culposa minoría de edad"
"sapere aude" *(Kant)*

autonomía

"Eichman en Jerusalén: un estudio sobre la banalidad del mal" *(Hannah Arendt)*



antonioblamer@gmail.com

"ÉTICA es el arte de elegir la mejor conducta"

EL FUNDAMENTO DE LA ÉTICA RADICA EN QUE:

1) El ser humano puede elegir lo que va a hacer y decir,
2) está obligado a elegir,
3) sabe que tiene que elegir lo mejor,
4) tiene que elegir él mismo, porque es autónomo,
5) y es responsable, siempre, de su conducta.

es responsable ante sí mismo y ante la sociedad

antonioblamer@gmail.com

ÉTICA Y DEONTOLOGÍA

DEONTOLOGÍA es "el estudio de los deberes" *(deontos - logia)* *(Benthham)*

DEONTOLOGÍA PROFESIONAL MÉDICA es el conjunto de normas que regulan la conducta profesional de los médicos



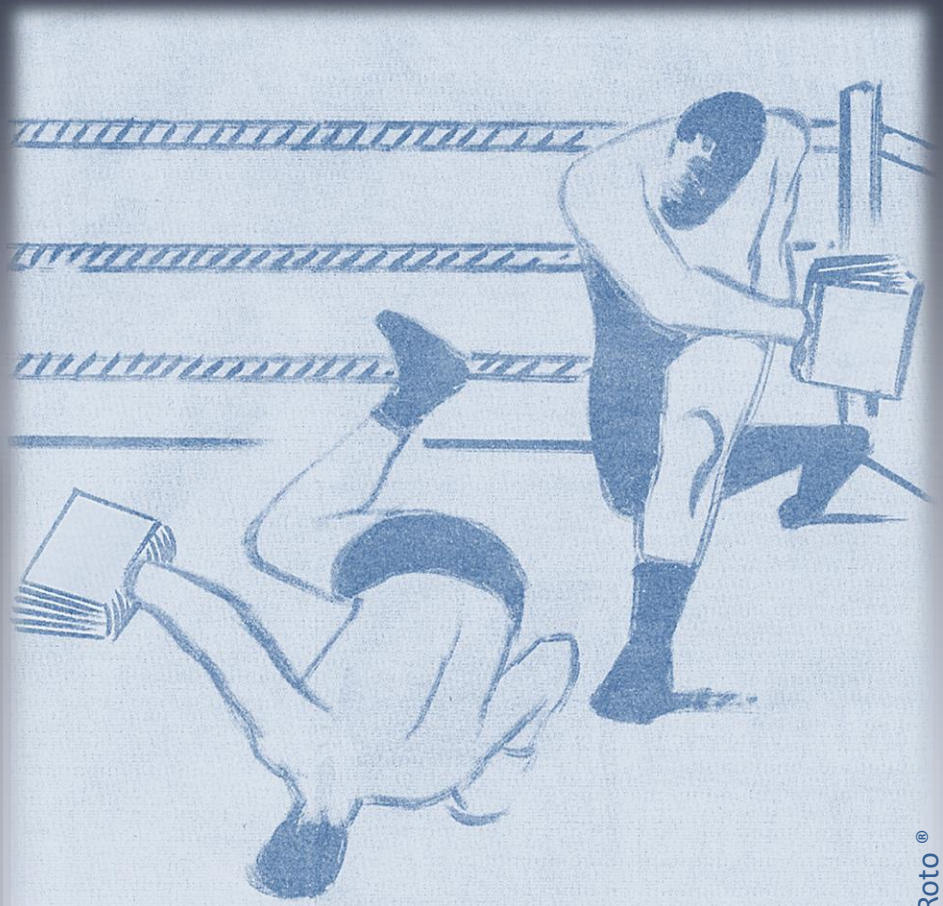
RESPONSABILIDAD: ética / deontológica / legal

antonioblamer@gmail.com

ÉTICA Y DEONTOLOGÍA

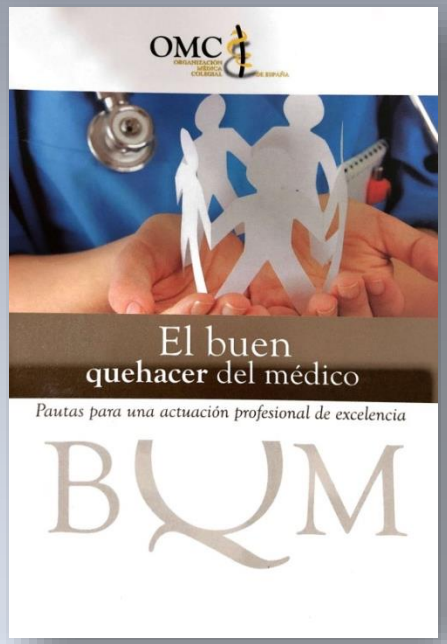
- *La pregunta legal:*
  - *¿qué dicen las leyes que debo hacer?*
- *La pregunta deontológica:*
  - *¿qué dice el Código de Deontología que debo hacer?*
- *La pregunta ética:*
  - *¿qué debo hacer yo?*

antonioblamer@gmail.com



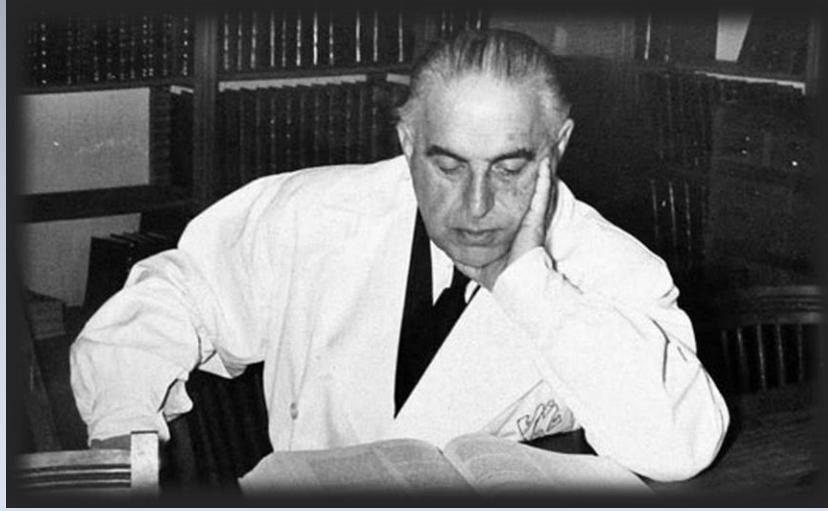
El Roto ®

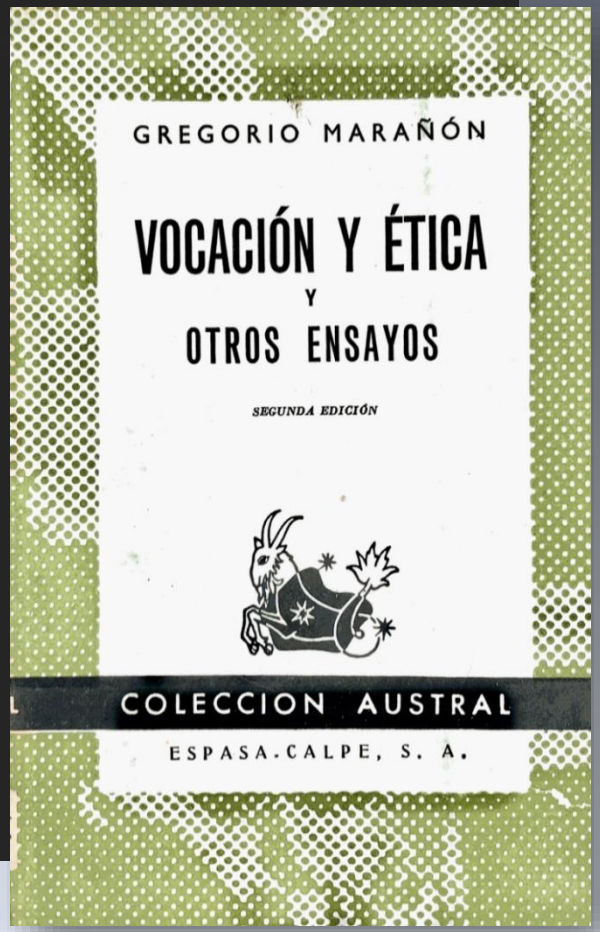




antonioblamer@gmail.com

"el médico de vocación y no el de pura técnica, ese no necesita de reglamentos para su rectitud" *(1935)*





antonioblamer@gmail.com



El Roto ®

antonioblamer@gmail.com

COMISIONES DE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA



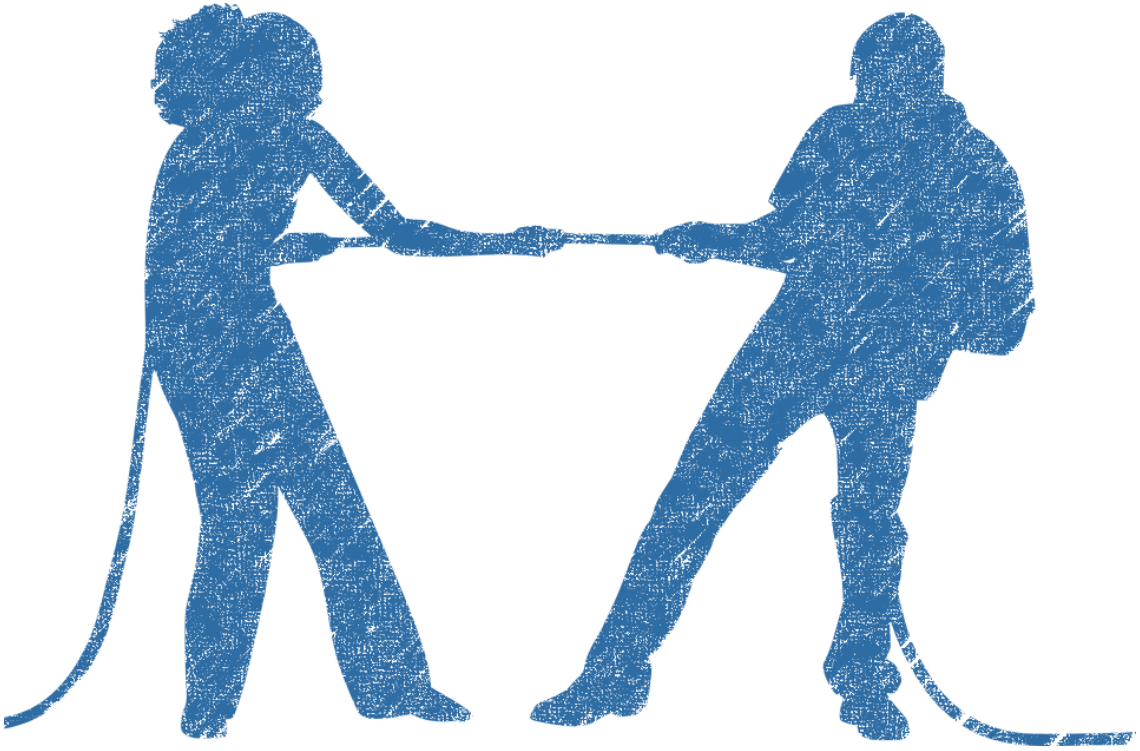
A Blanco ®

Ponencia 2

"CONFLICTOS DE INTERESES"

D. Abel Novoa Jurado

Presenta: Dña. Pilar Guerrero Becerra



V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018

Dr. Abel Novoa

Presidente de la Plataforma No Gracias



OMC | ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS



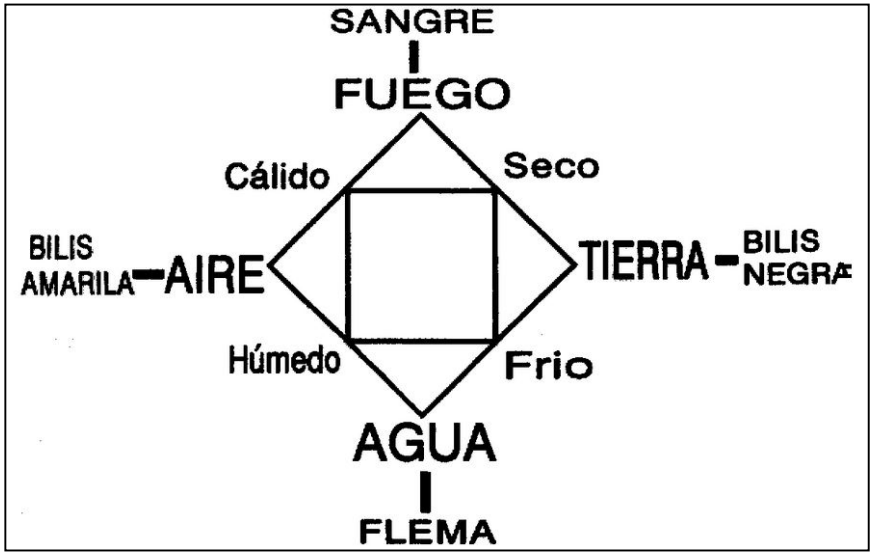
Conflictos de interés

Dr. Abel Jaime Novoa Jurado
Médico de familia
Coordinador del Grupo de Bioética de la SEMFYC
Presidente Plataforma NoGracias
Servicio de Urgencias Hospitalarias
Comité Asistencial de Ética
Área VI - Hospital General Universitario JºMª Morales Meseguer

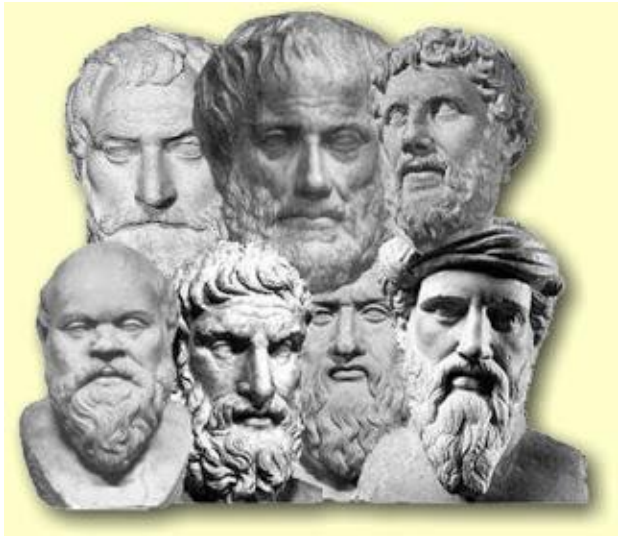
DEL MITO AL LOGOS

Del mito al logos

Conocimiento especulativo racional







DEL PENSAMIENTO ESPECULATIVO AL CIENTÍFICO

El pensamiento científico: empirismo
Francis Bacon (1561-1626)

Novum Organum



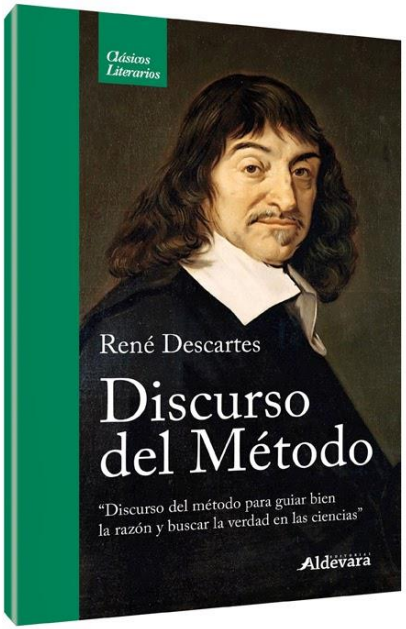
Aquéllos que han decidido expresar las leyes de la naturaleza como algo ya descubierto y comprendido, lo hayan hecho por pura arrogancia o por afectación profesional, han hecho un gran daño a la filosofía y a las ciencias

"la sólida base del <u>contacto experimental directo y el razonamiento inductivo</u> a partir de particulares"
(Richard Tarnas)

El pensamiento científico: racionalismo
René Descartes (1596-1650)

Dualismo sustancial entra alma -*res cogitans*, el pensamiento- y cuerpo -*res extensa*, la extensión-

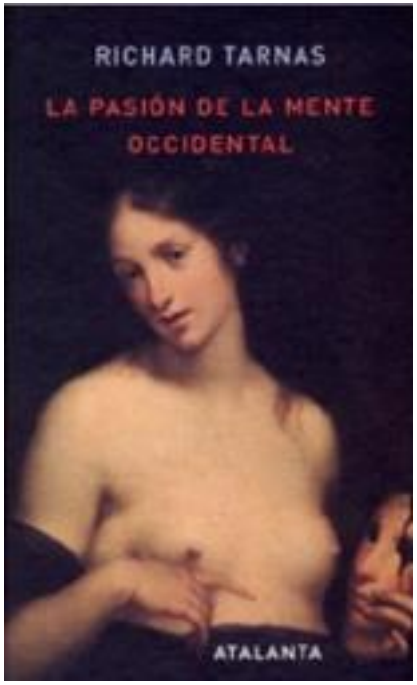
El conocimiento sensible es cambiante; el único conocimiento verdadero es el que procede de la razón expresada en el lenguaje matemático

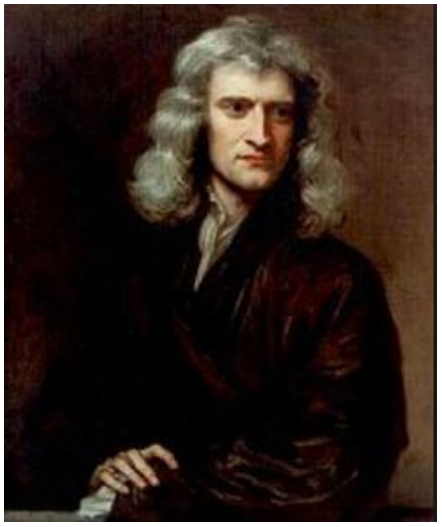


"Al tratar de entender el mundo, el científico debía prestar atención únicamente a las cualidades más objetivas, aquellas que podían percibirse clara y distintamente y analizarse en términos cuantitativos: extensión, forma, número, duración, peso, posición, etc." ***(Richard Tarnas)***

La ciencia moderna
Empirismo + racionalismo

"la ciencia quedaba en libertad de desarrollar su análisis del mundo en términos no contaminados por cualidades espirituales o humanas, y sin la limitación del dogma teológico" (R. Tarnas)



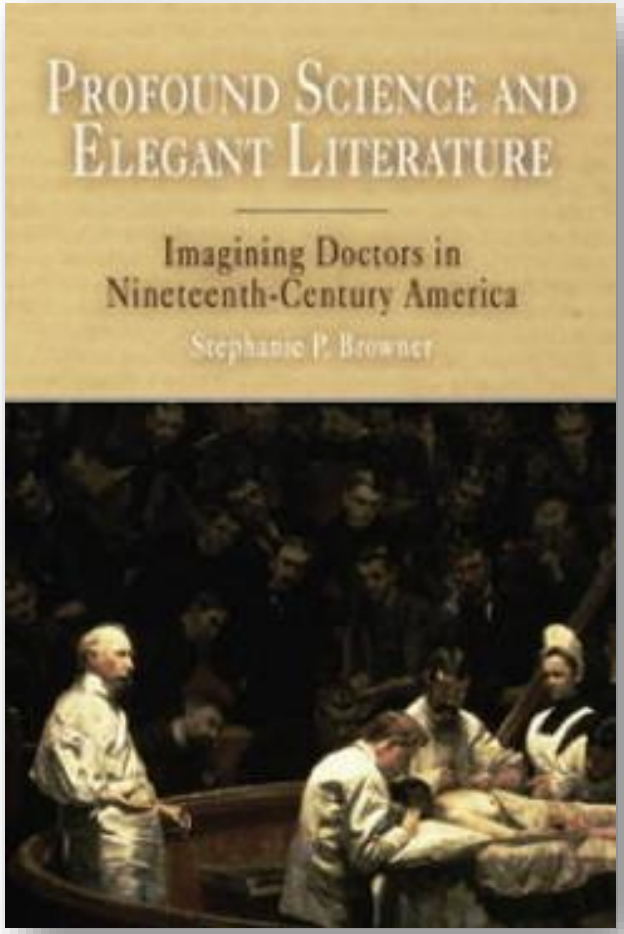


Newton (1642-1727)

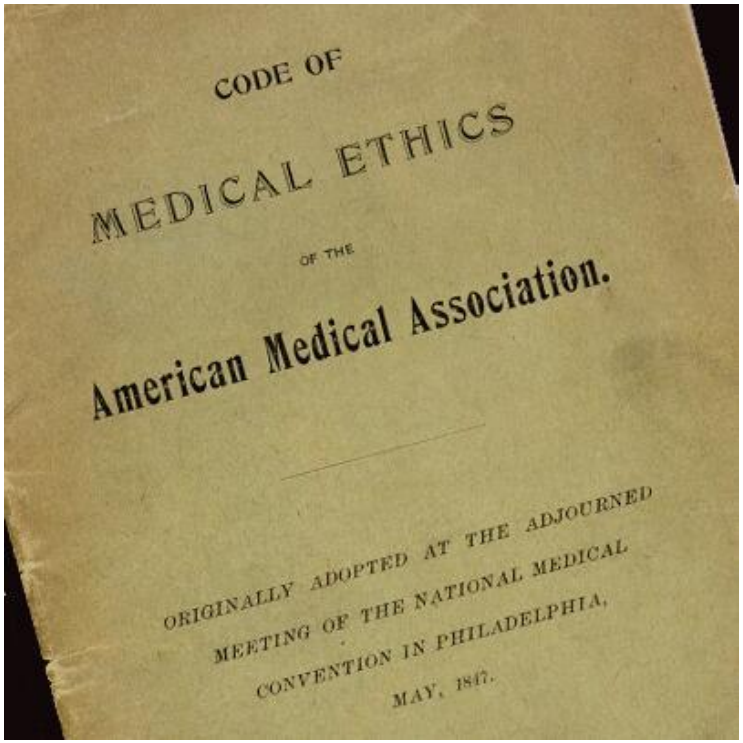
DEL PATERNALISMO A LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES

DEL GREMIO A LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS Y COLEGIOS PROFESIONALES

DE LA “SMALL SCIENCE” A LA “BIG SCIENCE” Y LA TECNOCIENCIA

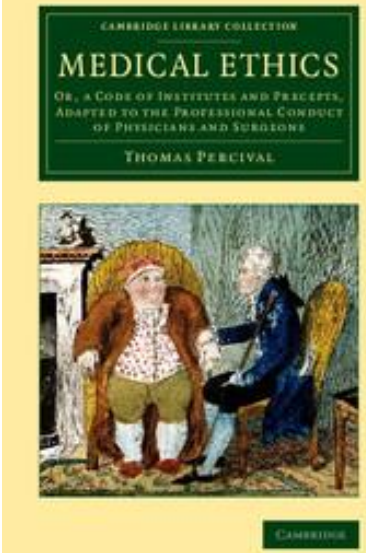


"Los médicos consideraban la ciencia médica como una empresa cooperativa y benevolente, ***"the republic of science"****, un bien común"*





Thomas Percival (1740–1804)



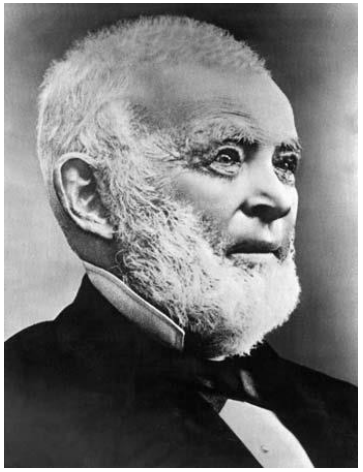
Está igualmente prohibido que un médico patente cualquier instrumento quirúrgico o fármaco; o que dispense un medicamento de composición secreta, independientemente que la propiedad sea suya o de otros. Por ello, aunque ese compuesto fuera realmente efectivo, no es compatible su utilización con la beneficencia y la profesionalidad ya que hay gran riesgo de ***ignorancia dañina*** *o* ***avaricia fraudulenta****. También es reprendible que un médico certifique la efectividad de un medicamento patentado o que, de cualquier manera, promueva su utilización (AMA, 1847)*



William Procter

P&G

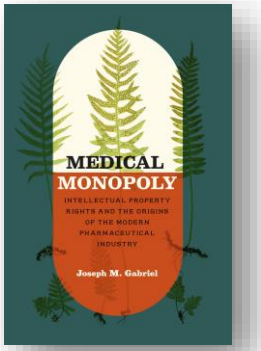
Procter & Gamble



SQUIBB

RELIABILITY

UNIFORMITY PURITY EFFICACY



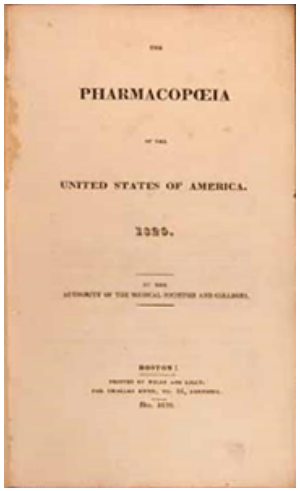
*"En este contexto nació un segmento de la **industria farmacéutica ética** que de manera consciente adoptó las normas de la medicina ortodoxa y entendió el avance de la ciencia como un proyecto cooperativo, ético y benevolente. Los llamados "fabricante éticos" rechazaban la utilización de patentes, el secreto y otras prácticas monopolísticas en un esfuerzo por distinguirse de los fabricantes de medicamentos bajo patentes considerados quackery (M Gabriel)"*



Hervey C. Parke.

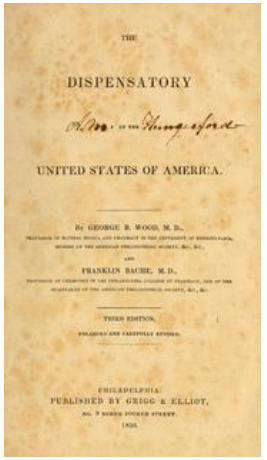
Pionero en la promoción a médicos: “working bulletin”




PHARMACOPŒIA

UNITED STATES OF AMERICA.

1820


THE

DISPENSATORY

UNITED STATES OF AMERICA.

1840

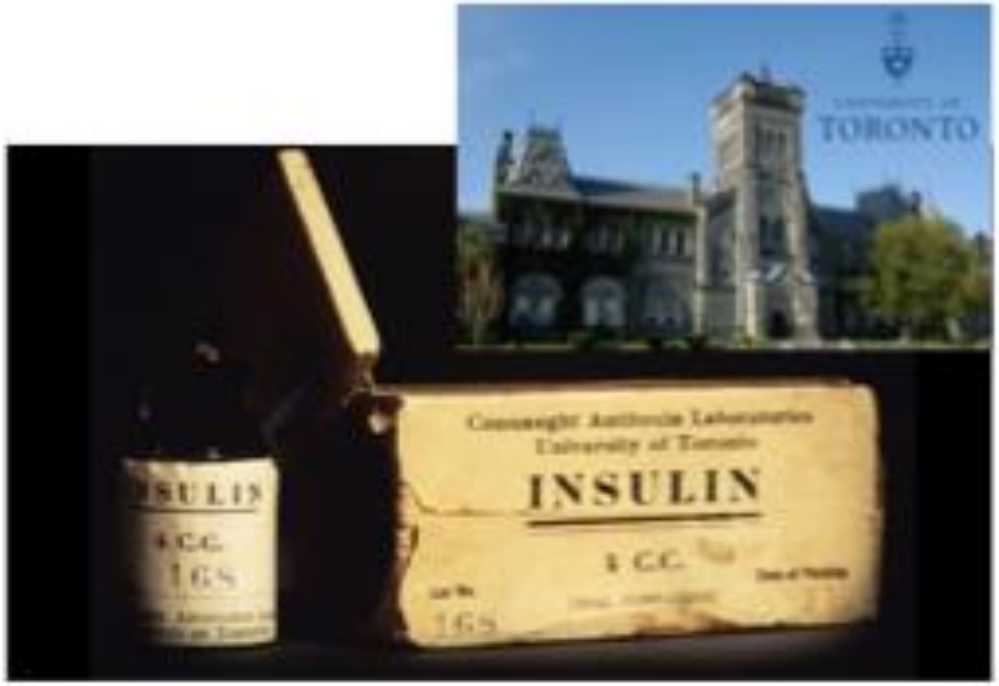
Los nuevos medicamentos no eran introducidos en el mercado hasta que no eran probados por los médicos y sus resultados publicados. Si un remedio era bien ponderado entre la comunidad médica entonces era incluido en los repositorios farmacoterapeúticos y solo entonces los fabricantes procedían a la distribución (J. Gabriel)

"El primer premio Nobel de medicina hubiera producido una satisfacción generalizada si no hubiera sido otorgado al profesor Behring. Muchos pensamos que la decisión de patentar su invención para poder garantizar su propio beneficio le debería excluir de un premio que quiere reconocer avances médicos humanitarios" (JAMA, 1904)





El Código Ético de la AMA de 1912 retira la prohibición de que los médicos tuvieran patentes aunque prohibía que pudieran recibir remuneración alguna por ellas; la práctica habitual era la cesión de la licencia a organizaciones o universidades





Frederick Banting
Premio nobel de 1923



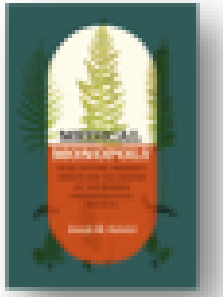
Jonas Salk choose not to patent his 1955 polio vaccine, making it more affordable for the millions of people who needed it.
As a result, he missed out on earning an estimated US $7 billion.
Thank you, Dr Salk (1914 - 1995).


Primer contrato social por la ciencia biomédica
Valores profesionales

The 1880s Rebellion against the AMA Code of Ethics

"Scientific Democracy" and the Dissolution of Orthodoxy

JOHN HARLEY WARNER, PH.D.



A finales del siglo XIX comenzó a haber voces críticas contra el código de la AMA y la autoridad científica que se otorgaba a la experiencia personal del médico en la utilidad de los fármacos y abogaban por una **"democracia científica"**

La experimentación clínica controlada y el trabajo de laboratorio comenzó a producir un nuevo tipo de conocimiento sobre los medicamentos distinto al que producía la experiencia del médico (M. Gabriel)

J Hist Med Allied Sci. 2009 Apr;64(2):135-72. doi: 10.1093/jhmas/jrn075. Epub 2009 Jan 18.

A thing patented is a thing divulged: Francis E. Stewart, George S. Davis, and the legitimization of intellectual property rights in pharmaceutical manufacturing, 1879-1911.

Gabriel JM[1].

"An act to regulate the sale of viruses, serums, toxins, and analogous products" Biologic Control Act (1904)


THE ST. LOUIS REPUBLIC.

THREE MORE DEATHS RESULT FROM EFFECTS OF INFECTED ANTITOXIN.



"En muchos sentidos la Pure Food and Drug Act era una ley blanda pero **representa una transformación esencial de las relaciones entre fabricantes, productos y el gobierno federal**" (M Gabriel)

Ley Kefauver-Harris (1962) adm. Kennedy

- Talidomida: toma de conciencia de que no se podía dejar al juicio profesional la utilización de medicamentos
- Se regula en EC como condición para la introducción de nuevos fármacos en la FDA


Primer contrato social por la ciencia biomédica
Valores profesionales
Segundo contrato social por la ciencia biomédica
Valores científicos y regulatorios

MACROCIENCIA (Big Science): 1940-1965











MACROCIENCIA (Big Science): 1940-1965



1- **Financiación gubernamental:** hasta entonces la responsabilidad principal era de instituciones académicas, fundaciones privadas y mecenas, algunas empresas farmacéuticas y pequeñas ayudas de los Estados (no federales)
2- **Integración de científicos y tecnólogos en grandes equipos**
3- **Necesidad de gestión:** financiación, tiempos, recursos humanos, contratos.. una burocratización desconocida

> "A la ciencia académica se le superpuso un entramado industrial, político y militar que modificó radicalmente la organización de la investigación" (Echevarría, p31)

4- **Industrialización de la ciencia:** grandes laboratorios e infraestructuras
5- **Emergencia de la política científica** y vinculación entre política y ciencia
6- **Ruptura con el modelo de investigación clásica** (Small Science)

MACROCIENCIA (Big Science): 1940-19

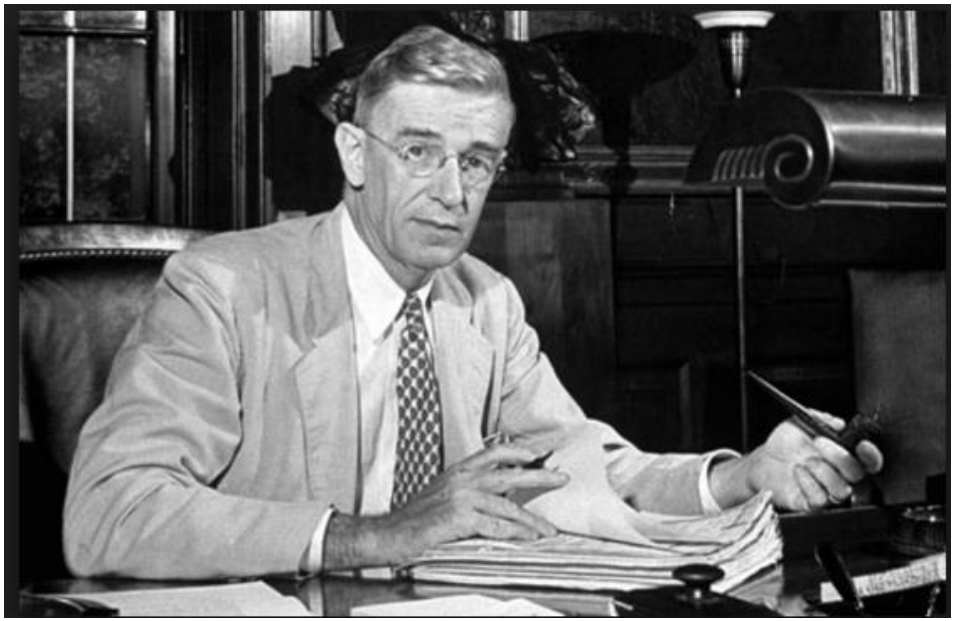


1- **Financiación gubernamental:** ha bilidad
principal era de instituciones a as y
mecenas, algunas empres
estatales
2- **Integración d**
3- **Necesid** os,
contra

La ciencia no la hacen solo los científicos

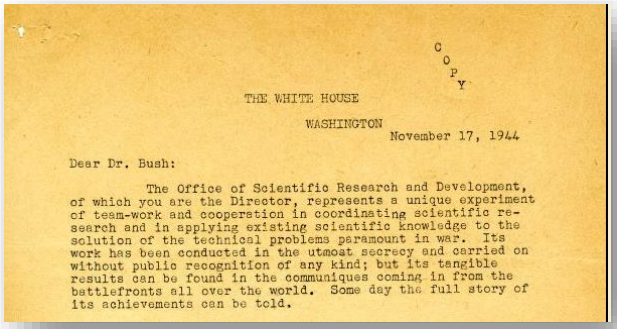
n entramado
ificó radicalmente la
(Echevarría, p31)

4- **Indu encia:** grandes laboratorios e infraestructuras
5- **Emerg olítica científica** y vinculación entre política y ciencia
6- Ruptura modelo de investigación clásica (Small Science) e **inevitabilidad de conflictos de valor**: ciencia, política, poder militar, tecnología..



Vannevar Bush (1880-1974)

Director de la ***Office of Scientific Research and Development*** que dirigió el proyecto Manhattan



C
O
P
Y

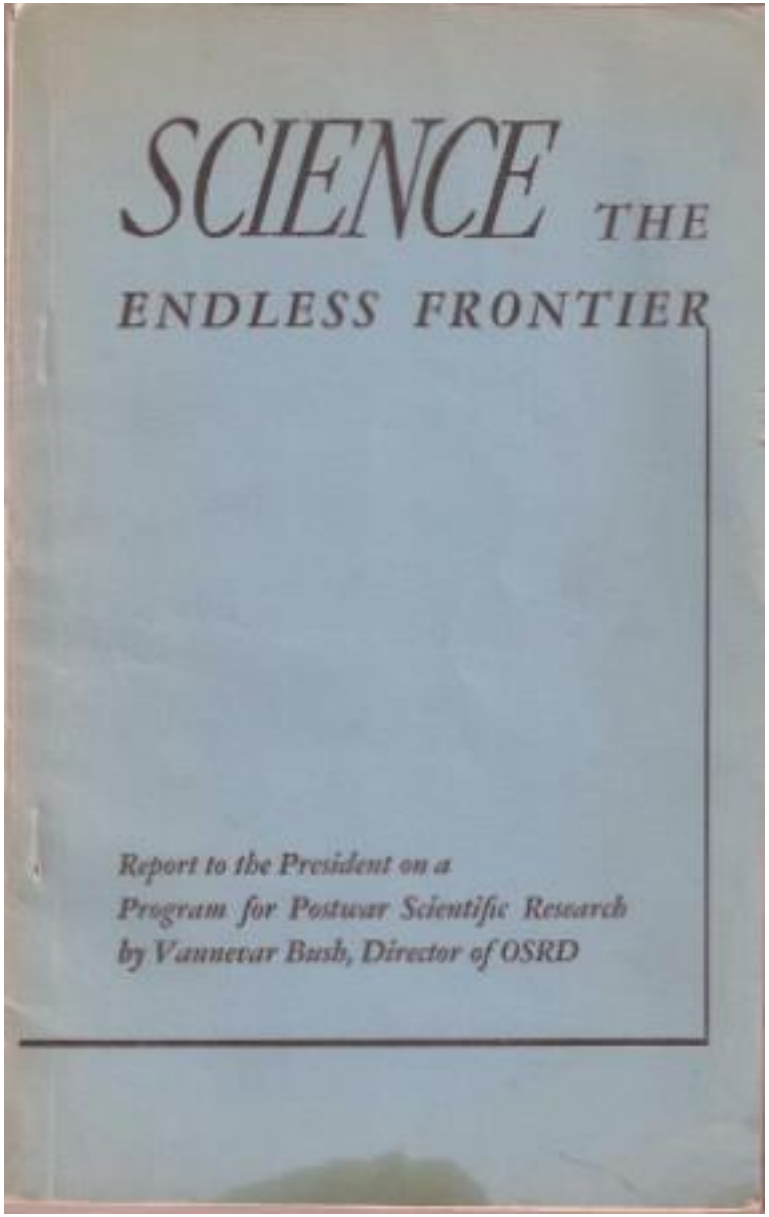
THE WHITE HOUSE

WASHINGTON

November 17, 1944

Dear Dr. Bush:

The Office of Scientific Research and Development, of which you are the Director, represents a unique experiment of team-work and cooperation in coordinating scientific research and in applying existing scientific knowledge to the solution of the technical problems paramount in war. Its work has been conducted in the utmost secrecy and carried on without public recognition of any kind; but its tangible results can be found in the communiques coming in from the battlefronts all over the world. Some day the full story of its achievements can be told.



Modelo lineal de la ciencia y el progreso social

“El pleno empleo y el progreso de una sociedad no se logra sin empresas competitivas. Estas no son competitivas si no son capaces de fabricar y vender productos nuevos y baratos. Las innovaciones comerciales e industriales solo surgirán si hay desarrollos tecnológicos y avances científicos. Por tanto, **la investigación científica es la base del progreso empresarial y del pleno empleo, al igual que lo es de la salud y la defensa de la nación**” (p 191)



Modelo lineal de la ciencia y el progreso social



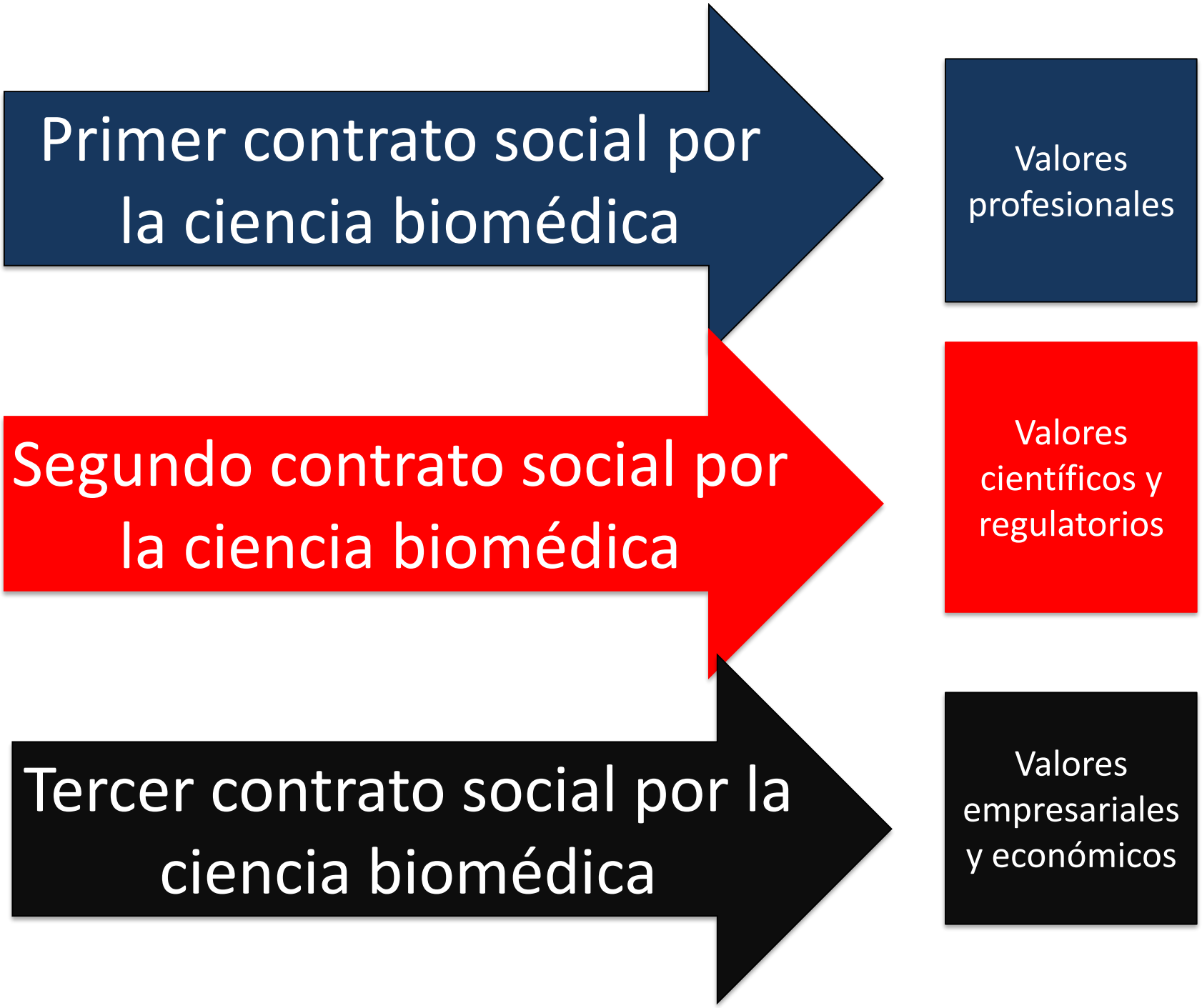
La revolución tecnocientífica: 1980-



- La **revolución tecno-científica** ha modificado:
  - objetivos de la ciencia,
  - modos de organización de la investigación
  - criterios de valoración de los resultados



"Con la llegada de la tecnociencia los valores más característicos del capitalismo entraron en el núcleo mismo de la actividad científico-tecnológica (Echevarría, pag 65)

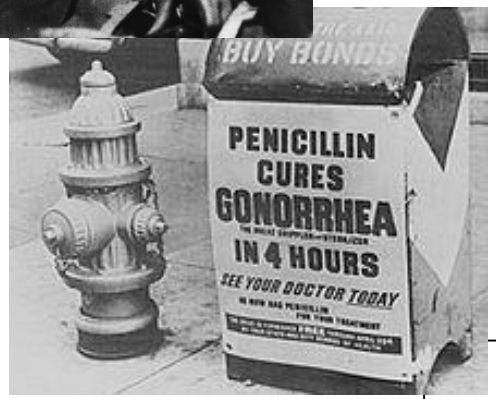

Primer contrato social por la ciencia biomédica
Valores profesionales
Segundo contrato social por la ciencia biomédica
Valores científicos y regulatorios
Tercer contrato social por la ciencia biomédica
Valores empresariales y económicos

SALVAGUARDAS DE LA MEDICINA

- RAZONAMIENTO CLÍNICO
- CIENCIA
- REGULACIÓN
- ÉTICA
- INSTITUCIONES PROFESIONALES
- MERCADO





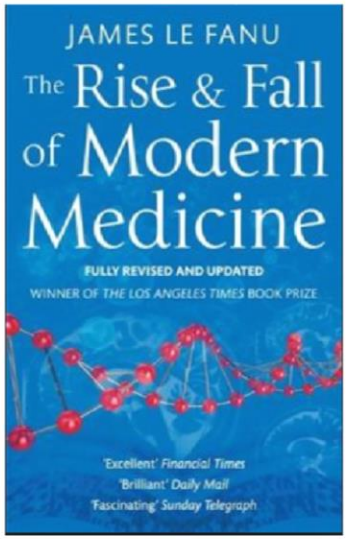


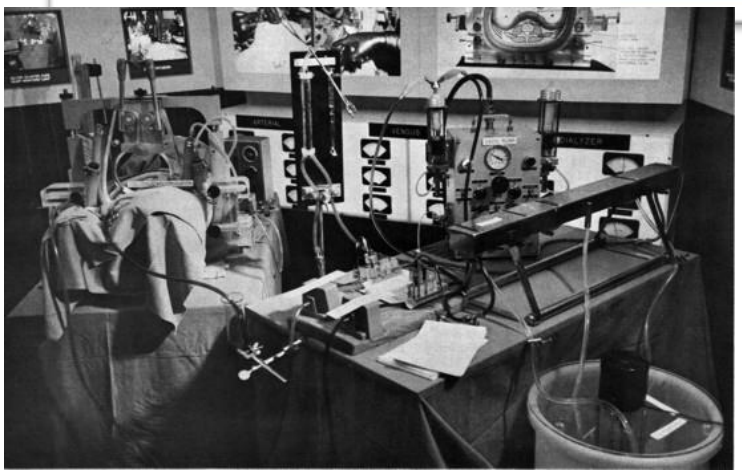
LA EDAD DE ORO DE LA BIOMEDICINA

1941: Penicilina
1949: Cortisona
1950:
- Primer ensayo clínico tto. TBC
- Demostración tabaco produce cáncer

1952:
- La epidemia de polio de Copenhague y el nacimiento de las UCIs
- Clorpromazina para esquizofrenia

1955 Primer operación a corazón abierto
1961: Primera prótesis de cadera
1963: Primer trasplante de riñón y tto. antirechazo
1964: Tratamiento HTA para prevenir ICTUS
1971: Primeros resultados con QMT cáncer
1978: Primer bebe-probeta
1984: Helicobacter en la úlcera





RAZONES PARA EL OPTIMISMO

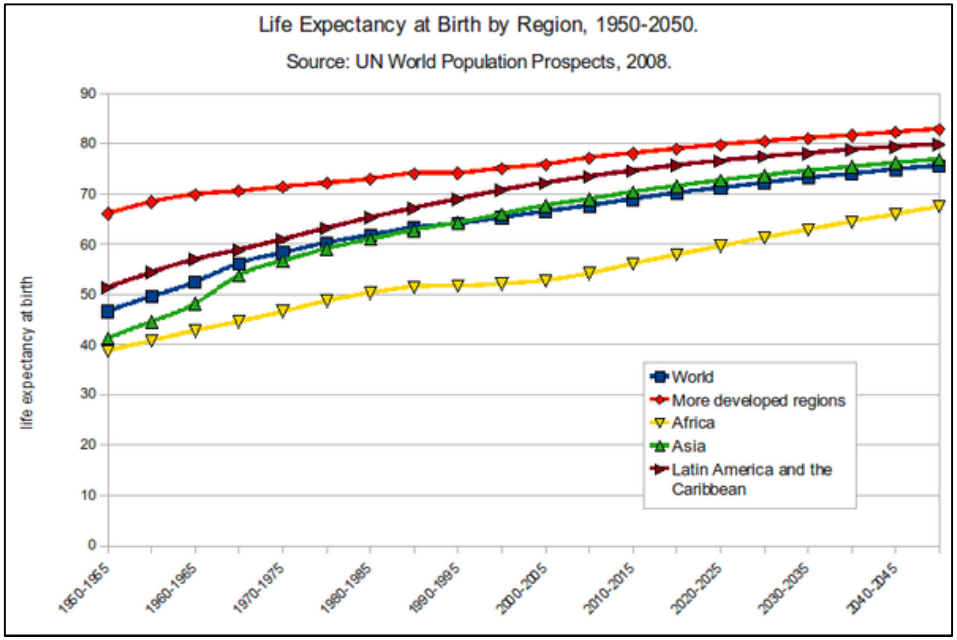
RAZONES PARA EL OPTIMISMO



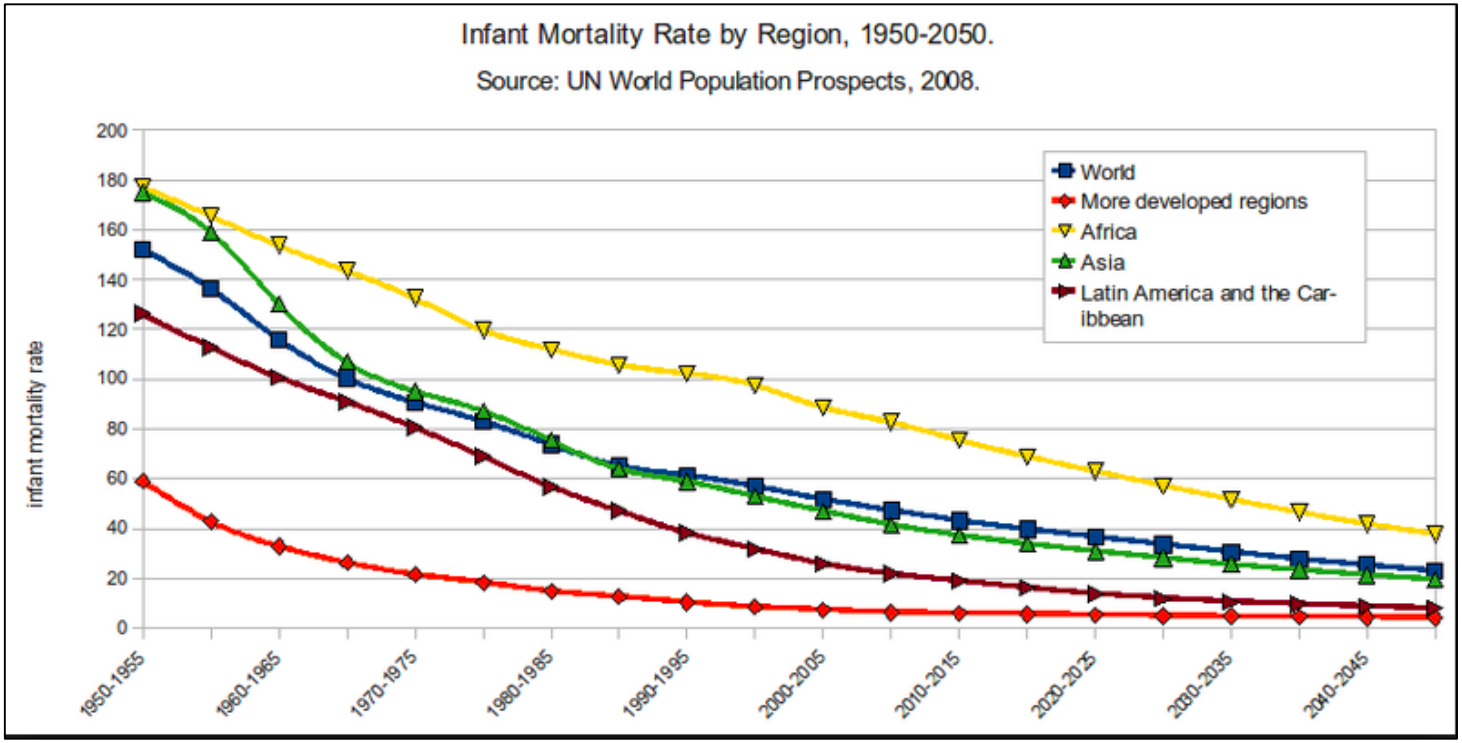








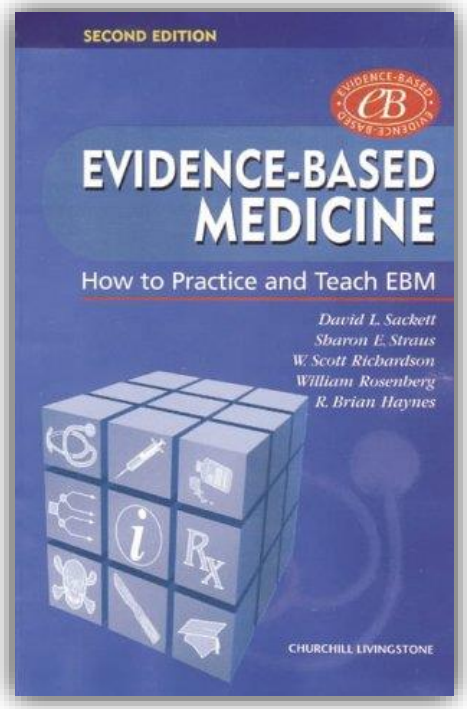
RAZONES PARA EL OPTIMISMO



The Evidence-Based Medicine triad

(see D.L. Sackett et al, BMJ 1996; 312: 71-72)







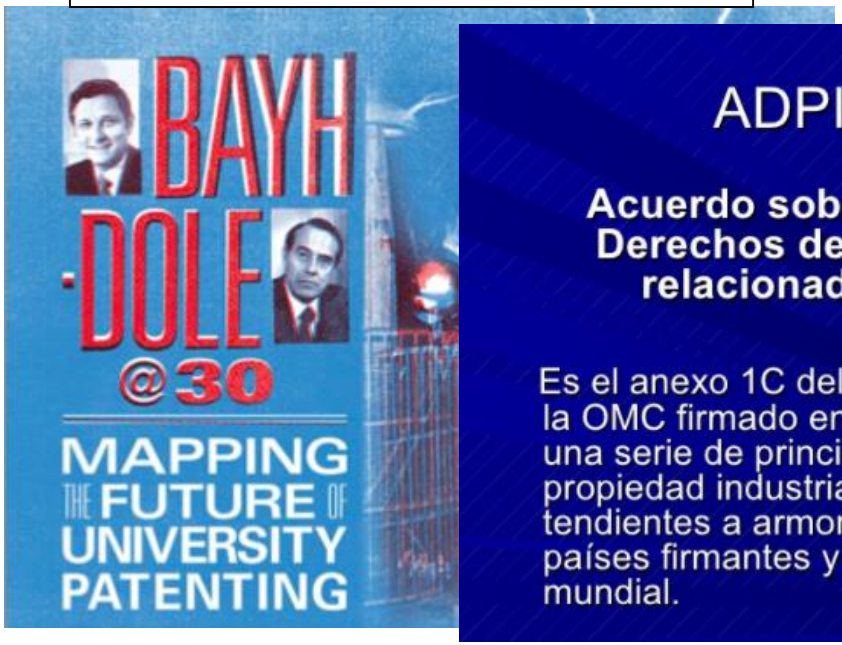


CIPA
CIPA Partners

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DEL COMERCIO

What is ICH?

"International Conference on Harmonisation of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use"



ADPIC (TRIPS)

Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio

Es el anexo 1C del Convenio por el que se crea la OMC firmado en 1994. En él se establecen una serie de principios básicos sobre la propiedad industrial y la propiedad intelectual tendientes a armonizar estos sistemas entre los países firmantes y en relación al comercio mundial.



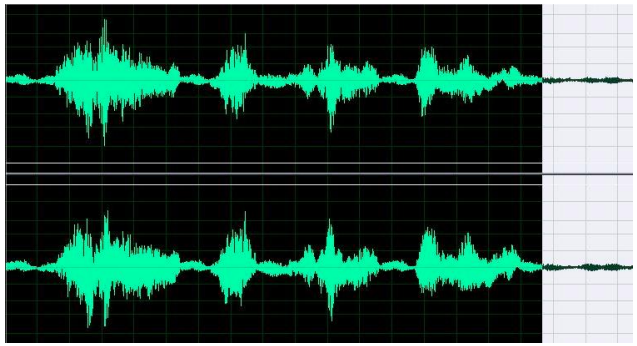
La revolución tecnocientífica

1- Preponderancia de la **iniciativa privada** sobre la gubernamental o la académica: componente empresarial
2- **Innovación en cerrado** en lugar de la cooperación: patentabilidad vs publicabilidad
3- **Retornos basados en el monopolio** que establecen las patentes.
4- La **importancia del marketing** en toda la cadena del conocimiento, en lugar de que sean las ventajas objetivas de los productos las que determinen sus ventas
6- La **necesidad de beneficios en el corto plazo** (sector dominado por el **capital riesgo**) en lugar de beneficios en el medio plazo proporcionales al valor de la tecnología



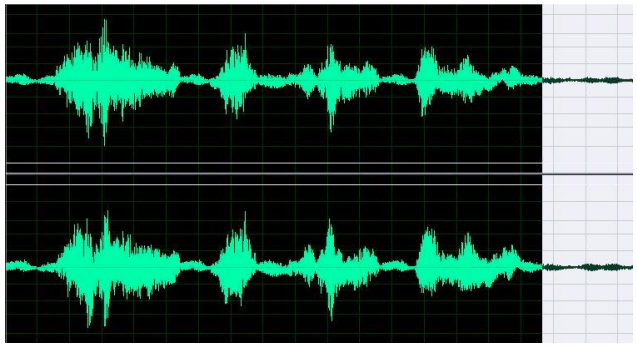






(1980)

A medida que la visibilidad y la importancia de la industria privada crezca en el ámbito de los cuidados de salud, ***la confianza pública en la profesión médica*** *dependerá de su percepción de que el médico actúa siempre como fiduciario desinteresado y honesto. Esa confianza está destinada a ser sacudida por* ***cualquier forma de asociación económica*** ***entre los médicos en ejercicio y el nuevo complejo médico-industrial…***





(1980)

Me parece que la clave del problema … está en las manos de la profesión médica…. la mejor manera de regular el mercado de la salud es el juicio informado de médicos que trabajan genuinamente en el mejor interés de sus pacientes

Editorials

The scandal of poor medical research

BMJ 1994 ; 308 doi: https://doi.org/10.1136/bmj.308.6924.283 (Published 29 January 1994)
Cite this as: *BMJ* 1994;308:283

"necesitamos menos investigación, mejor investigación, e investigación llevada a cabo por razones adecuadas"

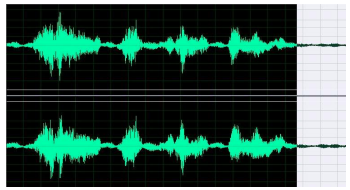
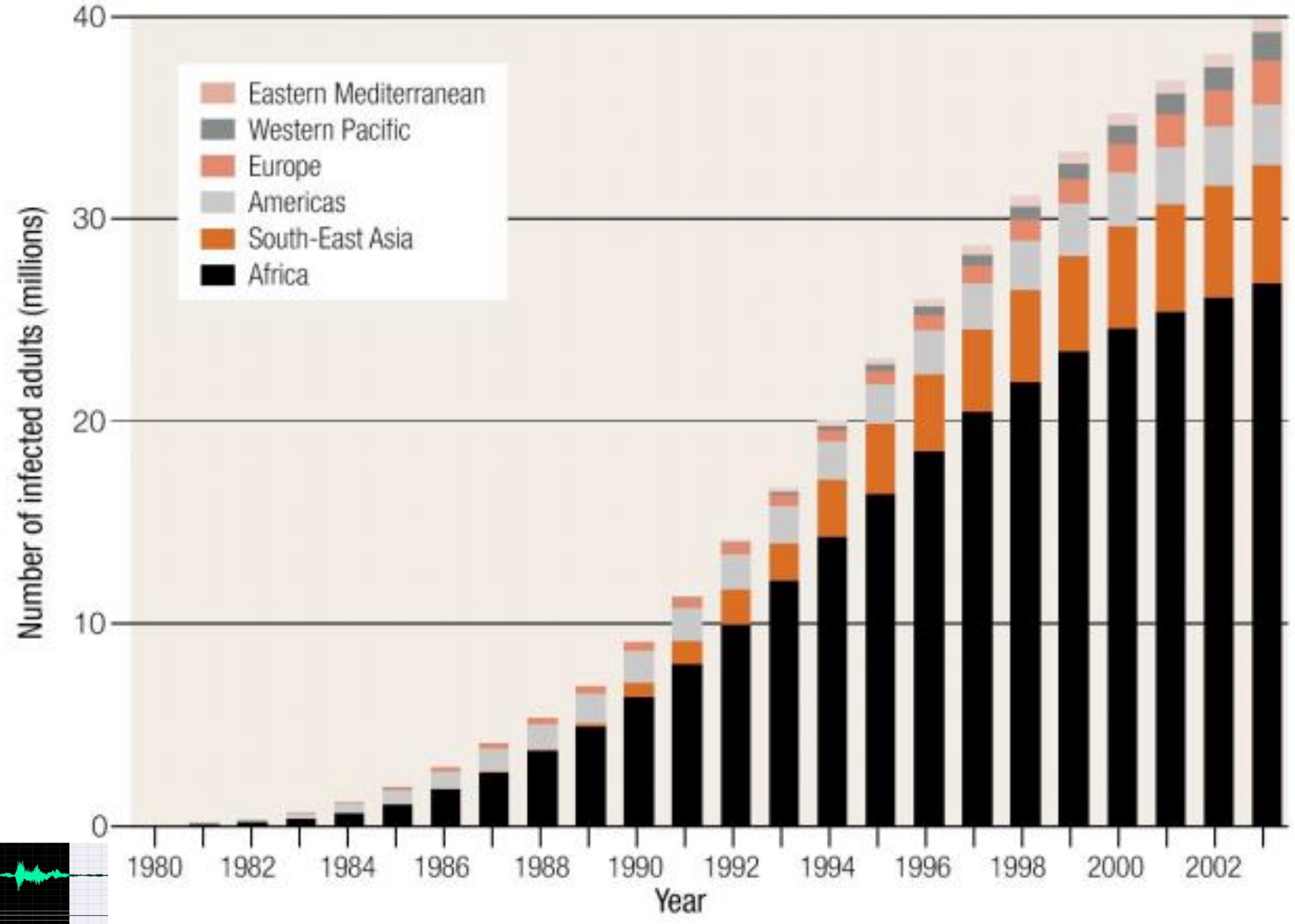
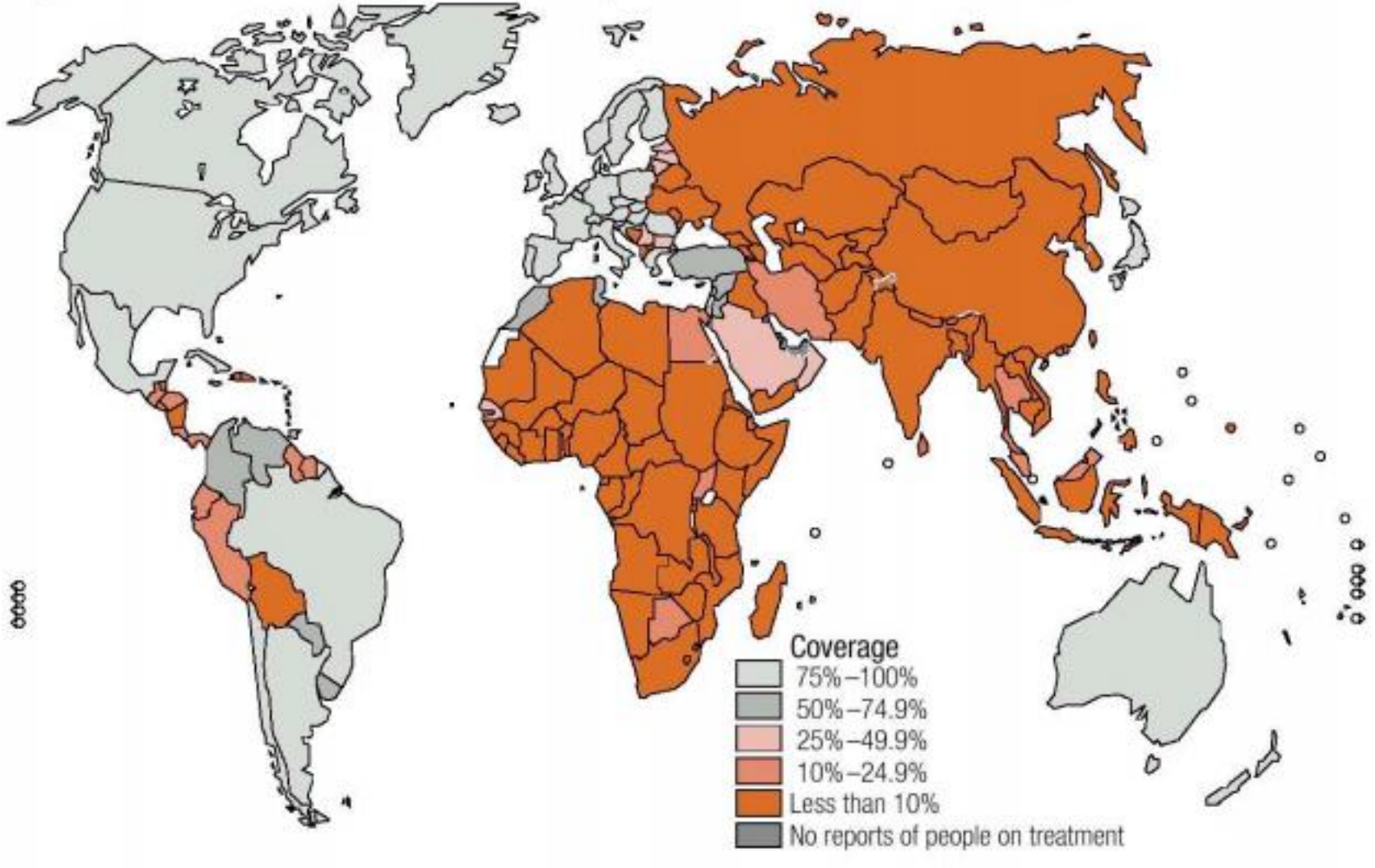


Figure 1.1 Estimated number of adults infected with HIV, by WHO region, 1980–2003

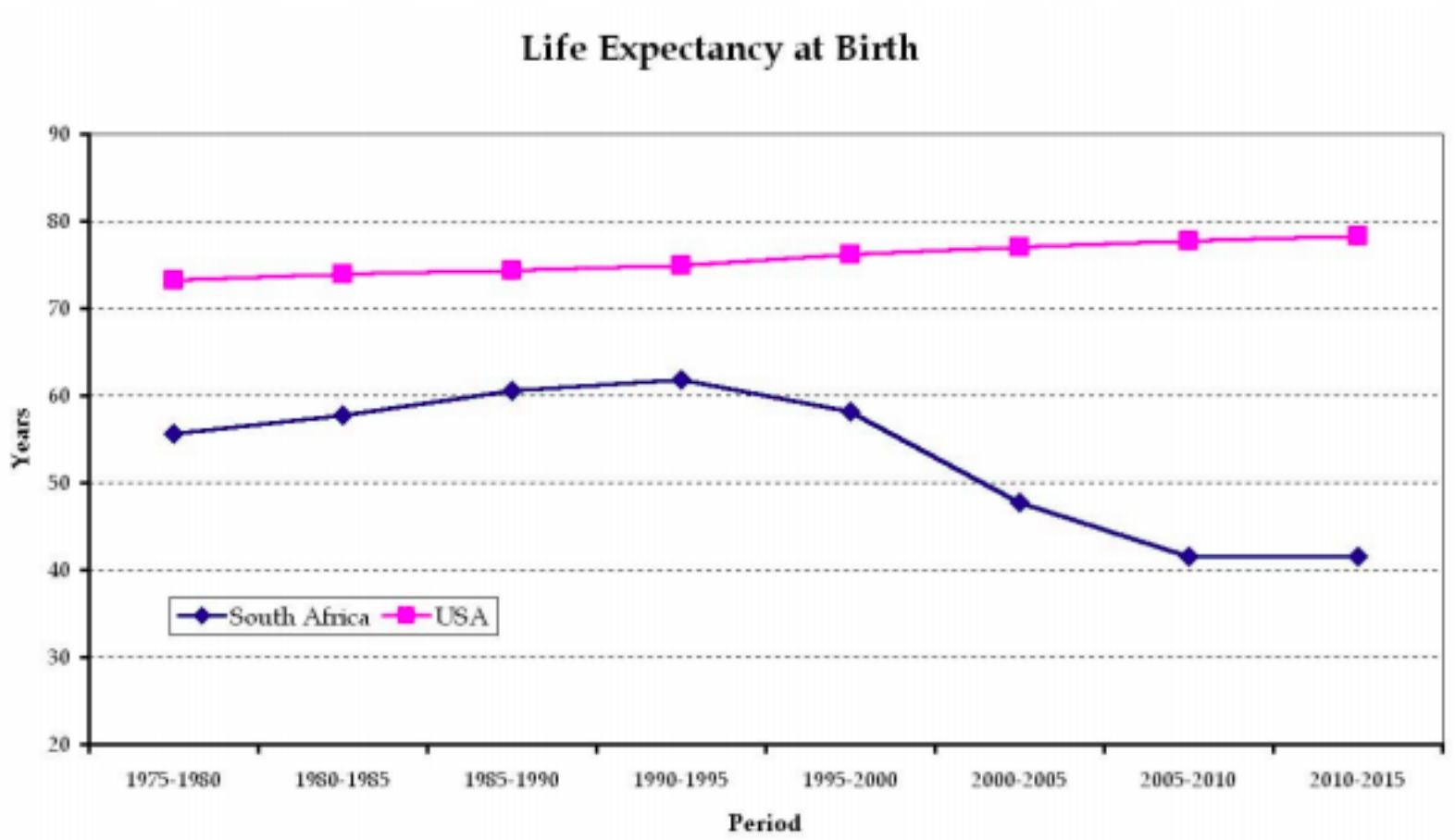


Source: WHO, World Health Report 2 (2004)

Figure 2.1 Estimated worldwide coverage with antiretroviral treatment, end 2003



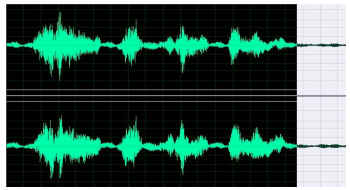
Source: WHO, World Health Report 22 (2004)



es

que pueden pagarlo."

Marijn Dekkers
Director Ejecutivo de BAYER

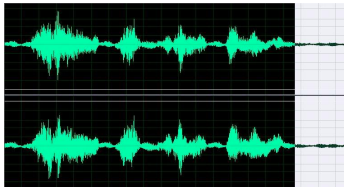




Annual cost per person for triple therapy in Africa (US$)



Source: UNAIDS, Report of the Executive Director, 2000-2001, Doc. No. UNAIDS/PCB(12)/02.2, 33 (May 3, 2002)





8 millones de muertes prematuras en África por falta de acceso a la triple terapia

Seix Barral Biblioteca Formentor

Don DeLillo

Ruido de fondo



Avoidable waste in the production and reporting of research evidence

Lancet 2009; 374: 86–89

Iain Chalmers, Paul Glasziou

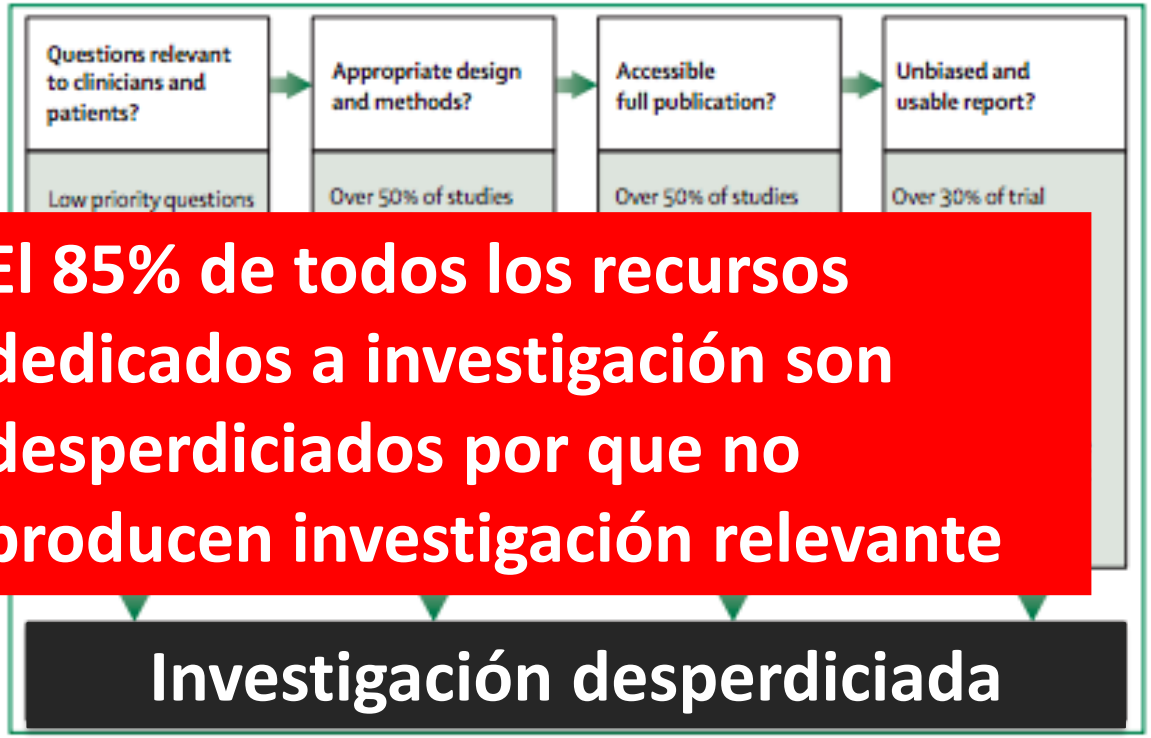


Figure: Stages of waste in the production and reporting of research evidence relevant to clinicians and patients

NO ES SANO

NO GRACIAS

Avoidable waste in the production and reporting of research evidence

Lancet 2009; 374: 86–89

Iain Chalmers, Paul Glasziou

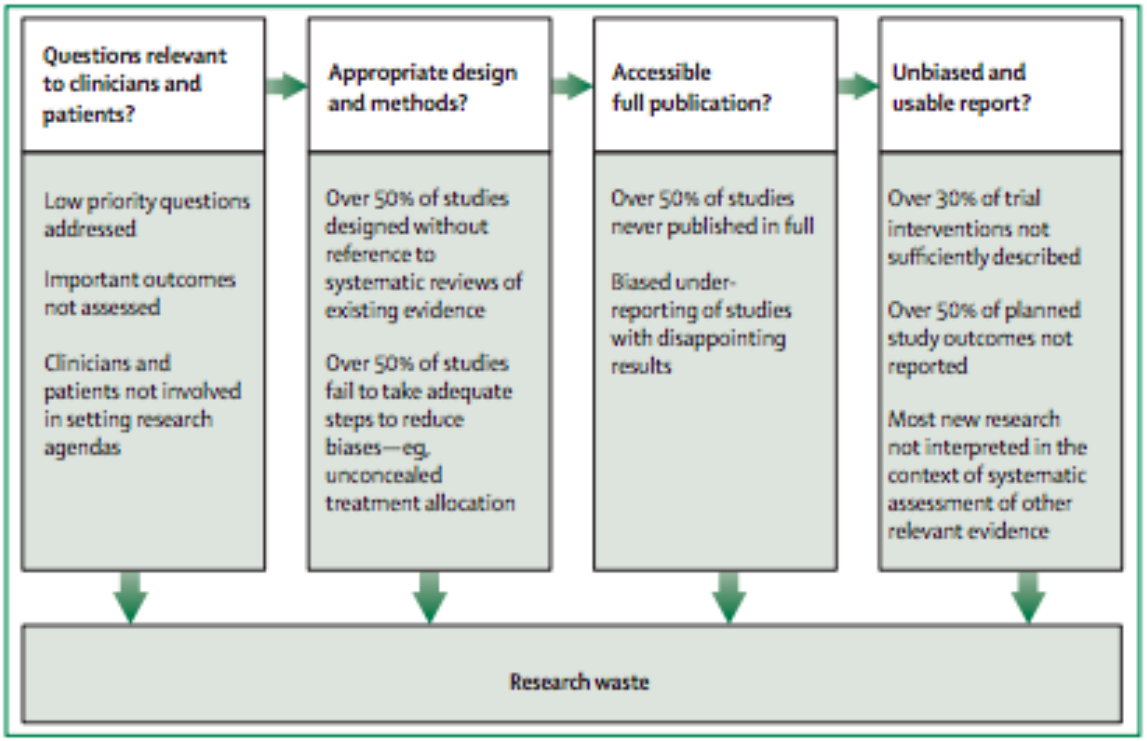


Figure: Stages of waste in the production and reporting of research evidence relevant to clinicians and patients

NO ES SANO

NO GRACIAS

Avoidable waste in the production and reporting of research evidence

Lancet 2009; 374: 86–89

Iain Chalmers, Paul Glasziou

Relevancia de la investigación para pacientes y clínicos

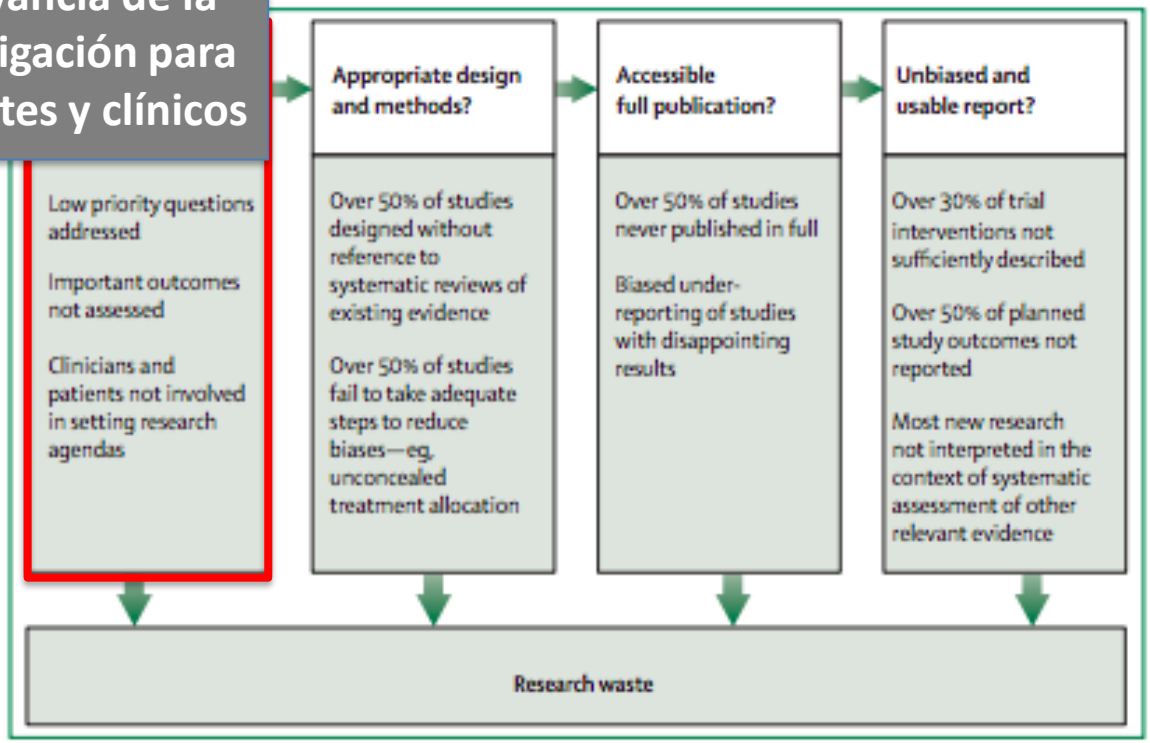


Figure: Stages of waste in the production and reporting of research evidence relevant to clinicians and patients

NO ES SANO

NO GRACIAS

Avoidable waste in the production and reporting of research evidence

Lancet 2009; 374: 86–89

Iain Chalmers, Paul Glasziou

Relevancia de la investigación para pacientes y clínicos

La financiación pública de la investigación se correlaciona modestamente con la carga de enfermedad

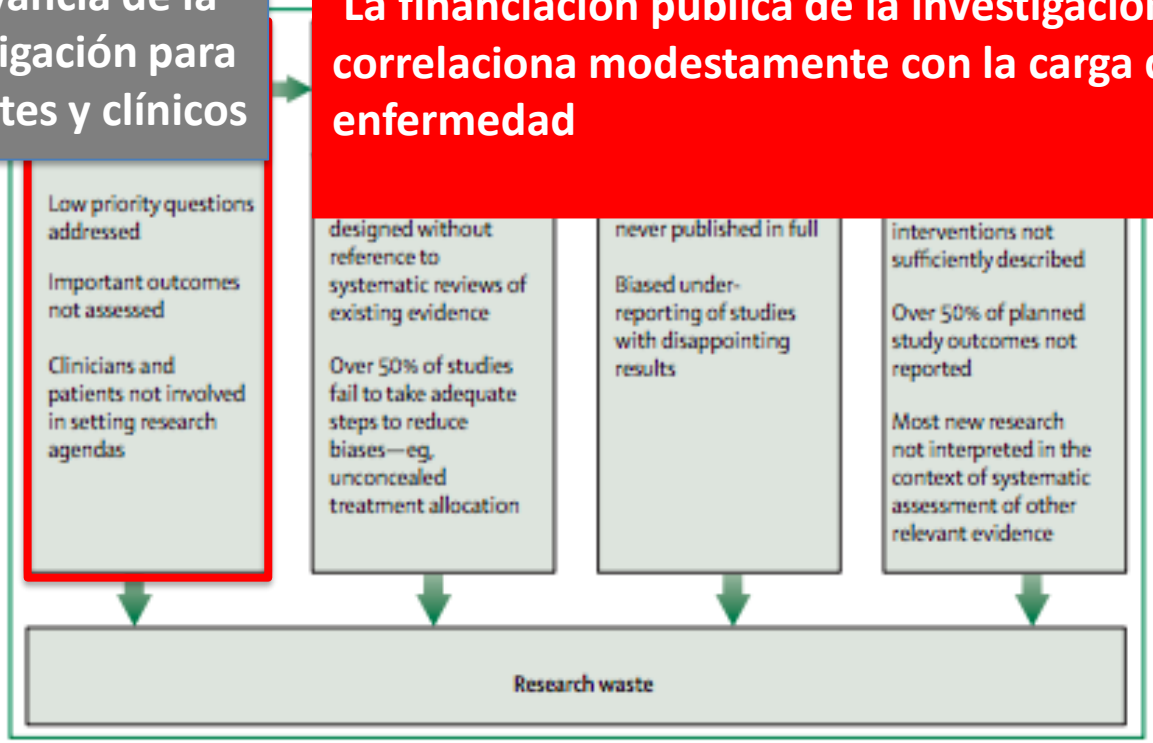


Figure: Stages of waste in the production and reporting of research evidence relevant to clinicians and patients

NO ES SANO

NO GRACIAS

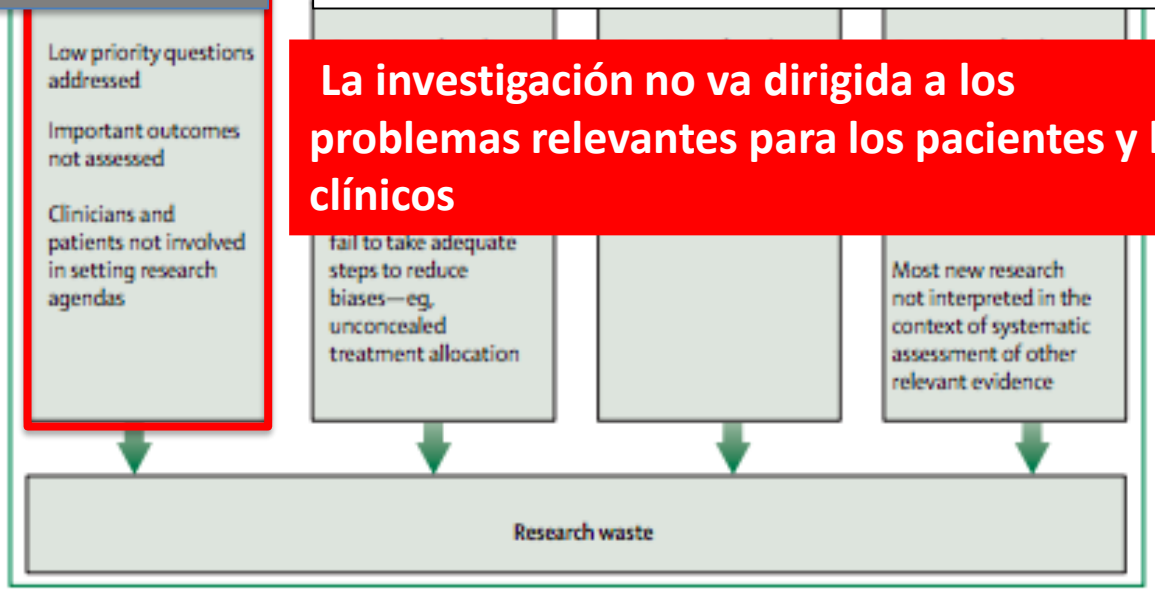
Avoidable waste in the production and reporting of research evidence

Lancet 2009; 374: 86–89

Iain Chalmers, Paul Glasziou

Relevancia de la investigación para pacientes y clínicos

La financiación pública de la investigación se correlaciona modestamente con la carga de enfermedad



La investigación no va dirigida a los problemas relevantes para los pacientes y los clínicos

Figure: Stages of waste in the production and reporting of research evidence relevant to clinicians and patients

NO ES SANO

NO GRACIAS

Lancet. 2000 Jun 10;355(9220):2037-40.

Relation between agendas of the research community and the research consumer.

Tallon D[1], Chard J, Dieppe P.

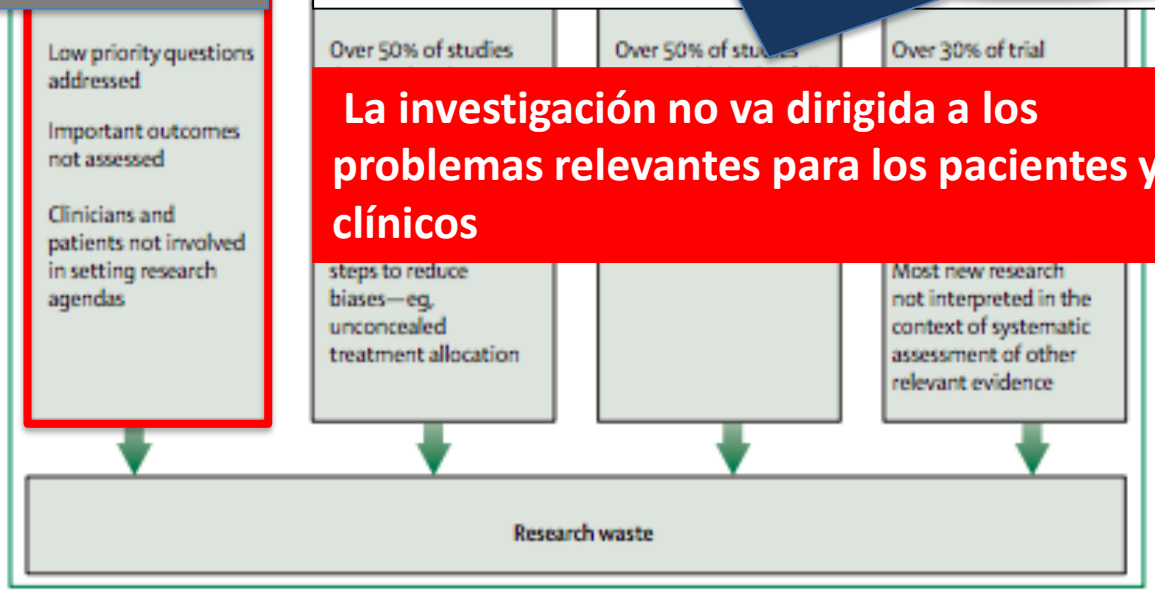
Avoidable waste in the pro… research evidence

Iain Chalmers, Paul Glasziou

Artrosis de rodilla: clínicos y pacientes desean investigación sobre evaluación rigurosa de la fisioterapia y la cirugía. Solo el 9% de los pacientes quieren más investigación sobre fármacos. El 80% de los ECAs acerca de la artrosis de rodilla son sobre fármacos.

Relevancia de la investigación para pacientes y clínicos

La fina… correlaciona… enfermedad



La investigación no va dirigida a los problemas relevantes para los pacientes y los clínicos

Figure: Stages of waste in the production and reporting of research evidence relevant to clinicians and patients

NO ES SANO

NO GRACIAS

Avoidable waste in the production and reporting of research evidence

Lancet 2009; 374: 86–89

Iain Chalmers, Paul Glasziou

Diseños y metodología apropiada

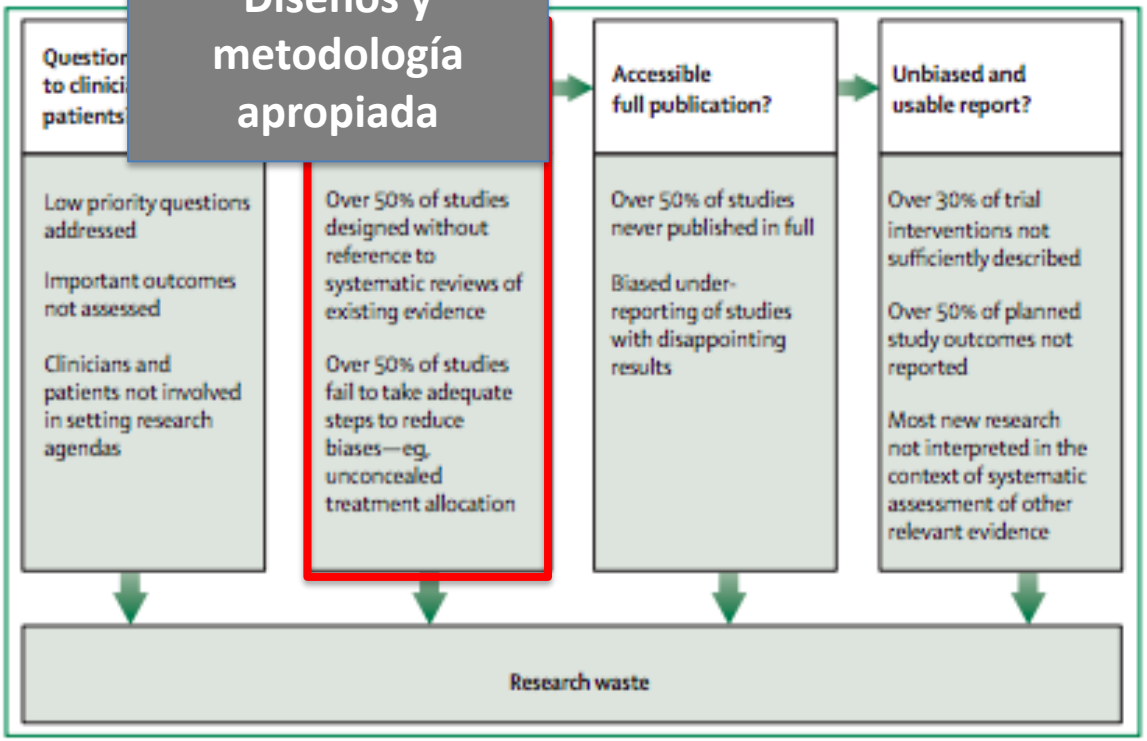


Figure: Stages of waste in the production and reporting of research evidence relevant to clinicians and patients

NO ES SANO

NO GRACIAS

Avoidable waste in the production and reporting of res

Iain Ch

Clin Trials. 2005;2(3):260-4.

The use of systematic reviews when designing studies.

Cooper NJ[1], Jones DR, Sutton AJ.

Diseños y metodología apropiada

La mitad de los ECAs podrían ser innecesarios porque obvian la existencia de una revisión sistemática

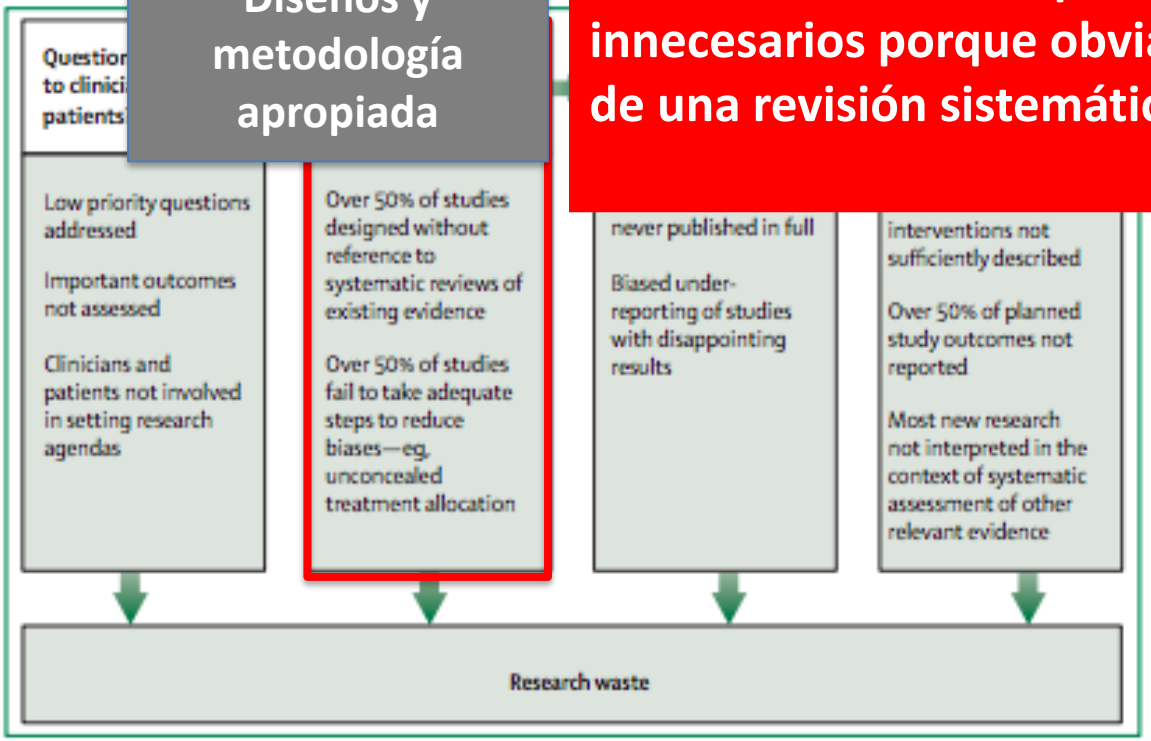


Figure: Stages of waste in the production and reporting of research evidence relevant to clinicians and patients

NO ES SANO

NO GRACIAS

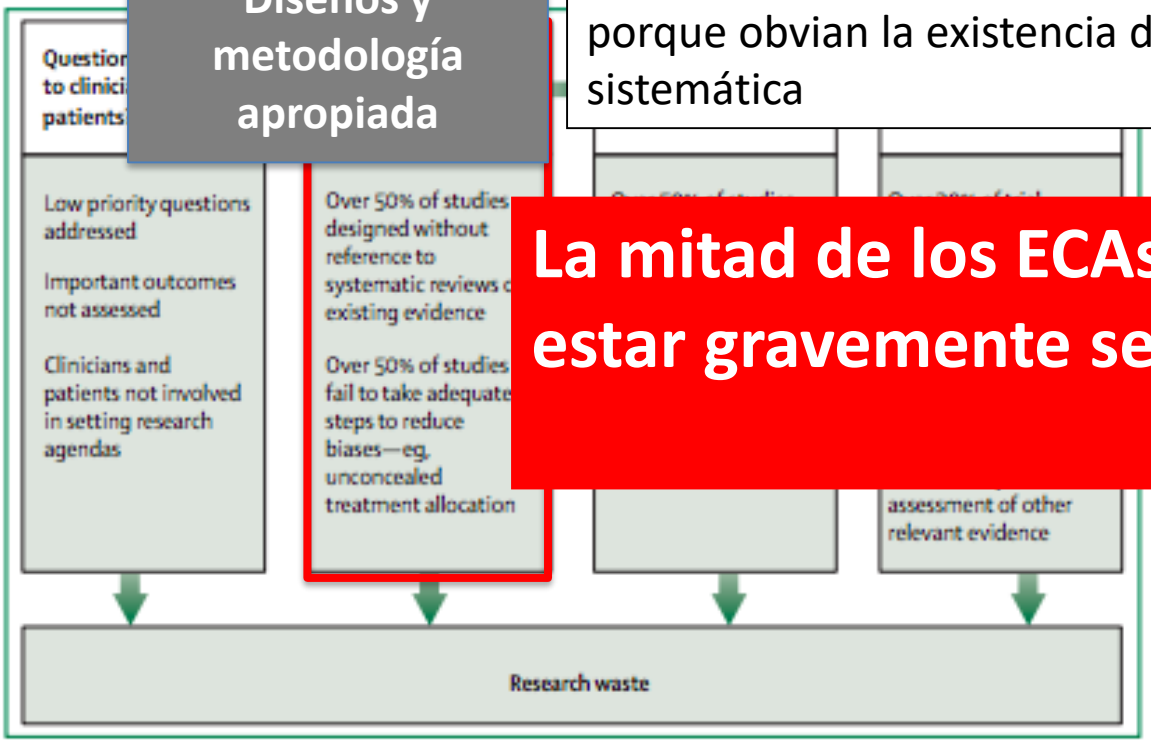
Avoidable waste in the production and reporting of research evidence

Lancet 2009; 374: 86–89

Iain Chalmers, Paul Glasziou

Diseños y metodología apropiada

La mitad de los ECAs podrían ser innecesarios porque obvian la existencia de una revisión sistemática



La mitad de los ECAs podrían estar gravemente sesgados

Figure: Stages of waste in the production and reporting of research evidence relevant to clinicians and patients

NO ES SANO

NO GRACIAS

Avoidable waste in the production and reporting of research evidence

Lancet 2009; 374: 86–89

Iain Chalmers, Paul Glasziou



Figure: Stages of waste in the production and reporting of research evidence relevant to clinicians and patients

NO ES SANO

NO GRACIAS

Avoidable waste in the production and reporting of research evidence

Lancet 2009; 374: 86–89

Iain Chalmers, Paul Glasziou

¿Ha sido publicada la investigación?

La mitad de los ECAs nunca son publicados

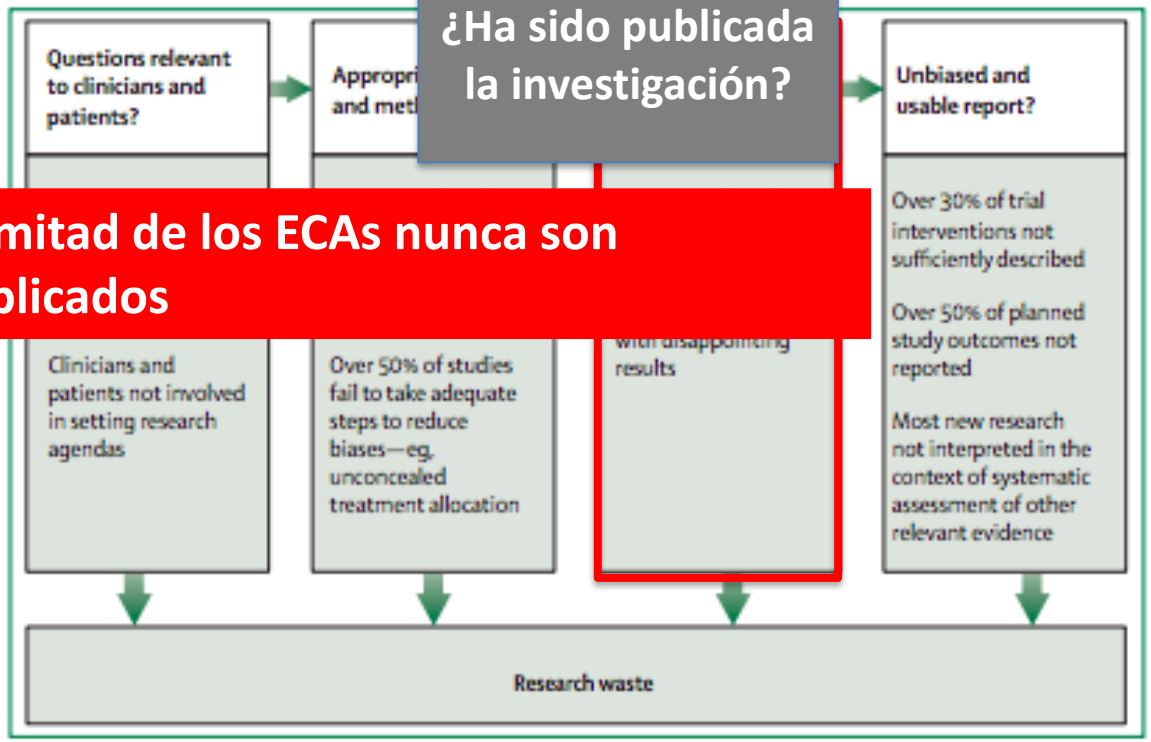


Figure: Stages of waste in the production and reporting of research evidence relevant to clinicians and patients

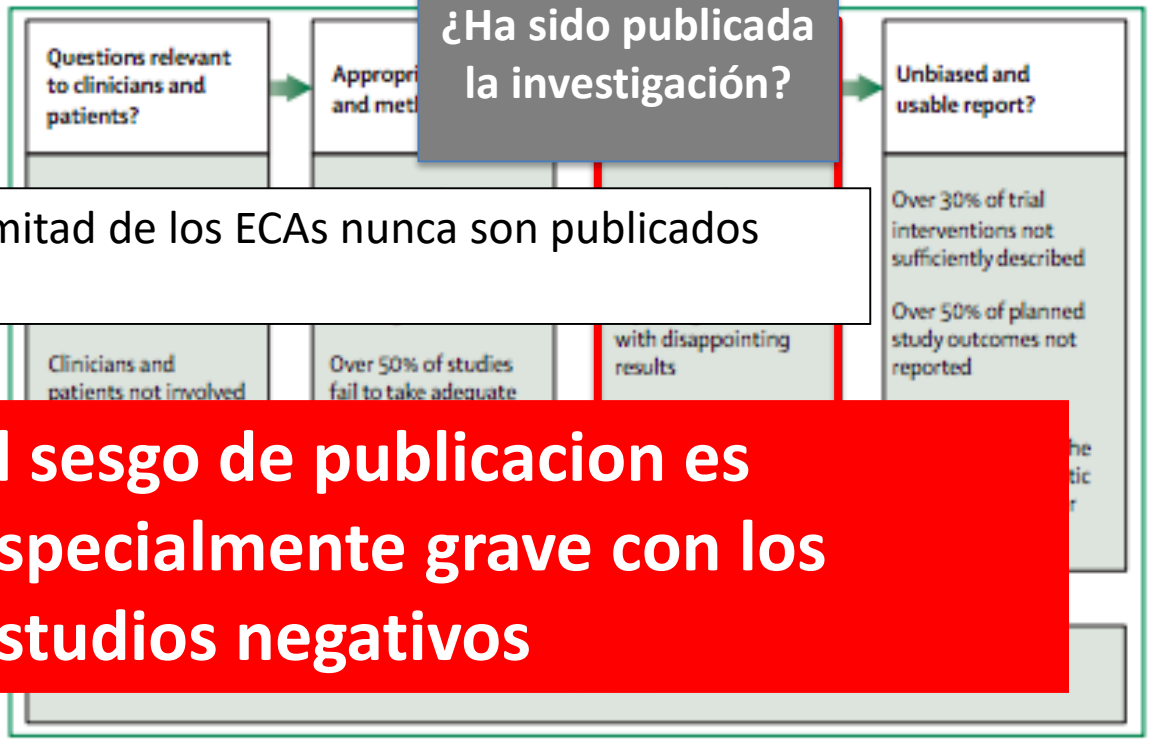
NO ES SANO

NO GRACIAS

Avoidable waste in the production and reporting of research evidence

Lancet 2009; 374: 86–89

Iain Chalmers, Paul Glasziou



¿Ha sido publicada la investigación?

La mitad de los ECAs nunca son publicados

El sesgo de publicacion es especialmente grave con los estudios negativos

Figure: Stages of waste in the production and reporting of research evidence relevant to clinicians and patients

NO ES SANO

NO GRACIAS

Avoidable waste in the production and reporting of research evidence

Lancet 2009; 374: 86–89

Iain Chalmers, Paul Glasziou

La publicación contiene sesgos o aporta información inútil

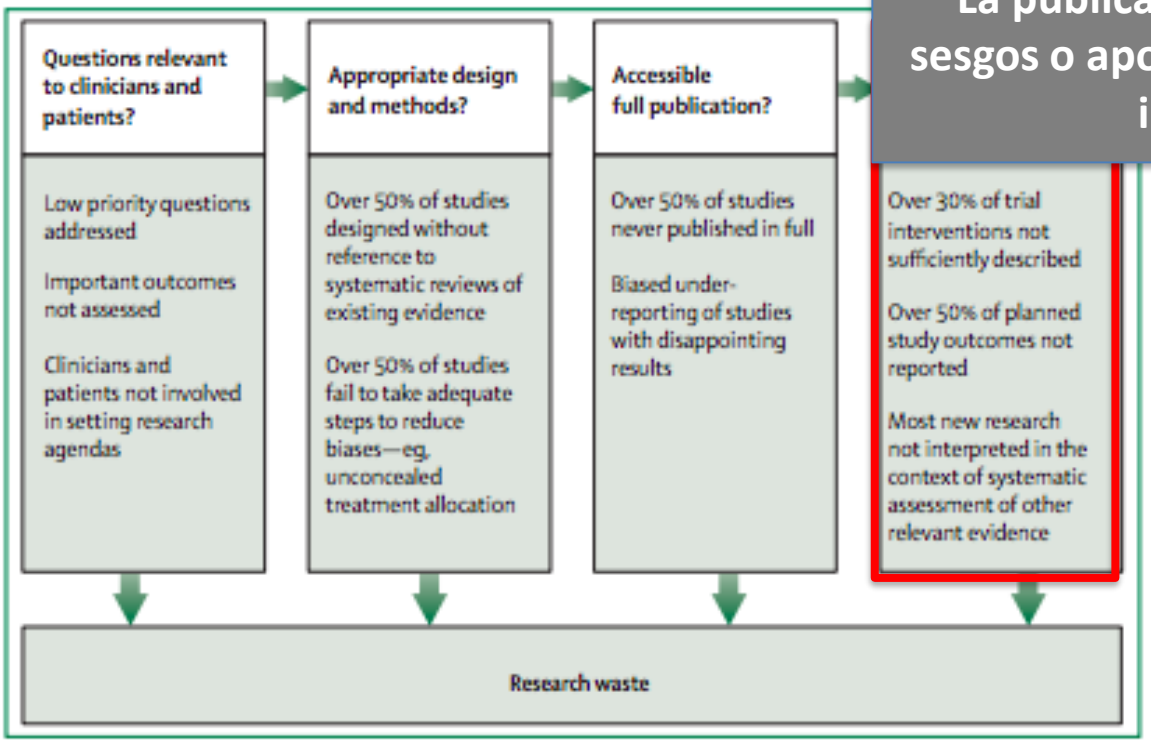


Figure: Stages of waste in the production and reporting of research evidence relevant to clinicians and patients

NO ES SANO

NO GRACIAS

Avoidable waste in the production and reporting of research evidence

Lancet 2009; 374: 86–89

Iain Chalmers, Paul Glasziou

La publicación contiene sesgos o aporta información inútil

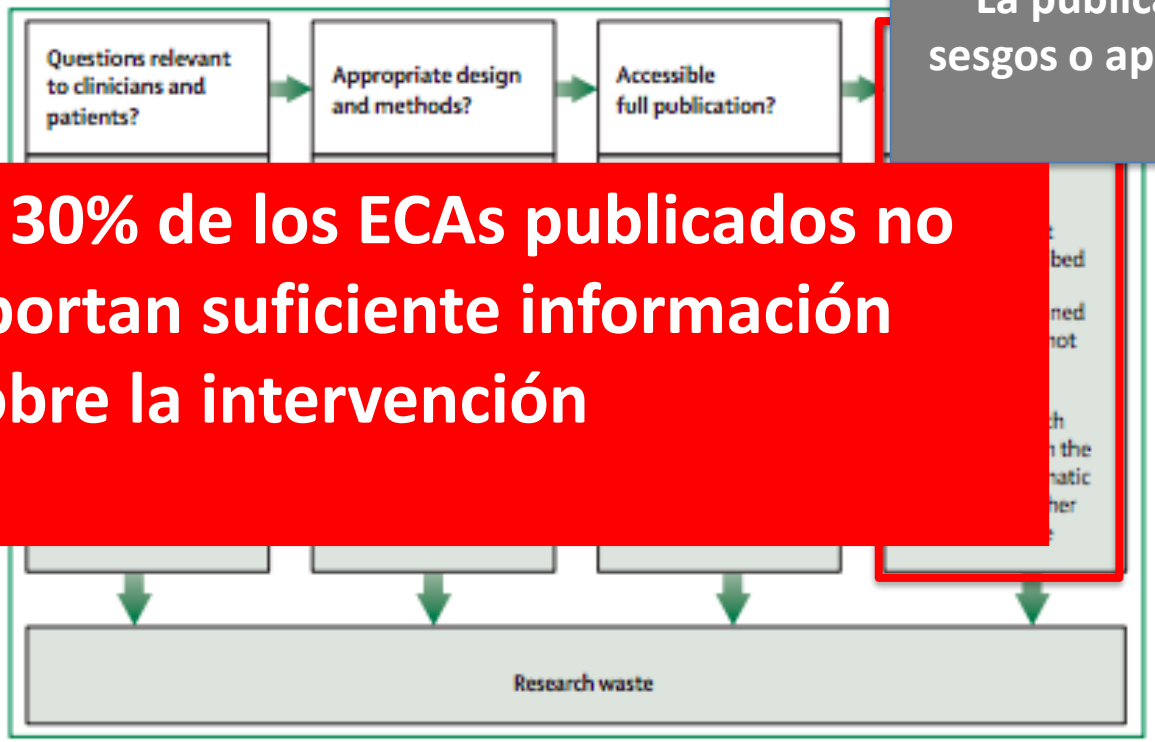


Figure: Stages of waste in the production and reporting of research evidence relevant to clinicians and patients

El 30% de los ECAs publicados no aportan suficiente información sobre la intervención

NO ES SANO

NO GRACIAS

Avoidable waste in the production and reporting of research evidence

Lancet 2009; 374: 86–89

Iain Chalmers, Paul Glasziou

La publicación contiene sesgos o aporta información inútil

El 30% de los ECAs publicados no aportan suficiente información sobre la intervención

El 50% de los resultados buscados por el ECA no son informados

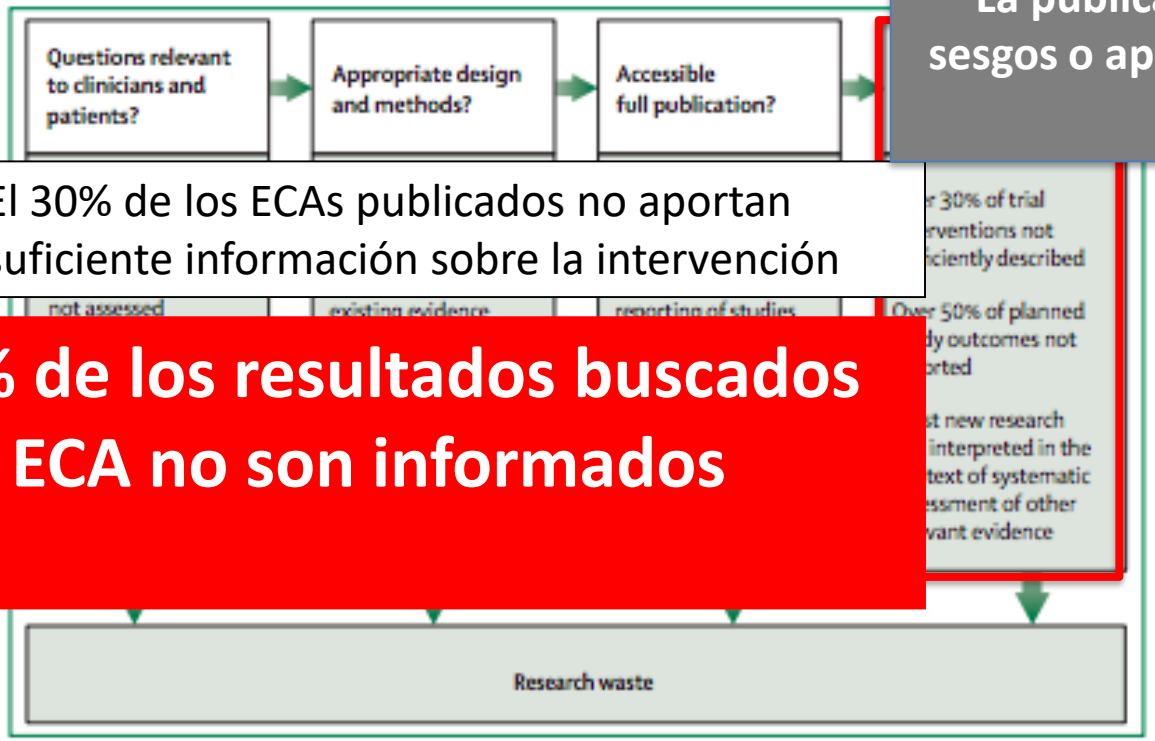


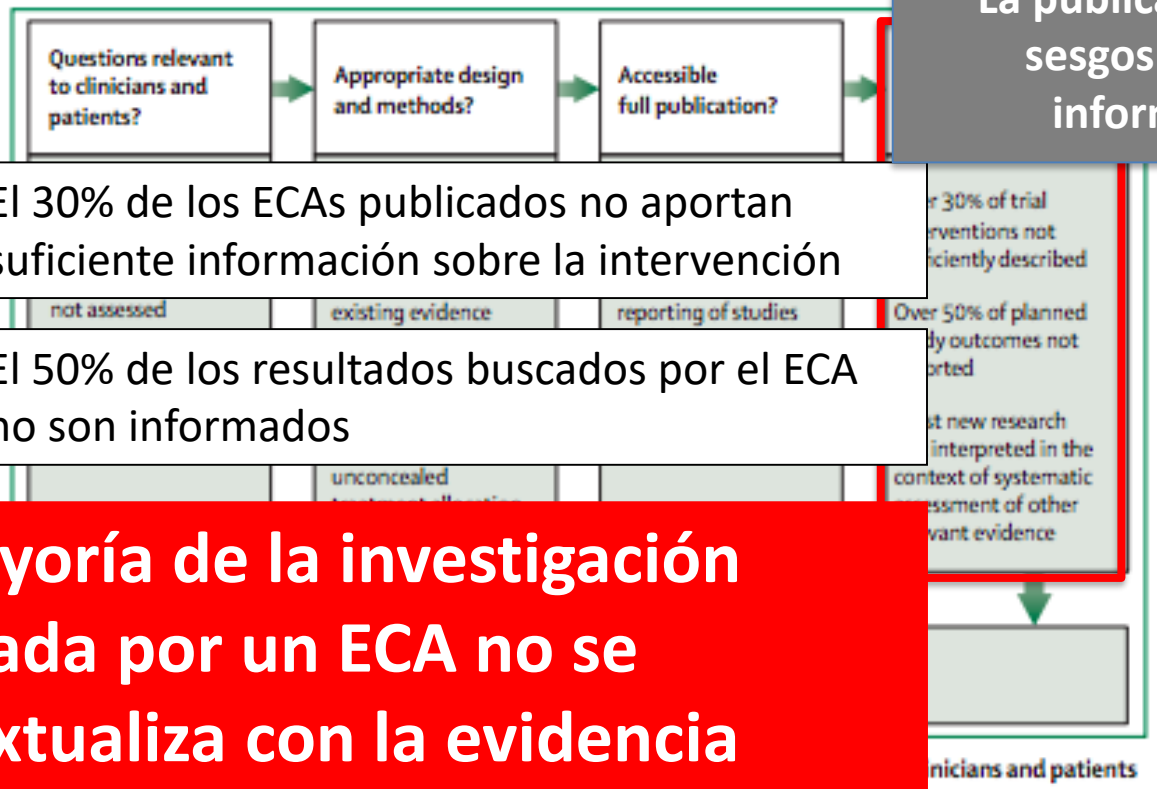
Figure: Stages of waste in the production and reporting of research evidence relevant to clinicians and patients

NO ES SANO

Avoidable waste in the production and reporting of research evidence

Lancet 2009; 374: 86–89

Iain Chalmers, Paul Glasziou



La publicación contiene sesgos o no aporta información útil

El 30% de los ECAs publicados no aportan suficiente información sobre la intervención

El 50% de los resultados buscados por el ECA no son informados

La mayoría de la investigación aportada por un ECA no se contextualiza con la evidencia relevante

NO GRACIAS

Avoidable waste in the production and reporting of research evidence

Lancet 2009; 374: 86–89

Iain Chalmers, Paul Glasziou

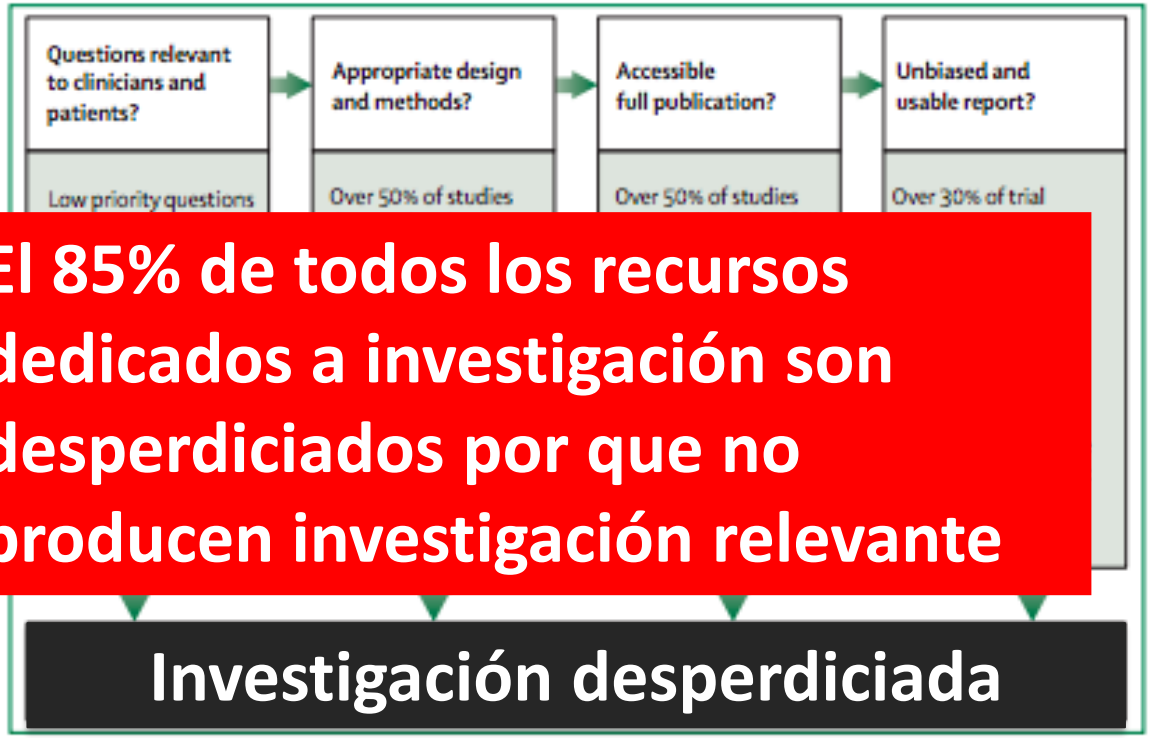
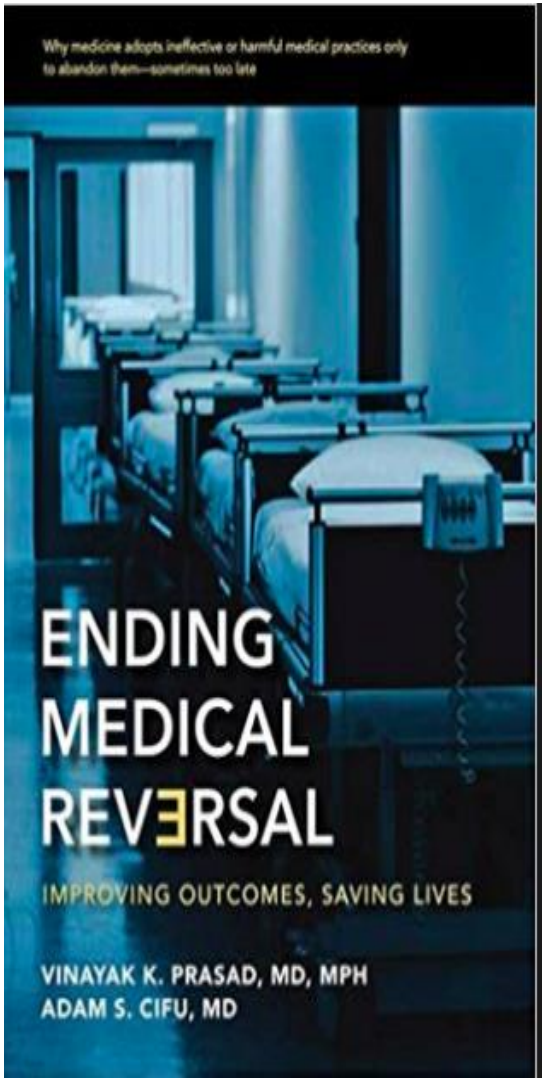


Figure: Stages of waste in the production and reporting of research evidence relevant to clinicians and patients

NO ES SANO

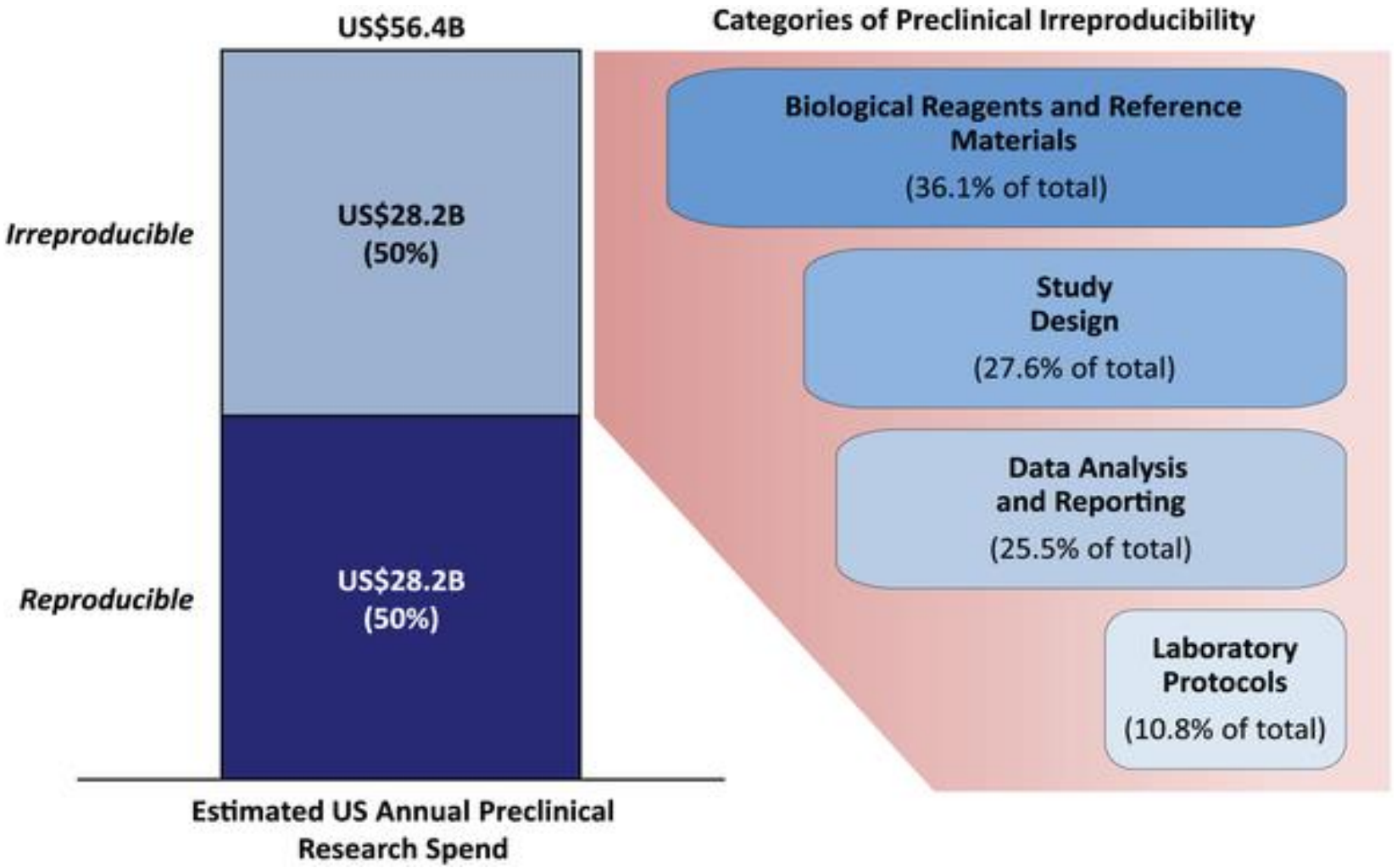
NO GRACIAS



Cuando la medicina trata de comprobar si una práctica establecida es correcta:

- 40,2% de revocaciones
- 21,8% de resultados no concluyentes
- 38% de confirmaciones

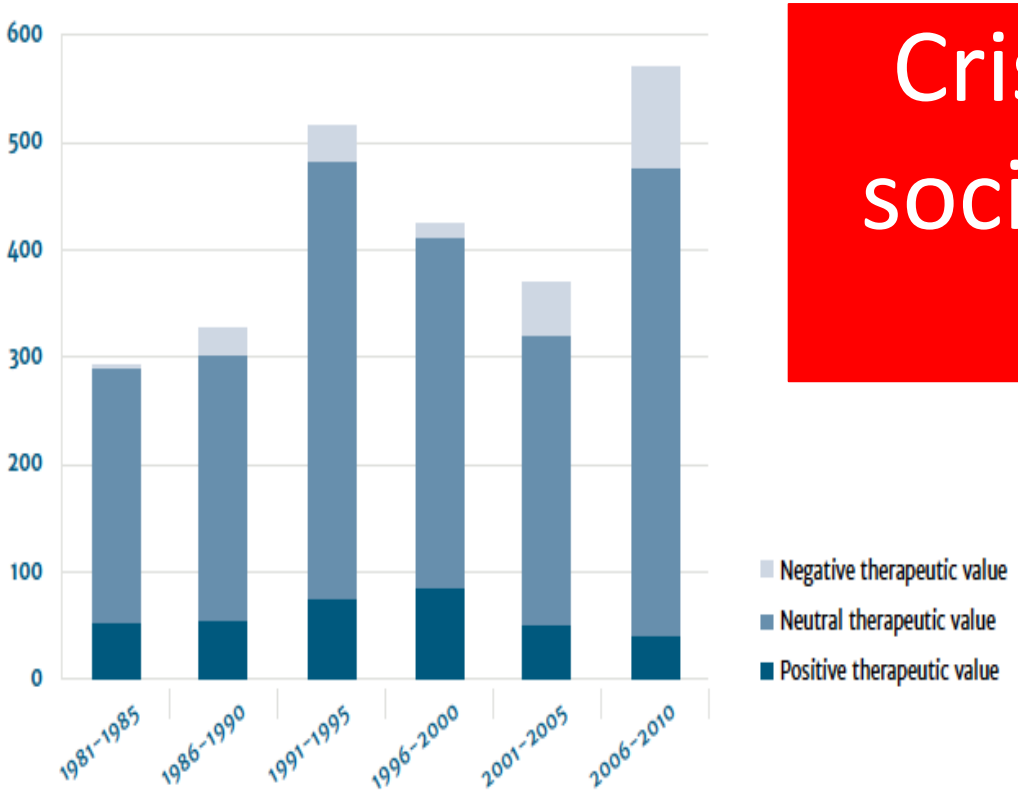
Fig 2. Estimated US preclinical research spend and categories of errors that contribute to irreproducibility.



Freedman LP, Cockburn IM, Simcoe TS (2015) The Economics of Reproducibility in Preclinical Research. PLOS Biology 13(6): e1002165. https://doi.org/10.1371/journal.pbio.1002165
http://journals.plos.org/plosbiology/article?id=10.1371/journal.pbio.1002165

PLOS | BIOLOGY
FIFTEENTH ANNIVERSARY

FIGURE 3 *Prescrire*'s ratings for new drugs and indications (1981–2010)

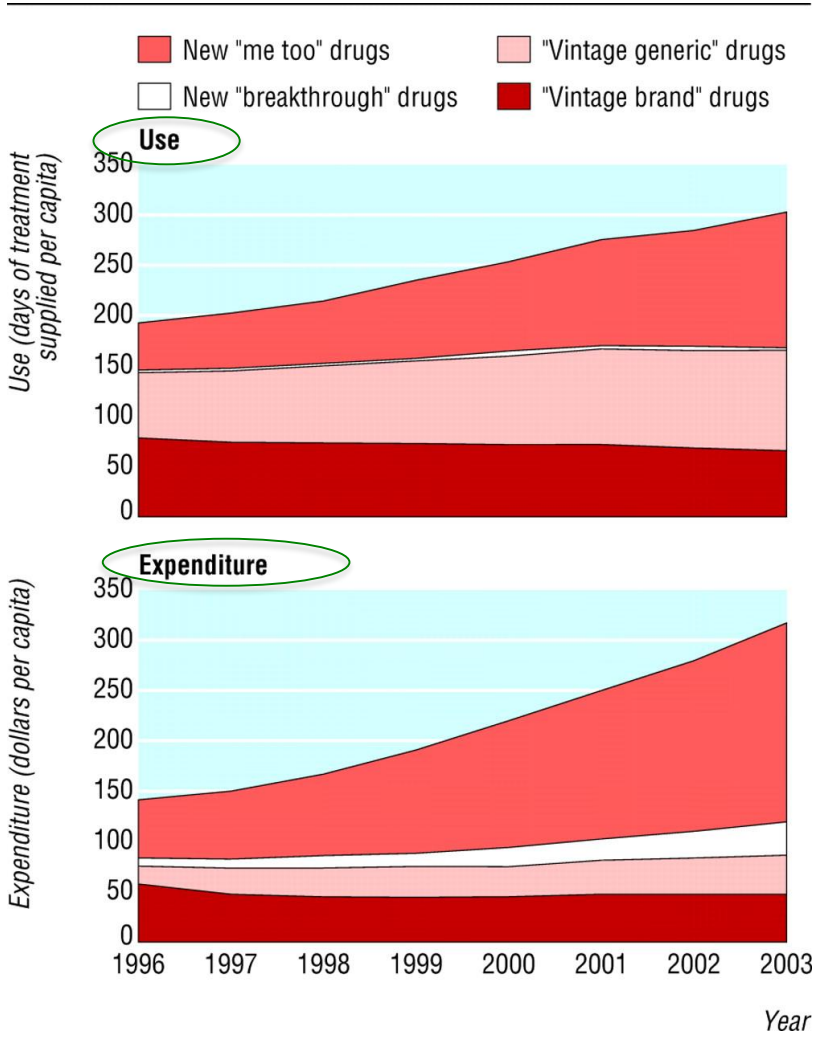


The categories used here are a simplified version of those used by *Prescrire*. "Positive therapeutic value" corresponds to a *Prescrire* rating of "Bravo", "A real advance" or "Offers an advantage"; "Neutral therapeutic value" includes *Prescrire* ratings of "Possibly helpful" and "Nothing new"; and "Negative therapeutic value" equates to the *Prescrire* rating "Not acceptable" (*Prescrire* ratings in Gagnon, 2012).

Crisis del contrato social por la ciencia biomédica

TECNOCIENCIA: CRISIS DE CONFIANZA SISTEMA SANITARIO

Use of prescription drugs and expenditure per capita, by product classification, British Columbia, Canada, 1996-2003.



Morgan S G et al. BMJ 2005;331:815-816

©2005 by British Medical Journal Publishing Group

BMJ

Velocidad de incorporación de nuevos medicamentos en la práctica clínica

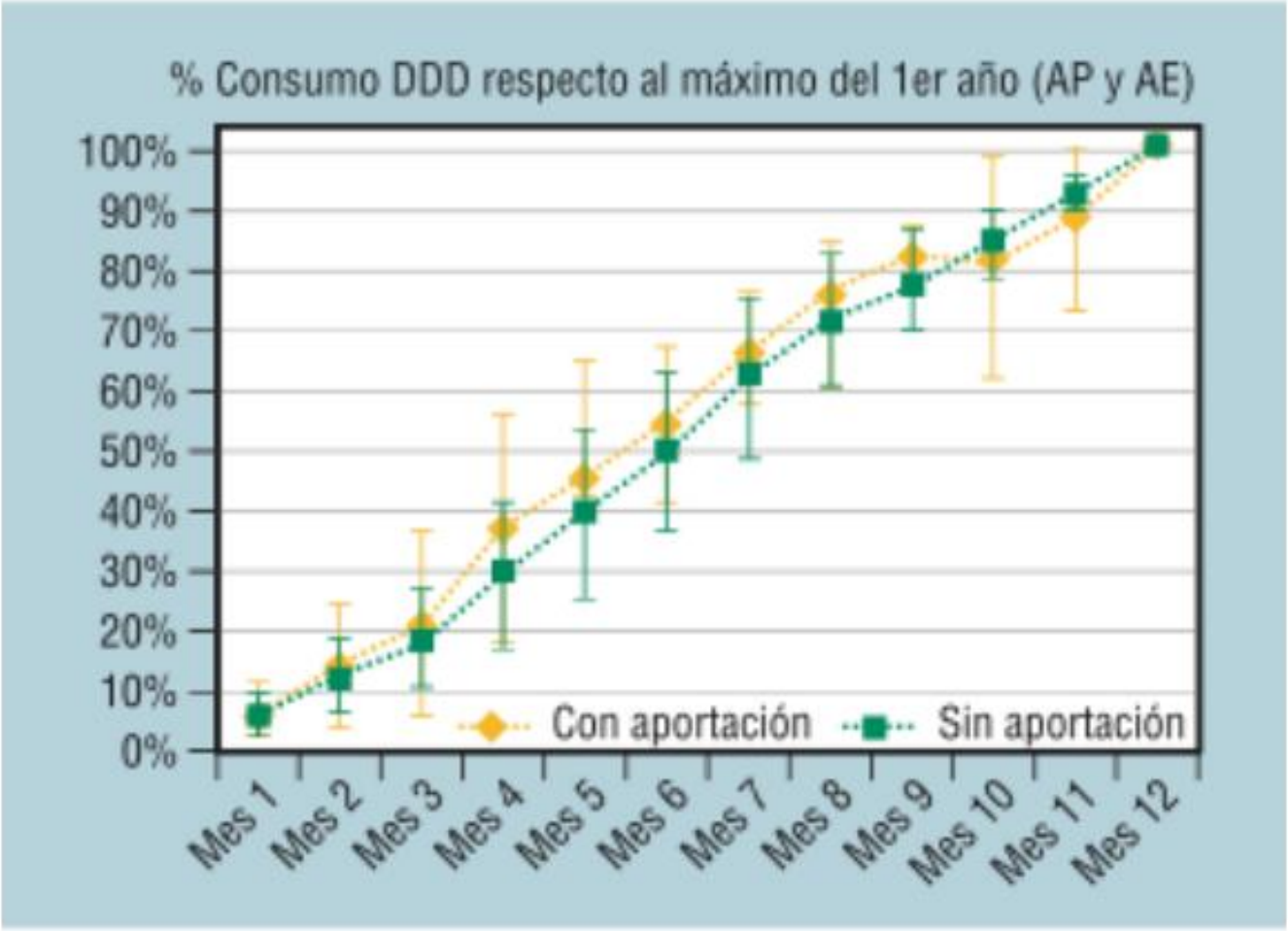


Figura 3. Análisis por categorías de aportación terapéutica

(12) Labarta Mancho C, Aza Pascual-Salcedo MM, Garjon Parra FJ, Celaya Lecea MC, Lallana Alvarez MJ, Elfau Maizal M. Velocidad de incorporación de nuevos medicamentos en la práctica clínica. FAP. 2007;5:118–23.

Review | Less Is More

March 2017

Clinicians' Expectations of the Benefits and Harms of Treatments, Screening, and Tests

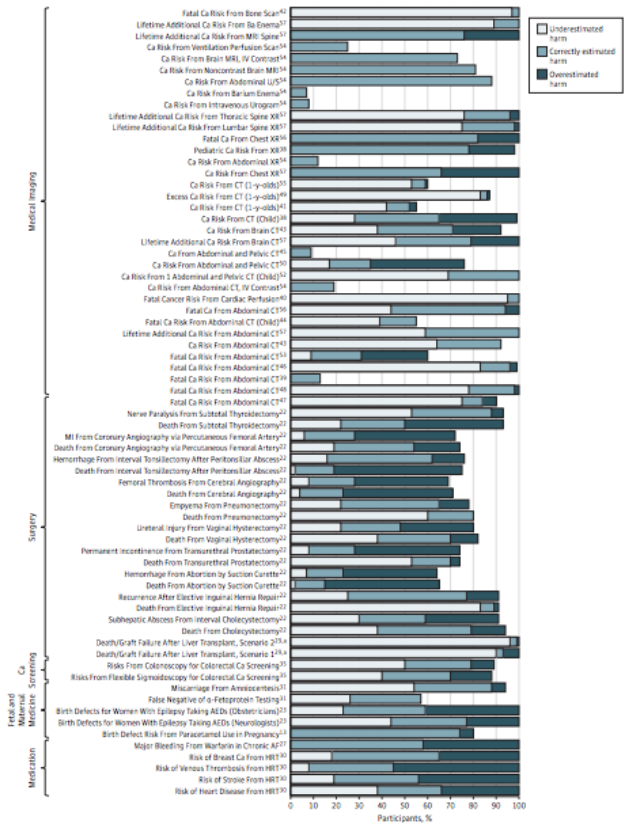
A Systematic Review

Tammy C. Hoffmann, PhD[1]; Chris Del Mar, MD, FRACGP[1]

» Author Affiliations

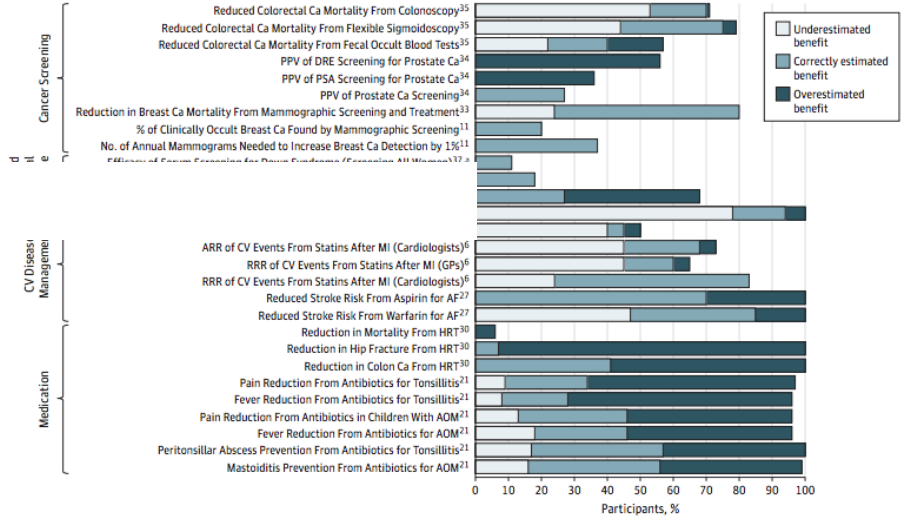
JAMA Intern Med. 2017;177(3):407-419. doi:10.1001/jamainternmed.2016.8254

Figure 2. Percentage of Participants Providing a Correct Estimate, Underestimate, or Overestimate of Intervention Harm



AEDs indicates antiepileptic drugs; AF, atrial fibrillation; Ba, barium; Ca, cancer; IV, intravenous; HRT, hormone replacement therapy; MI, myocardial infarction; MRI, magnetic resonance imaging; U/S, ultrasonography; and XR, radiograph.
[a] See study listing for Volk et al[28] in Table 1.

Figure 1. Percentage of Participants Providing a Correct Estimate, Underestimate, or Overestimate of Intervention Benefit



AF indicates atrial fibrillation; AOM, acute otitis media; ARR, adjusted risk ratio; Ca, cancer; CV, cardiovascular; DRE, digital rectal examination; GPs, general practitioners; HRT, hormone replacement therapy; MI, myocardial infarction; PPV, positive predictive value; PSA, prostate-specific antigen; RRR, relative risk ratio; and TIA, transient ischemic attack.
[a] See study listing for Sadler[37] in Table 2.

Los clínicos rara vez tienen expectativas precisas sobre los beneficios o los riesgos de las intervenciones, con inexactitudes en ambas direcciones, aunque, con más frecuencia, sobrestiman los beneficios e infraestiman los riesgos

MÉDICOS: SOBREVALORACIÓN BIOMEDICINA

CMAJ OPEN

CMAJ Open 2017. DOI:10.9778/cmajo.20170089

Research

The relation between promotional spending on drugs and their therapeutic gain: a cohort analysis

Table 2: Therapeutic value of most-promoted and top-selling drugs

	Year; no. (%) of drugs					
	2013*		2014†		2015‡	
Category	Most-promoted drugs *n* = 28	Top-selling drugs *n* = 30	Most-promoted drugs *n* = 29	Top-selling drugs *n* = 29	Most-promoted drugs *n* = 32	Top-selling drugs *n* = 29
Major therapeutic gain	0 (0)	5 (17)	1 (3)	4 (14)	1 (3)	4 (14)
Moderate therapeutic gain	1 (4)	2 (7)	2 (7)	2 (7)	2 (6)	2 (7)
Little to no therapeutic gain	27 (96)	23 (77)	26 (90)	23 (79)	29 (91)	23 (79)

*$p = 0.04$, Fisher exact test.
†$p = 0.4$, Fisher exact test.
‡$p = 0.4$, Fisher exact test.

El modelo de innovación contra la salud pública

The Inverse Benefit Law: How Drug Marketing Undermines Patient Safety and Public Health

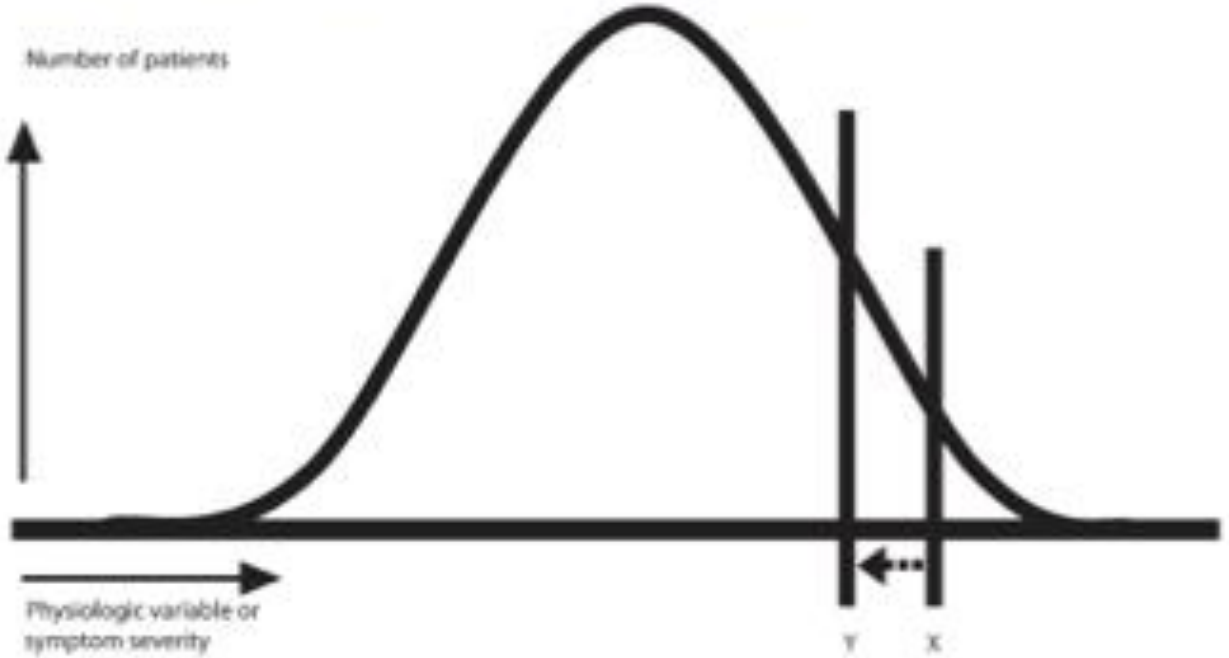
March 2011, Vol 101, No. 3 | American Journal of Public Health

Howard Brody, MD, PhD, and Donald W. Light, PhD

Brody y Light (2011): "El balance riesgo beneficio de un medicamento tiende a variar inversamente a la intensidad de la promoción"

la ley de beneficio inverso

Estrategias de la IF para elevar el NNT



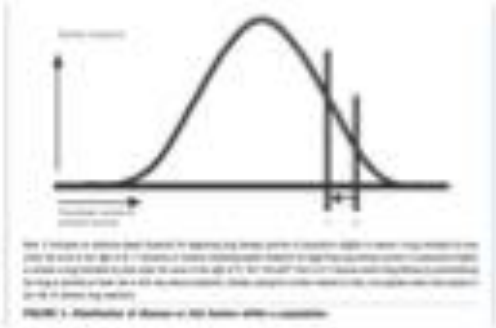
Note. X indicates an evidence-based threshold for beginning drug therapy (portion of population eligible to receive a drug indicated by area under the curve to the right of X). Y indicates an industry-marketing-based threshold for beginning drug therapy (portion of population eligible to receive a drug indicated by area under the curve to the right of Y). The "left shift" from X to Y reduces overall drug efficacy by administering the drug to patients at lower risk or with less severe symptoms, thereby raising the number needed to treat, and exposes many more people to the risk of adverse drug reactions.

FIGURE 1—Distribution of disease or risk factors within a population.

The Inverse Benefit Law: How Drug Marketing Undermines Patient Safety and Public Health

Howard Brody, MD, PhD, and Donald W. Light, PhD

March 2011, Vol 101, No. 3 | American Journal of Public Health



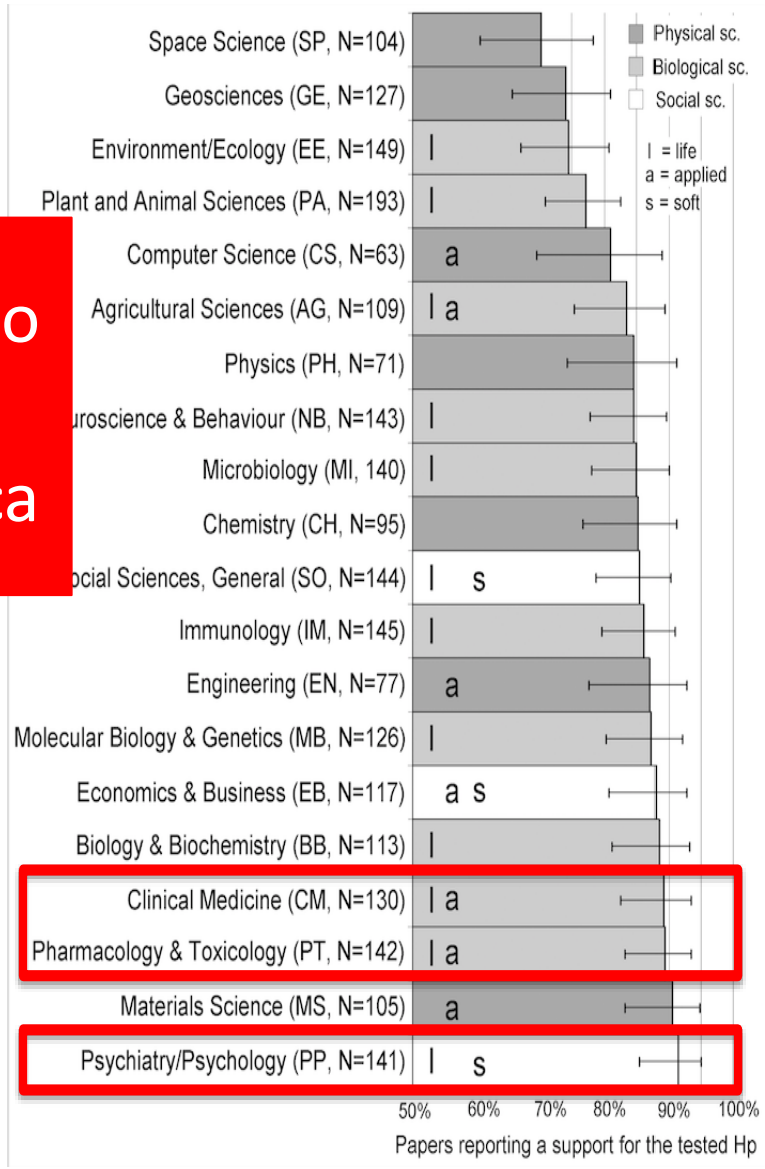
1- Reducción del umbral de diagnóstico de la enfermedad
2- Enfatizar las variables subrogadas
3- Exageración de la seguridad del medicamento
4- Exageración de la eficacia de los medicamentos
5- Invención de nuevas enfermedades
6- Promocionando el uso no aprobado de medicamentos (off-label)

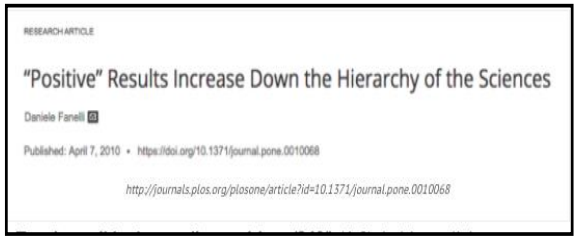
TABLE 1—Pharmaceutical Marketing Techniques That Threaten Public Health

Marketing Technique	Glitazone	Statins	Cyclooxygenase-2	Gabapentin	Biphosphonates	Selective Serotonin Reuptake Inhibitors	Atypical Antipsychotics
Reducing thresholds for diagnosing disease	X	X			X		
Relying on surrogate endpoints	X	X			X		
Exaggerating safety claims			X			X	X
Exaggerating efficacy claims	X	X	X	X	X	X	X
Creating new diseases	X				X	X	X
Encouraging unapproved uses				X		X	X

MEDICINA CLÍNICA Y FARMACOLOGÍA: CIENCIAS JERÁRQUICAMENTE INFERIORES

Crisis del contrato social por la ciencia biomédica




RESEARCH ARTICLE

"Positive" Results Increase Down the Hierarchy of the Sciences

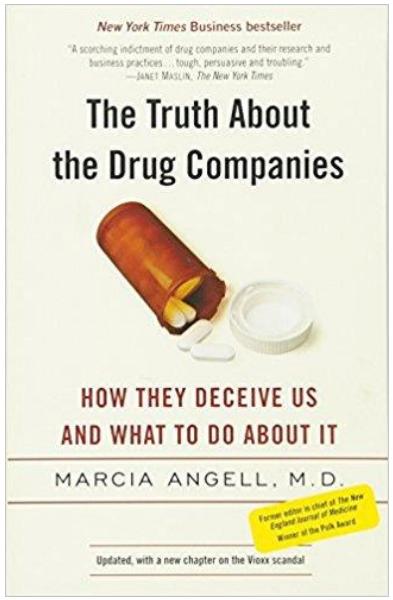
Daniele Fanelli

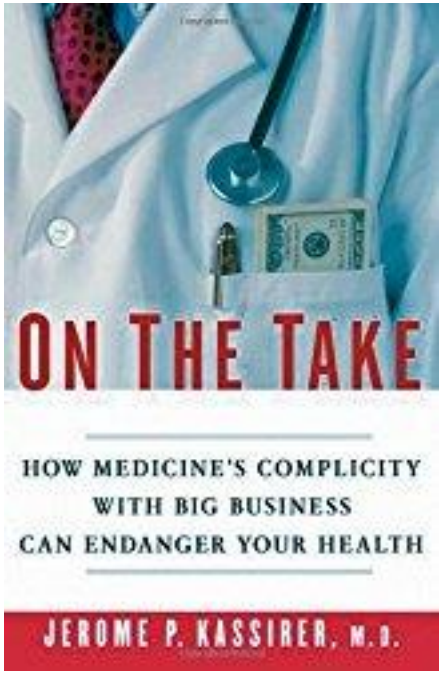
Published: April 7, 2010 • https://doi.org/10.1371/journal.pone.0010068

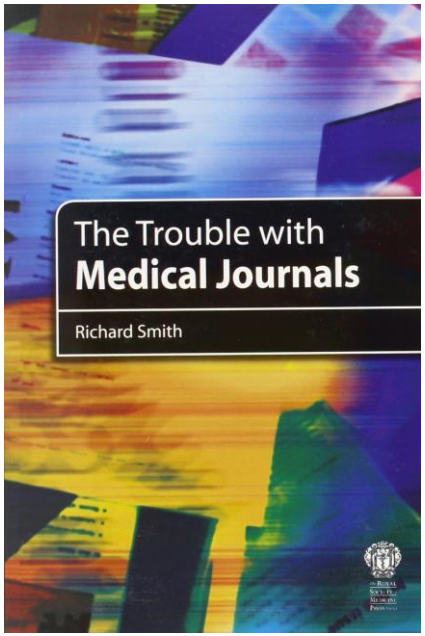
http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0010068

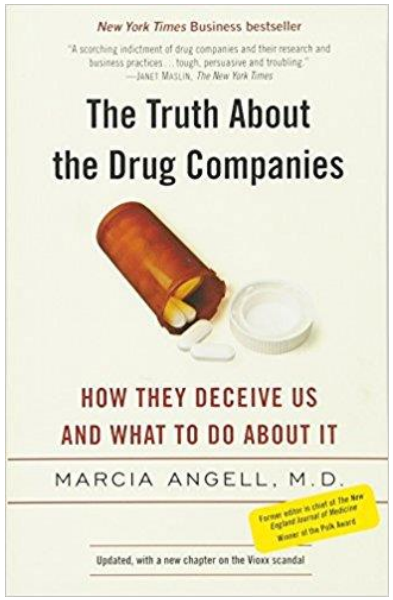
1) **Poco valor de las hipótesis testadas:** Innovación poco arriesgada

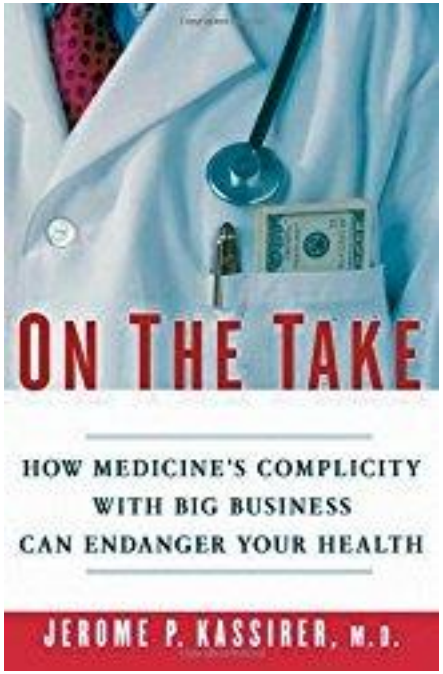
2) **Poco rigor al vincular hipótesis y predicciones:**
- Excesiva flexibilidad en la interpretación de los datos
- Alta prevalencia del sesgo de publicación
- Existencia de fraude y manipulación

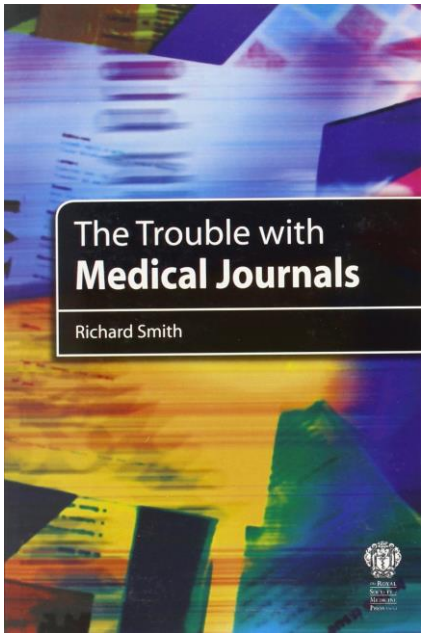

New York Times Business bestseller
"A scorching indictment of drug companies and their research and business practices . . . tough, persuasive and troubling."
—JANET MASLIN, The New York Times
The Truth About the Drug Companies
HOW THEY DECEIVE US AND WHAT TO DO ABOUT IT
MARCIA ANGELL, M.D.
Former editor in chief of The New England Journal of Medicine
Winner of the Polk Award
Updated, with a new chapter on the Vioxx scandal

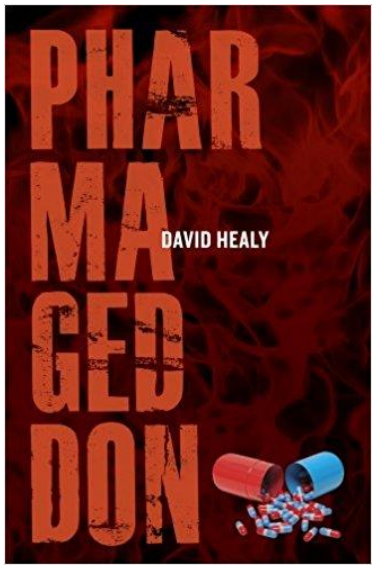

ON THE TAKE
HOW MEDICINE'S COMPLICITY WITH BIG BUSINESS CAN ENDANGER YOUR HEALTH
JEROME P. KASSIRER, M.D.


The Trouble with Medical Journals
Richard Smith

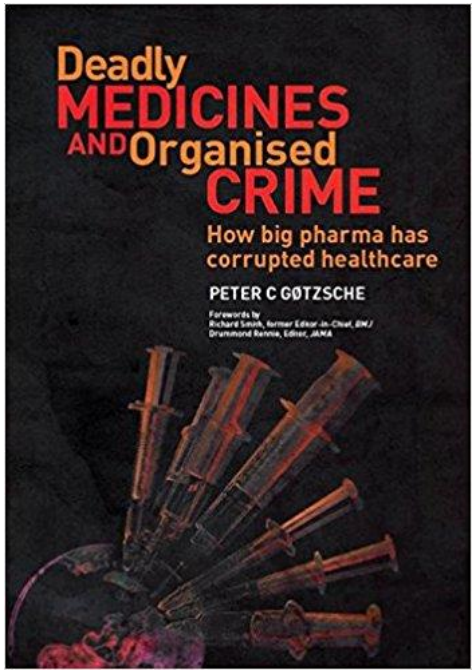

New York Times Business bestseller
"A scorching indictment of drug companies and their research and business practices . . . tough, persuasive and troubling."
—JANET MASLIN, The New York Times
The Truth About the Drug Companies
HOW THEY DECEIVE US AND WHAT TO DO ABOUT IT
MARCIA ANGELL, M.D.
Former editor in chief of The New England Journal of Medicine
Winner of the Pulk Award
Updated, with a new chapter on the Vioxx scandal

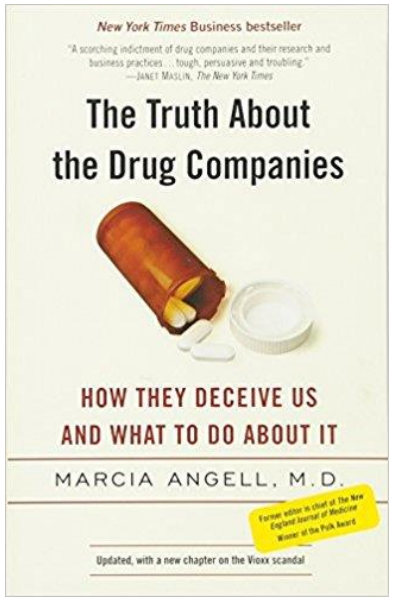

ON THE TAKE
HOW MEDICINE'S COMPLICITY WITH BIG BUSINESS CAN ENDANGER YOUR HEALTH
JEROME P. KASSIRER, M.D.

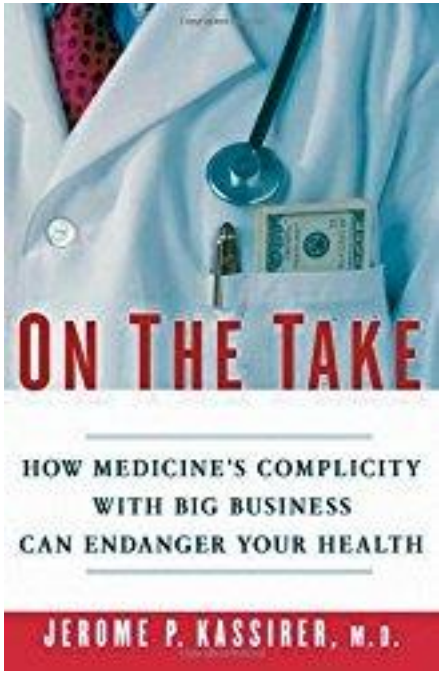

The Trouble with Medical Journals
Richard Smith

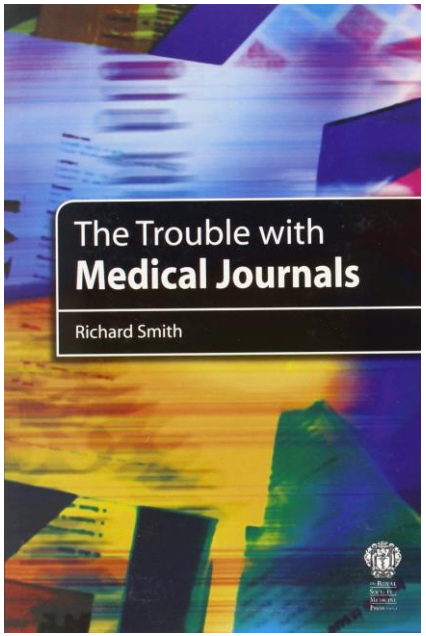

PHAR
MA
GED
DON
DAVID HEALY

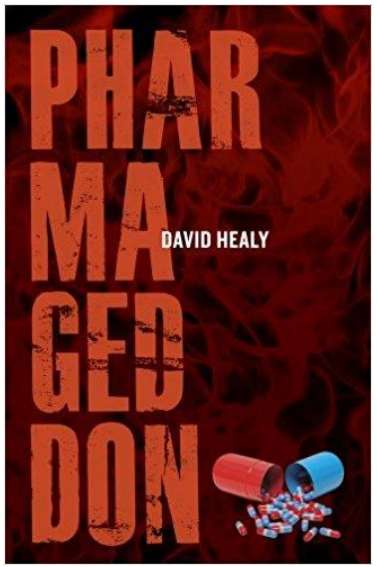

Bad Pharma™
Ben Goldacre
Bestselling author of Bad Science
How drug companies mislead doctors and harm patients
364 pages
4th


Deadly MEDICINES AND Organised CRIME
How big pharma has corrupted healthcare
PETER C GØTZSCHE

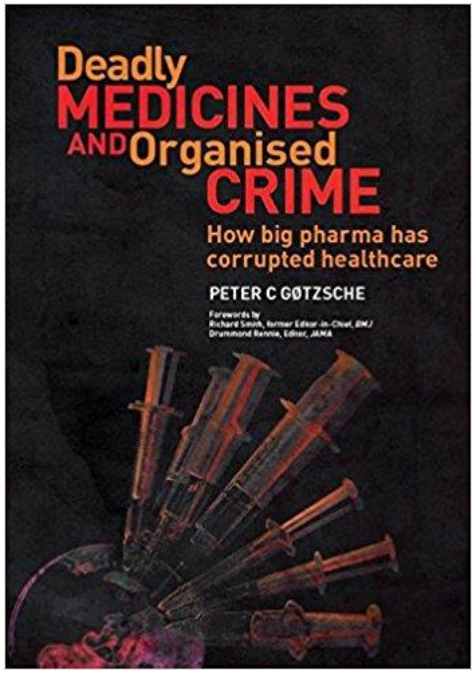

New York Times Business bestseller
"A scorching indictment of drug companies and their research and business practices . . . tough, persuasive and troubling."
—JANET MASLIN, The New York Times
The Truth About the Drug Companies
HOW THEY DECEIVE US AND WHAT TO DO ABOUT IT
MARCIA ANGELL, M.D.
Former editor in chief of The New England Journal of Medicine
Winner of the Pulk Award
Updated, with a new chapter on the Vioxx scandal

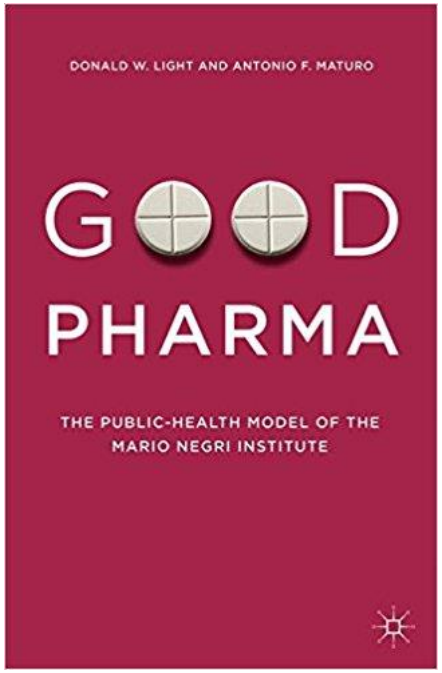

ON THE TAKE
HOW MEDICINE'S COMPLICITY WITH BIG BUSINESS CAN ENDANGER YOUR HEALTH
JEROME P. KASSIRER, M.D.


The Trouble with Medical Journals
Richard Smith

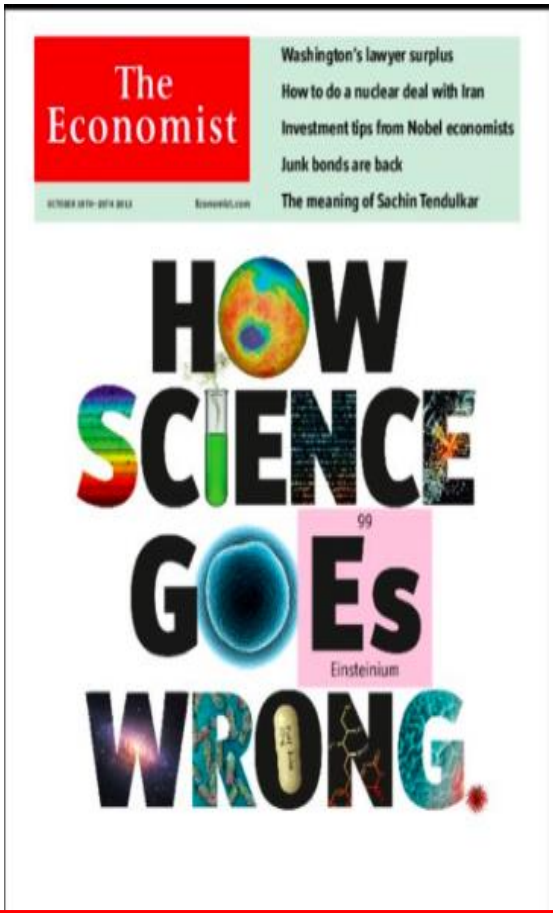

PHARMAGEDDON
DAVID HEALY


Bad Pharma™
Ben Goldacre
Bestselling author of Bad Science
How drug companies mislead doctors and harm patients
364 pages
4th


Deadly MEDICINES AND Organised CRIME
How big pharma has corrupted healthcare
PETER C GØTZSCHE


DONALD W. LIGHT AND ANTONIO F. MATURO
GOOD PHARMA
THE PUBLIC-HEALTH MODEL OF THE MARIO NEGRI INSTITUTE





New Scientist

LEADER 13 April 2016

Science isn't as solid as it should be – but science can fix it

Unconscious biases and data-torturing are weakening our knowledge base – but unlike politicians and bankers, scientists aren't covering up their failings

La ciencia vive una epidemia de estudios inservibles

Científicos de EE UU, Reino Unido y Holanda denuncian que la investigación está perdiendo parte de su credibilidad

≡ EL PAÍS

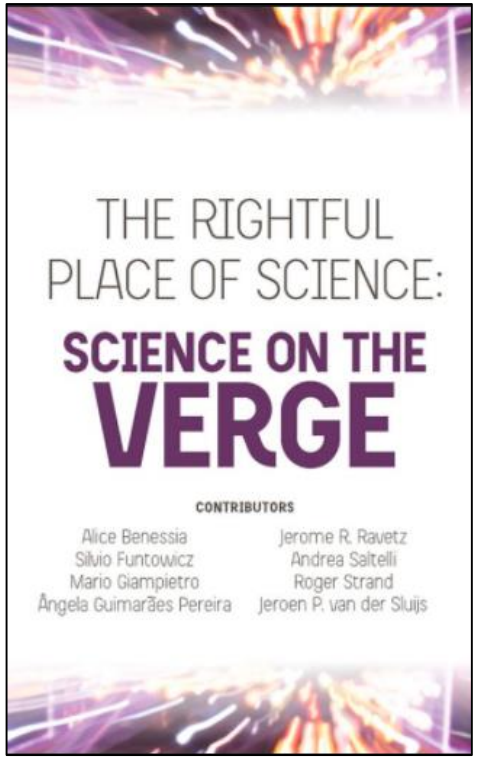
nature
International weekly journal of science

THIS WEEK | EDITORIALS

Misplaced faith

The public trusts scientists much more than scientists think. But should it?

Crisis del contrato social por la ciencia biomédica

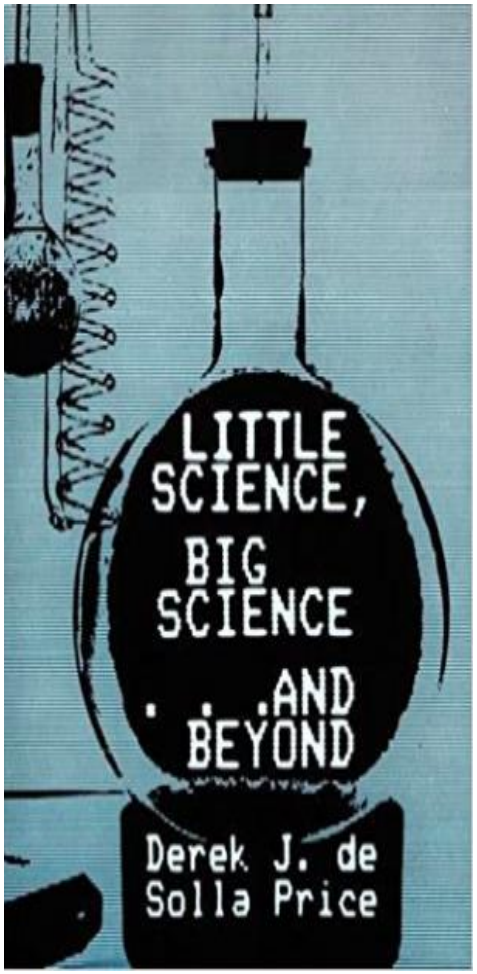


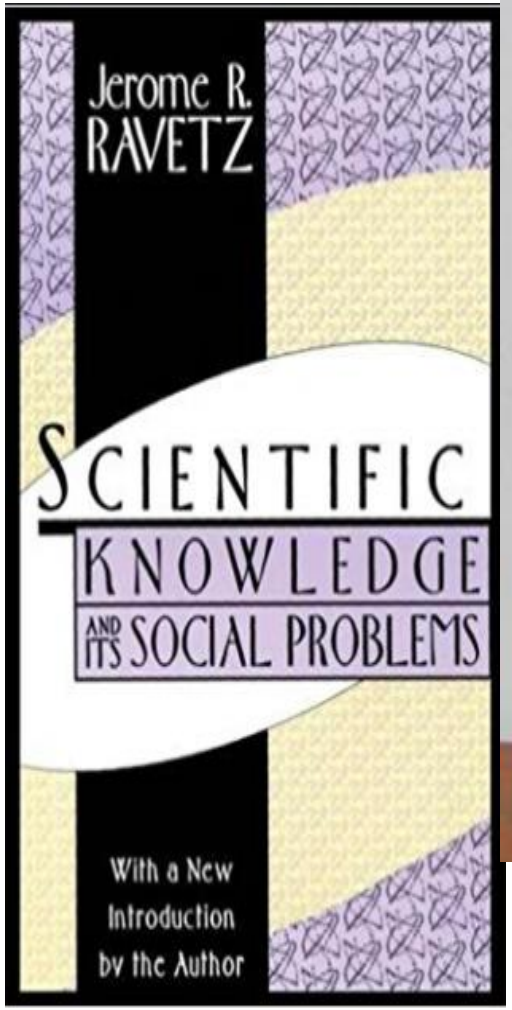
Consortium for Science, Policy & Outcomes
at Arizona State University

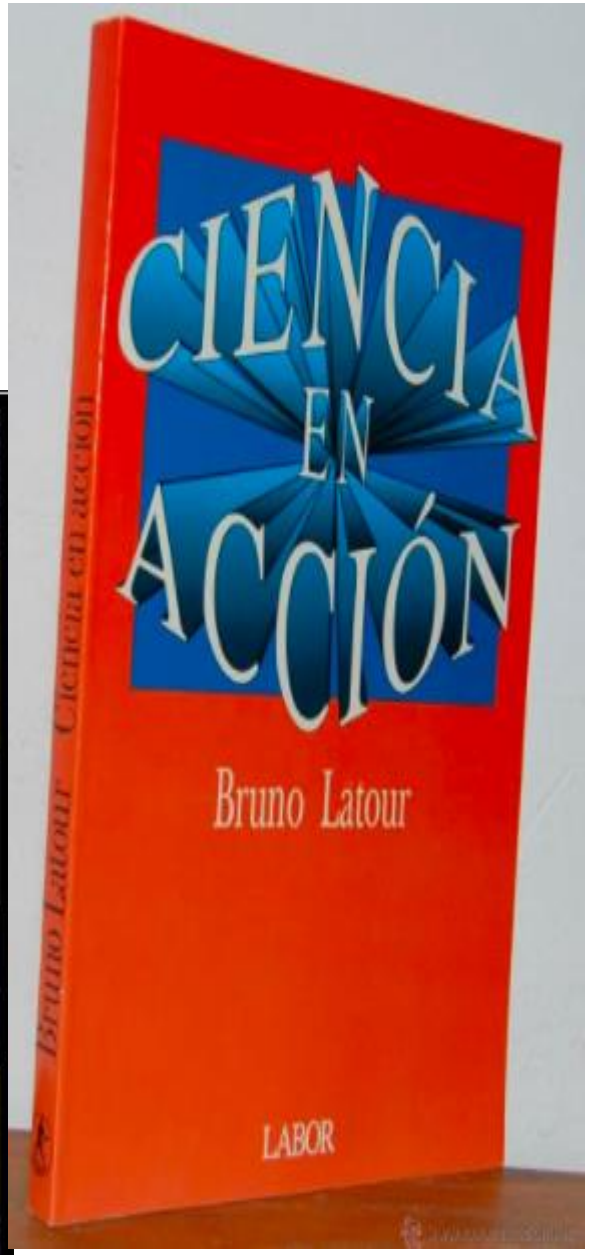
"Nos enfrentamos a una **crisis generalizada en el gobierno epistémico de la ciencia**"

Crisis del contrato social por la ciencia biomédica

RAZONES DE LA CRISIS DE LA CIENCIA (1)







"…los incentivos para generar un curriculum tienen consecuencias particulares en la ecología de las comunidades científicas.."

ROYAL SOCIETY OPEN SCIENCE

rsos.royalsocietypublishing.org

Research

The natural selection of bad science

Paul E. Smaldino[1] and Richard McElreath[2]

[1]Cognitive and Information Sciences, University of California, Merced, CA 95343, USA
[2]Department of Human Behavior, Ecology, and Culture, Max Planck Institute for Evolutionary Anthropology, Leipzig, Germany

Misrepresentation and distortion of research in biomedical literature

Isabelle Boutron and Philippe Ravaud

PNAS March 12, 2018. 201710755; published ahead of print March 12, 2018.
https://doi.org/10.1073/pnas.1710755115

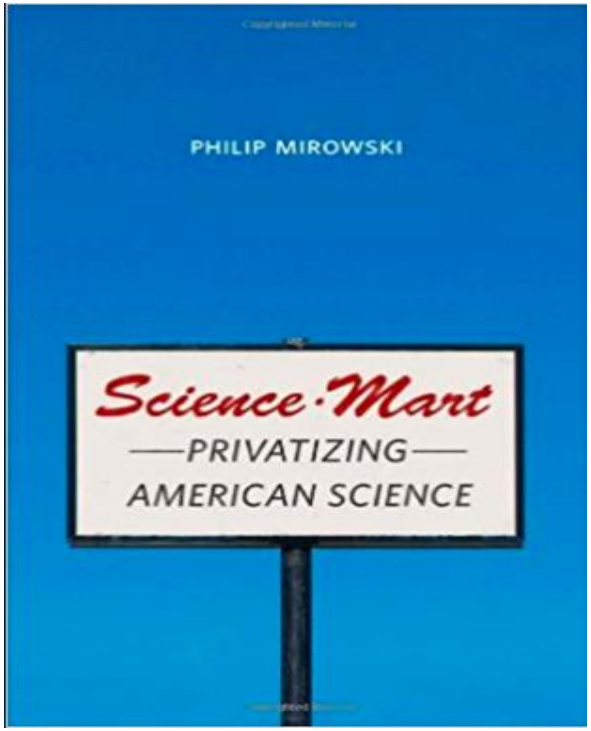
"ambiente competitivo que rodea la investigación, la importancia de los resultados positivos para garantizar la publicación, la falta de guías metodológicas de interpretación de resultados y evitación de distorsiones"

RAZONES DE LA CRISIS DE LA CIENCIA (1)

RAZONES CIENTÍFICAS

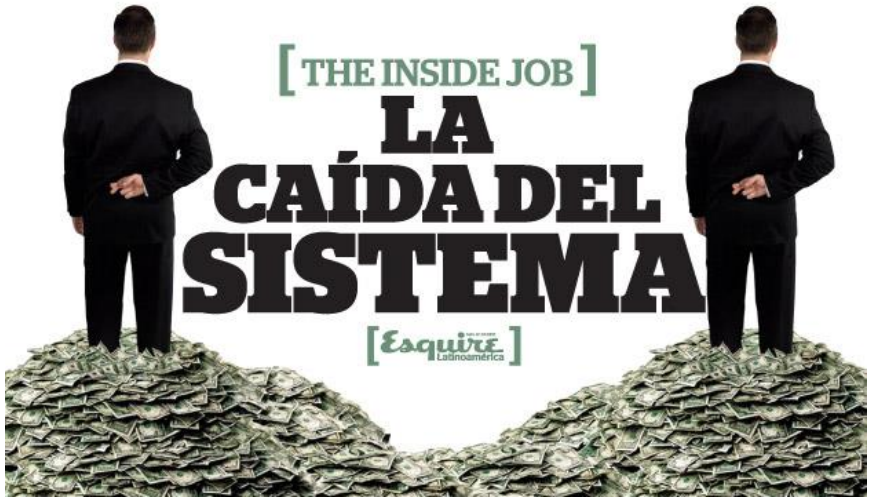
Incentivos perversos (“publicar o perecer”), métricas contraproducentes, pobre capacitación y diseño estadístico, sesgos y distorsiones en la extracción de datos

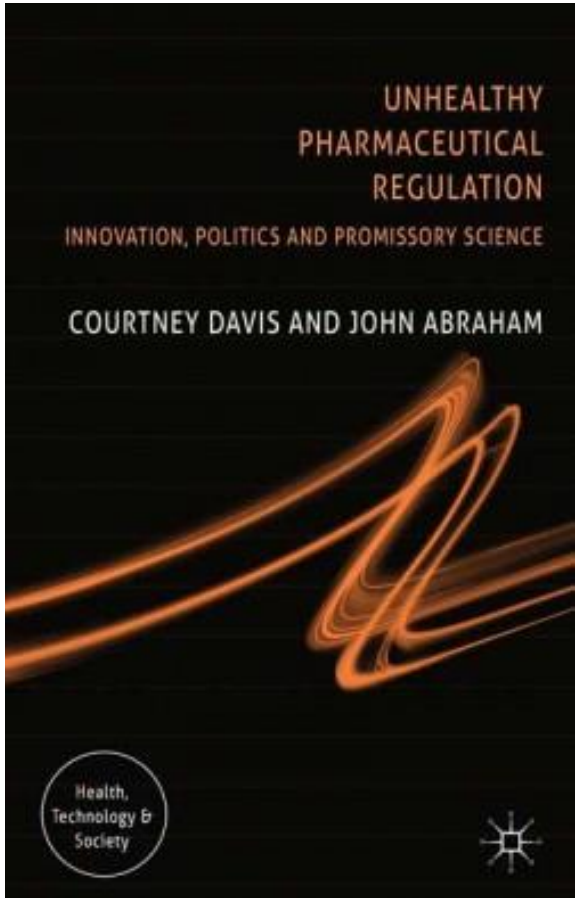
"La calidad del conocimiento científico sufre cuando se convierte en una "commodity", cuando la sociedad acepta que el paradigma de la economía de mercado regule su productividad"





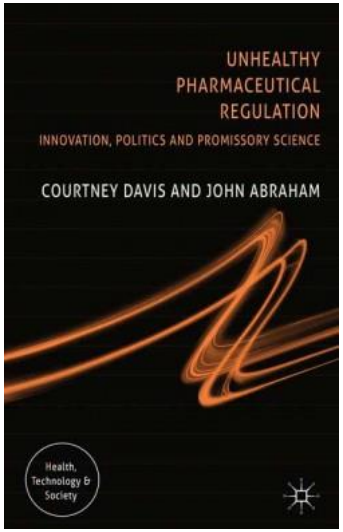
"El control de la medicina por el mercado no está respondiendo a las necesidades de los pacientes y no es compatible con una práctica médica ética. El imperativo económico de beneficios no está produciendo los beneficios sociales que prometen los defensores del libre mercado"





"¿Es posible que las convicciones políticas de los gobiernos hayan podido determinar la manera de evaluar la eficacia de los medicamentos?"

La legislación pro-business:



1. **Dependencia económica de las agencias reguladoras** de los fondos de la industria
2. **Intensificación de los contactos** entre reguladores y compañías
3. **Debilitamiento de las evidencias exigidas para introducir nuevos medicamentos** en el mercado
4. **Acortamiento de los tiempos de respuesta** de las agencias en la evaluación de las nuevas moléculas
5. **Fragilidad de los mecanismos de control post-comercialización** de los medicamentos

RAZONES DE LA CRISIS DE LA CIENCIA (2)

RAZONES REGULATORIAS

La ciencia como víctima de las distorsiones que se introducen cuando los "mercados" se ocupan de asignar recursos, prioridades e interaccionan con los responsables de su regulación

CRISIS DEL SISTEMA DE CONOCIMIENTO BIOMÉDICO

MBSE: "medicina ~~basada~~ sesgada por la evidencia"

Original Article

Undue industry influences that distort healthcare research, strategy, expenditure and practice: a review

FREE

Generación del conocimiento

CADENA DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO BIOMÉDICO



Difusión del conocimiento

European Journal of Clinical Investigation
Volume 43, Issue 5, pages 469-475, 25 MAR 2013 DOI: 10.1111/eci.12074
http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/eci.12074/full#eci12074-fig-0001

CRISIS DEL SISTEMA DE CONOCIMIENTO BIOMÉDICO

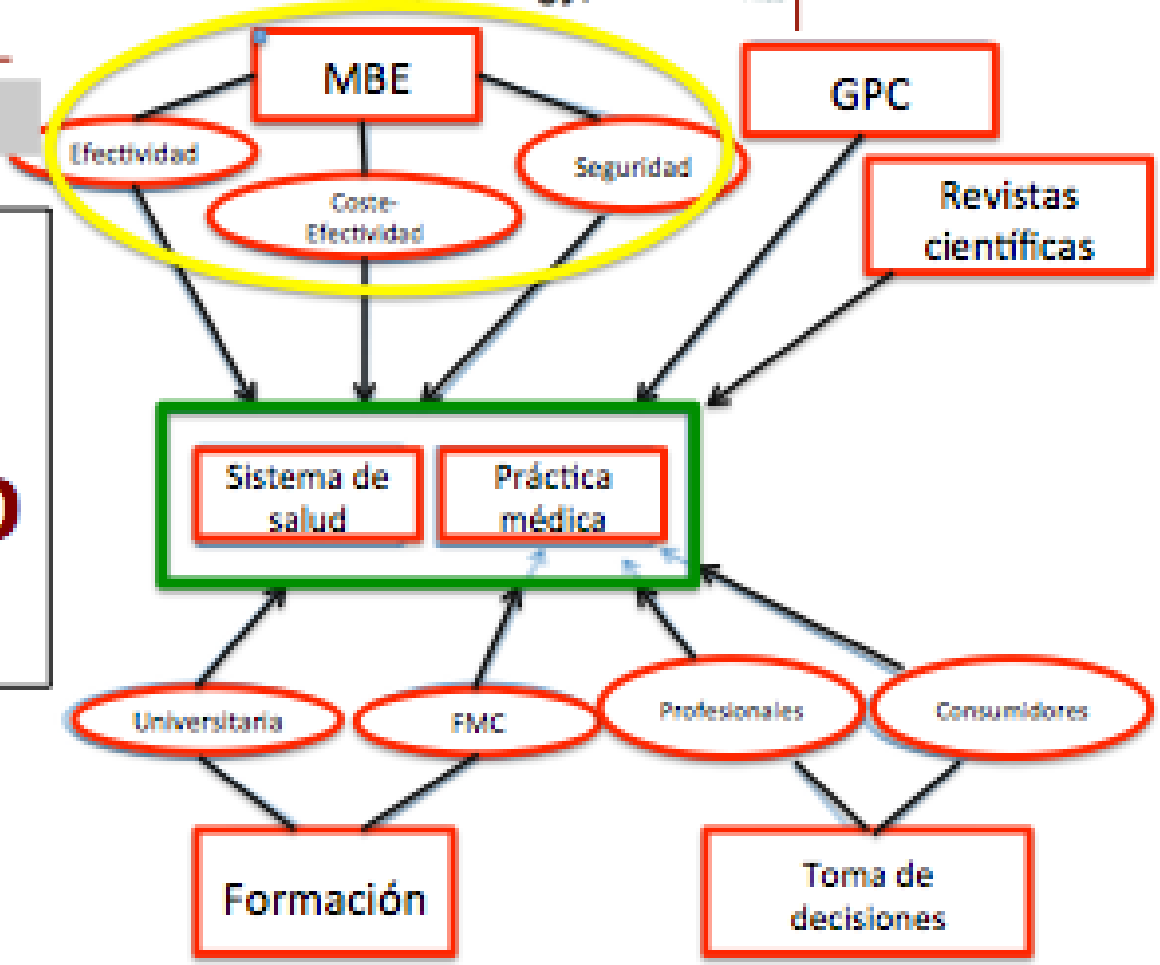
MBSE: "medicina ~~basada~~ sesgada por la evidencia"

Original Article

Undue industry influences that distort healthcare research, strategy, expenditure and practice: a review

Generación del conocimiento

CADENA DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO BIOMÉDICO





European Journal of Clinical Investigation
Volume 43, Issue 5, pages 469-475, 25 MAR 2013 DOI: 10.1111/eci.12074
http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/eci.12074/full#eci12074-fig-0001

Association of Funding and Conclusions in Randomized Drug Trials

A Reflection of Treatment Effect or Adverse Events? FREE

Bodil Als-Nielsen, MD; Wendong Chen, MD; Christian Gluud, MD, DMSc; Lise L. Kjaergard, MD

[+] Author Affiliations

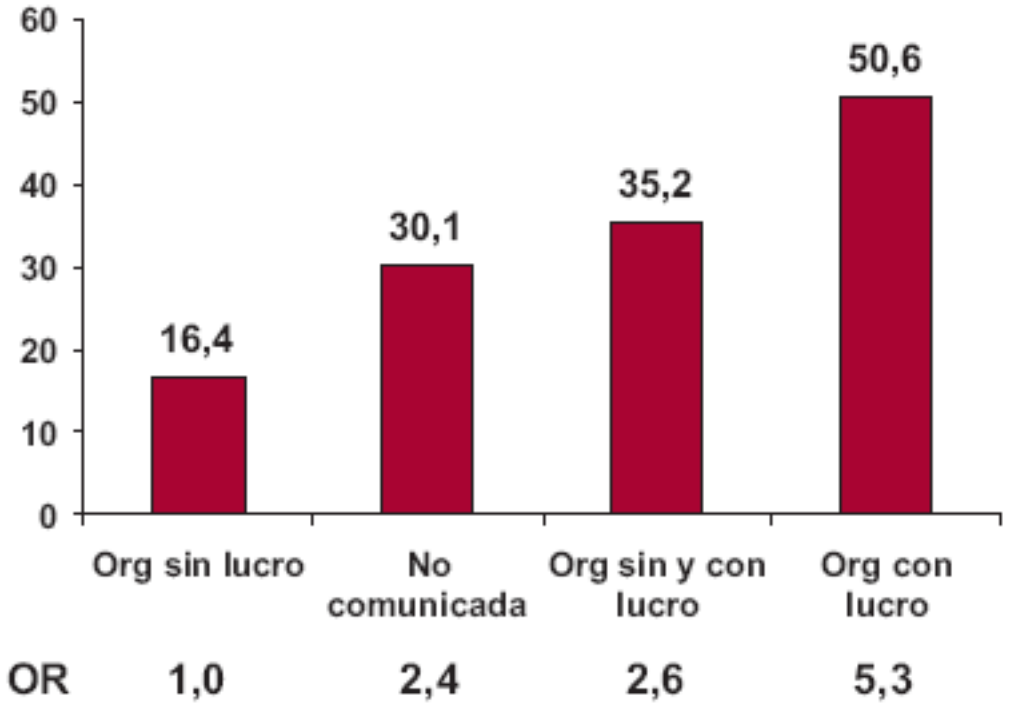
JAMA. 2003;290(7):921-928. doi:10.1001/jama.290.7

SESGO DE FINANCIACIÓN

Conflictos de intereses financieros en la investigación biomédica

Conclusión: la droga ensayada es el tratamiento de elección

370 ECA de 25 metaanálisis Cochrane



Als-Nielsen B y col. JAMA 2003;290:921-928.

Research

Financial ties of principal investigators and randomized controlled trial outcomes: cross sectional study

BMJ 2017 ; 356 doi: https://doi.org/10.1136/bmj.i6770 (Published 17 January 2017)
Cite this as: *BMJ* 2017;356:i6770

Muestra representativa de los 2851 ensayos clínicos publicados en el año 2013

El 68% de los investigadores principales de los artículos revisados tenían conflictos de interés con el promotor del trabajo (incluye un 8% de autores que habían mentido)

Los conflictos de interés fueron más prevalentes entre los estudios positivos (76% de los primeros autores) que entre los negativos (49% de los autores) y la diferencia es estadísticamente significativa

CRISIS DEL SISTEMA DE CONOCIMIENTO BIOMÉDICO

MBSE: "medicina ~~basada~~ sesgada por la evidencia"

Original Article

Undue industry influences that distort healthcare research, strategy, expenditure and practice: a review

Generación del conocimiento

CADENA DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO BIOMÉDICO



Difusión del conocimiento

European Journal of Clinical Investigation
Volume 43, Issue 5, pages 469-475, 25 MAR 2013 DOI: 10.1111/eci.12074
http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/eci.12074/full#eci12074-fig-0001

Essay

Medical Journals Are an Extension of the Marketing Arm of Pharmaceutical Companies

Richard Smith

May 2005 | Volume 2 | Issue 5 | e138

PLoS Medicine | www.plosmedicine.org

Estrategias metodológicas para exagerar efectividad y seguridad de los medicamentos
Ensayo clínico (EC) de un medicamento contra otro que se sabe es inferior
EC de un medicamento contra un competidor a dosis bajas
EC de un medicamento contra un competidor a dosis muy altas (para demostrar que es menos tóxico)
Usar múltiples end-points en el EC y elegir para publicar aquellos que han sido favorables
Hacer un EC multi-céntrico y seleccionar solo aquellos con resultados favorables
Análisis de subgrupos y selección de de aquellos favorables
Presentación de resultados de manera que impresionen de ser mejores (tablas, riesgo relativos,…)





Professional Medical Associations: Ethical and Practical Guidelines

Pellegrino, Edmund D. MD; Relman, Arnold S. MD

JAMA: The Journal of the American Medical Association
Número: Volume 282(10), 8 September 1999, pp 984-986

(1999)

"Hoy en día, **la influencia dominante en las asociaciones profesionales es económica y la tensión entre el interés propio y principios éticos es mayor que nunca.** **Este conflicto está erosionando los fundamentos morales de la medicina**"

Sociedad

Coca Cola subvenciona sociedades médicas que deben alertar contra la obesidad

La multinacional reconoce pagos de 4 millones y medio de euros por colaboraciones e investigación a fundaciones y sociedades vinculadas con la salud, la nutrición y a universidades en España. La multinacional y las organizaciones defienden su independencia y niegan que haya conflicto de intereses.


ARTIACH
Dinosaurus
chocolate con leche
com leite
La galleta de
CEREALES
En colaboración con la
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA
PEDIATRÍA


Mi Primer
ColaCao
ADAPTA
con minerales y vitaminas
con cereales
reducido en azúcares
con el toque justo de cacao
ideal noches
CON CACAO NATURAL
sepeap


registros hasta el 31/10/13.
Nestlé CEREALES DESAYUNO
colabora con:
AEP
Asociación Española de Pediatría
375g
Nestlé
Cheerios
Cereal Partners
Nestlé & General Mills


IRON KIDS
UNICO CON EL 80% HIERRO
BOLLYCAO
SABOR LECHE
3+1 GRATIS
En colaboración con:
Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación


PANRICO donuts
sea
Sociedad Española
de Arteriosclerosis
donuts


Gallina Blanca
-30% SAL
AVECREM
Pollo
el Auténtico Saber de Siempre
-30% Sal
RECONOCIDO


Contribuye al normal funcionamiento del corazón
Schiff
MegaRed
OMEGA-3 ACEITE DE KRILL
40


CUMPLE CON LOS CRITERIOS DE LA FEC*
RECONOCIDO
*FUNDACIÓN ESPAÑOLA DEL CORAZÓN


Aguacates ligth


LECHE UHT 2,9% M.G.
FEIRACO
Unicla
NUEVA
Unicla
4 veces Omega 3
4 veces + CLA

BMJ

BMJ 2011;343:d5621 doi: 10.1136/bmj.d5621 Page 1 of 8

RESEARCH

Prevalence of financial conflicts of interest among panel members producing clinical practice guidelines in Canada and United States: cross sectional study

OPEN ACCESS

Jennifer Neuman *instructor*[1], Deborah Korenstein *associate professor*[2], Joseph S Ross *assistant professor*[3], Salomeh Keyhani *assistant adjunct professor*[4 5]

GASTO FARMACÉUTICO MUNDIAL EN ANTIDIABÉTICOS E HIPOLIPEMIANTES: 82.000 millones de dólares (2015)



2008

CONCLUSIONES:

1- Más declaraciones espontáneas de COIs

2- Mismo % de COIs entre panelistas

3- Alta prevalencia COIs entre coordinadores

4- Más COIs entre GPC de SS.CC que las gubernamentales



2011

February 6, 2002

Relationships Between Authors of Clinical Practice Guidelines and the Pharmaceutical Industry

Niteesh K. Choudhry, MD, FRCPC; Henry Thomas Stelfox, MD, FRCPC; Allan S. Detsky, MD, PhD, FRCPC

» Author Affiliations

JAMA. 2002;287(5):612-617. doi:10.1001/jama.287.5.612

Wrong guidelines: how to detect them and what to do in the case of flawed recommendations

Primiano Iannone,[1] Giorgio Costantino,[2] Nicola Montano,[2] Gian Marco Podda,[3] Monica Minardi,[4] James Doyle,[4] Antonino Cartabellotta[5]

Table 1 Analytical tools useful for assessing guidelines' trustworthiness

Methodological trustworthiness	Quality domains	Items	Website/reference
AGREE	1 Scope and purpose 2 Stakeholder involvement 3 Rigour of development 4 Clarity of presentation 5 Applicability 6 Editorial independence	23	http://www.agreetrust.org
GIN	1 Composition of guideline development group 2 Decision-making process 3 Conflicts of interest 4 Scope of a guideline 5 Methods 6 Evidence reviews 7 Guideline recommendations 8 Rating of evidence and recommendations 9 Peer review and stakeholder consultations 10 Guideline expiration and updating 11 Financial support and sponsoring organisation	–	http://www.g-i-n.net/
IOM	1 Establishing transparency 2 Management of conflict of interest (COI) 3 Guideline development group composition 4 Clinical practice Guideline–systematic review intersection 5 Establishing evidence foundations for and rating strength of recommendations 6 Articulation of recommendations 7 External review 8 Updating	20	Ref 6
Lenzer 'red flags'	1 Conflict of interest 2 Panel composition 3 External review	3	Ref 8
Content trustworthiness			
GRADE	1 Quality of evidence a Relevance of outcomes b Consistency c Precision d Risk of bias e Publication bias f Confounders g Dose-gradient effect 2 Balance of favourable and unfavourable outcomes 3 Patients values and preferences 4 Costs/use of resources	–	http://www.gradeworkinggroup.org/

Wrong guidelines: why and how often they occur

Primiano Iannone,[1] Nicola Montano,[2] Monica Minardi,[3] James Doyle,[3] Paolo Cavagnaro,[4] Antonino Cartabellotta[5]

Evid Based Med March 2017 | volume 22 | number 1

"En general, una estimación conservadora es que el ***50% de las guías actuales basadas en la evidencia*** *sufren defectos metodológicos, tienen contenido cuestionable con respecto a la evidencia primaria a la que se refieren o resultados documentados divergentes de los esperados. En promedio,* ***las guías patrocinadas por las sociedades de las especialidades médicas son de menor calidad en comparación con las aprobadas por otras instituciones públicas o sin ánimo de lucro****."*

CRISIS DEL SISTEMA DE CONOCIMIENTO BIOMÉDICO

MBSE: "medicina ~~basada~~ sesgada por la evidencia"

Original Article

Undue industry influences that distort healthcare research, strategy, expenditure and practice: a review

Generación del conocimiento

CADENA DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO BIOMÉDICO

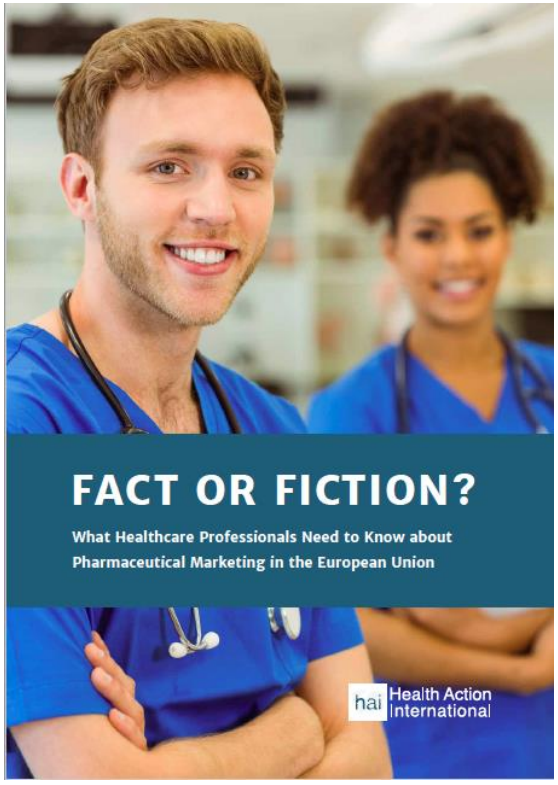


Difusión del conocimiento

European Journal of Clinical Investigation
Volume 43, Issue 5, pages 469–475, 25 MAR 2013 DOI: 10.1111/eci.12074
http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/eci.12074/full#eci12074-fig-0001

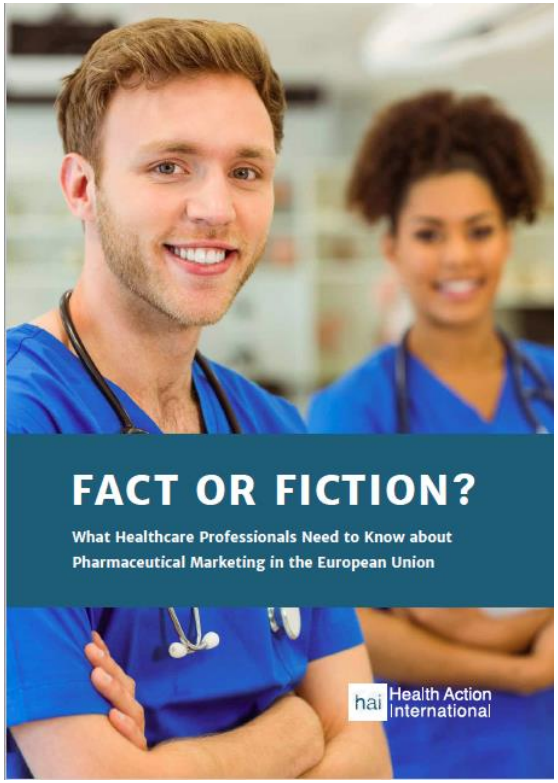
Claves del marketing a médicos

1. **Los profesionales de la salud están motivados por una mejor atención al paciente:** apelar a su interés en mejorar la atención al paciente
2. **Los profesionales de la salud tiene poco tiempo:** se buscan atajos basados en la evidencia trasmitidos de forma clara, concisa y respaldados por pares.
3. **Los profesionales de la salud respetan el proceso científico:** al proporcionar datos científicos la empresa farmacéutica crea confianza y credibilidad en su producto.



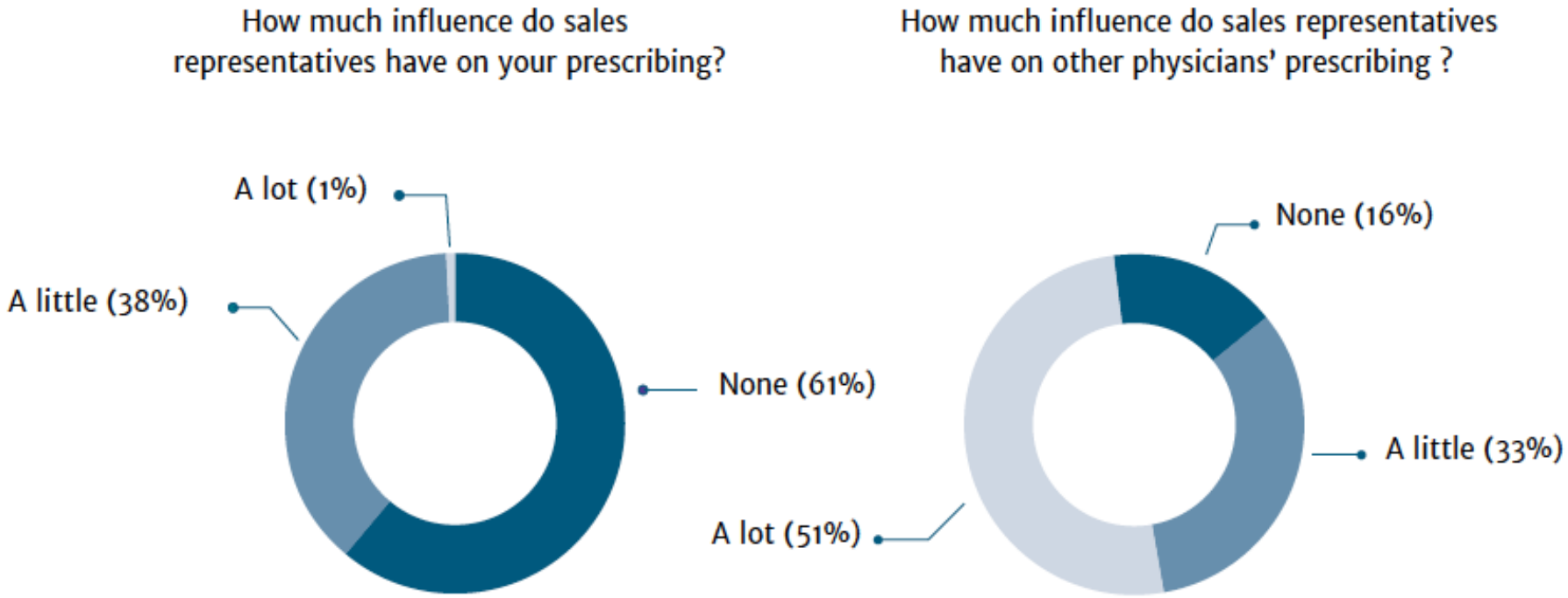
Claves del marketing a médicos

4. **Los profesionales de la salud necesitan reducir la incertidumbre ante problemas clínicos poco claros y ante múltiples productos:** la campaña de marketing más fuerte a menudo gana
5. **Los profesionales de la salud creen que no son vulnerables a la promoción farmacéutica**



Ilusión de "invulnerabilidad única”

FIGURE 5 Perceptions of influence on prescribing amongst internal medicine residents (n=102)



Source: Stenman et al., 2001

J Gen Intern Med. 2007 Feb; 22(2): 184–190.
Published online 2007 Jan 17. doi: 10.1007/s11606-006-0041-z
PMCID:

Physicians and Drug Representatives: Exploring the Dynamics of the Relationship

Susan Chimonas,[1] Troyen A. Brennan,[2] and David J. Rothman[1]

Accesible desde http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1824740/

- **Negación:** sesgo de ceguera selectiva
- **La universalización:** siempre hay en la vida conflictos de interés", "si todo el mundo lo hace no será tan malo"
- **Fantasía de control:** aceptar la posibilidad de influencia pero asegurar que la controlan
- **Auto-engaño:** los encuentros con la industria procuran información relevante y educativa que finalmente beneficia a los pacientes
- **Derechos:** "se tiene derecho" por los esfuerzos dedicados a la formación, los obstáculos salvados, los sueldos mediocres o la entrega a la profesión

Disonancia cognitiva

Los conflictos de interés y su efecto en la prescripción

Ashley Wazana, MD

Physicians and the Pharmaceutical Industry
Is a Gift Ever Just a Gift?

JAMA, January 19, 2000—Vol 283, No. 3

Tipo de interacción	Resultados significativos de la interacción en la práctica médica
•Entrevistas con representantes •Regalos	•Los médicos con mayor nº de interacciones son los que mejor valoran la información que reciben (fiabilidad y aplicabilidad de la información) y los que menos creen que les afecta o puede afectar en su perfil prescriptor •Perfil prescriptor más caro •Mayor velocidad en prescribir los nuevos fármacos •Menor probabilidad (66% menos) de recetar genéricos
•Comidas	Ocasionales: 5% más probabilidad de prescripción **Frecuentes: 13% más probabilidad de prescripción**
•Pago de Congresos	**Después del viaje aumenta entre 4,5 y 10 veces la frecuencia de prescripción del fármaco**
•Pago de charlas	•El conferenciante suele mencionar con una frecuencia tres veces superior tanto los efectos positivos del fármaco como los negativos de los competidores •El conferenciante suele prescribir el fármaco con una frecuencia entre 5,5 y 18,7 veces superior al grupo control



Las consecuencias de las relaciones

Information from Pharmaceutical Companies and the Quality, Quantity, and Cost of Physicians' Prescribing: A Systematic Review

Geoffrey K. Spurling, Peter R. Mansfield, Brett D. Montgomery, Joel Lexchin, Jenny Doust, Noordin Othman, Agnes I. Vitry

Published: October 19, 2010 • DOI: 10.1371/journal.pmed.1000352

PLoS Medicine | www.plosmedicine.org

"Con raras excepciones, los estudios acerca de los efectos de la exposición a la información provista directamente por la industria farmacéutica han encontrado asociación con la utilización de más medicamentos, más caros y con perfiles prescriptores de menor calidad"

"No se encontró ninguna evidencia de que el contacto con la industria fuera beneficiosos en algún aspecto"



Los conflictos de interés y su efecto en la prescripción

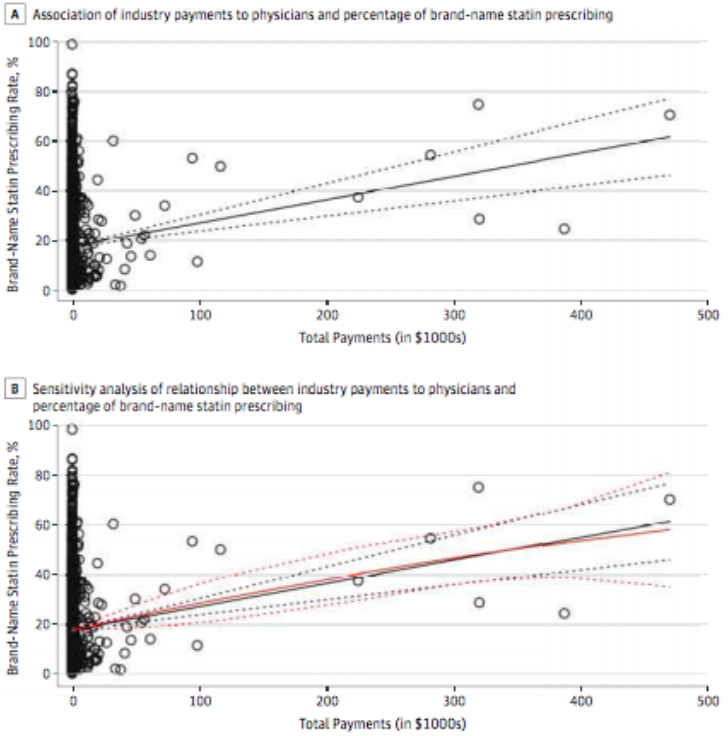
"De media, cada 1000 dólares gastados con los médicos, aumentan la prescripción de medicamentos de marca un 0,1%

Table 1. Characteristics of Industry Payments to Physicians in Massachusetts With Statin Prescriptions in the Medicare Database, 2011

Categories of Payment Defined by Massachusetts Law[2,3]	Type of Industry Payment, No. (% Total)[a]
Food	639 (71.1)
Grants/education gifts	458 (50.9)
Bona fide services[b]	236 (26.3)
Educational training[c]	95 (10.6)
Other[d]	32 (3.6)
CME	3 (0.3)
Marketing studies[e]	NA
Charitable donations	NA

Abbreviations: CME, continuing medical education; NA, not applicable.

Figure 1. Effect of Industry Payments on Brand-name Statin Prescribing



Original Investigation
June 2016

Association of Industry Payments to Physicians With the Prescribing of Brand-name Statins in Massachusetts

James S. Yeh, MD, MPH[1]; Jessica M. Franklin, PhD[1]; Jerry Avorn, MD[1]; et al
» Author Affiliations

JAMA Intern Med. 2016;176(6):763-768. doi:10.1001/jamainternmed.2016.1709

Downloaded from http://bmjopen.bmj.com/ on September 29, 2017 - Published by group.bmj.com

Open Access Research

BMJ Open

Interactions between physicians and the pharmaceutical industry generally and sales representatives specifically and their association with physicians' attitudes and prescribing habits: a systematic review

Freek Fickweiler, Ward Fickweiler, Ewout Urbach

Table 2 Impact of physician–pharmaceutical industry interaction on physician

#	Attitudes	Prescribing behaviour	Knowledge	Formulary requests	Quality of evidence (GRADE)
Gifts	Receiving higher number of gifts associated with belief that PSR (pharmaceutical representative) have no impact on their prescribing behaviour[1 14 39]	–	–	–	Moderate
Drug samples	Positive attitude towards the drug industry and the representatives[11 21 34]	Higher prescription of the company drug[21 41]	–	–	High
Pharmaceutical representative speakers	–	Irrational prescribing[16 18 34]	Inability to identify false claims[16]	Increased prescription of sponsor's drug[24]	High
Honoraria and research funding	Positive attitude towards sponsor's drug[60]	–	–	Increased prescription of sponsor's drug[24]	Low
Conference travel	–	Significant increase in prescribing of sponsor drug[18]	–	Increased prescription of sponsor's drug[24]	Low
Industry-paid lunches	Positive attitude towards sponsor's drug[14 34]	Significant increase in prescribing of sponsor drug[62]	–	Increased formulary request for company drug[11 21]	High
CME sponsorship	Positive attitude towards sponsor's drug[24 65]	Avoidance of industry-sponsored CME associated with more rational prescribing habits[33]			Moderate
Interaction withPSR	Positive attitude towards PSR drugs[1 11 14 58]	Higher prescription of the company drug[24]	Positive correlation between the physicians' prescribing cost and the information provided by the drug representative during the interaction[30]	Increased prescription of sponsor's drug[24]	High

However, there was a significant association between attending industry-paid lunches and increased prescription of branded drugs.[52 53 72]

Las interacciones con los representantes comerciales comprometen la objetividad de los médicos. Es necesario educar a los profesionales y regular las interacciones para intentar disminuir la probabilidad de una prescripción de baja calidad.

RESEARCH ARTICLE

Published: October 25, 2017 • https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186060

Influence of pharmaceutical marketing on Medicare prescriptions in the District of Columbia

Susan F. Wood[1‡], Joanna Podrasky[2], Meghan A. McMonagle[3], Janani Raveendran[4], Tyler Bysshe[5], Alycia Hogenmiller[6], Adriane Fugh-Berman[6‡*]

PLOS ONE | TENTH ANNIVERSARY

Table 2. Average number of claims per prescriber, claims per patient, cost per claim, and proportion of branded drugs. Medicare Prescribers by Gift Status.

Recipient Type	Average Number of Claims Per Prescriber	Average Number of Claims Per Patient	Average Cost Per Claim	Average Proportion of Branded Claims
Gift Recipients (n = 1122)	892 (61%)	8.8	$135	33.5%
Non-Gift Recipients (n = 1750)	389 (39%)	6.5	$85	25.7%

All values significantly different with a p value <.0001.

(31,1%)

En Washington, DC, los proveedores de atención médica que recibieron obsequios de cualquier valor de las compañías farmacéuticas generaron **más recetas por paciente**, **más costosas** y, con mayor proporción, **de marca** en comparación con proveedores de atención médica que no recibieron regalos. Nuestro estudio confirma y amplía el trabajo previo que muestra que **los obsequios de la industria están asociados con recetas más caras y más prescripciones de marca**. El impacto del marketing farmacéutico podría tener un profundo efecto en los costos de la atención médica.

Relationship between physician and industry in Aragon (Spain)

Elena Lobo[a,*], M.ª José Rabanaque[a], Patricia Carrera[b], José M.ª Abad[b,c], Javier Moliner[b,d]

Gac Sanit. 2012;26(4):336–342

Tamaño muestra	650 médicos
Algún regalo en el último año	87%
Probabilidad de recibir regalos	Directamente proporcional al número de visitas e inversamente al nº de artículos leídos

Médico	Regalos*	Becas**	Pagos***
Atención Primaria	55,2%	80,3%	23,5%
Atención Hospitalaria	53,1%	87,7%	34,3%

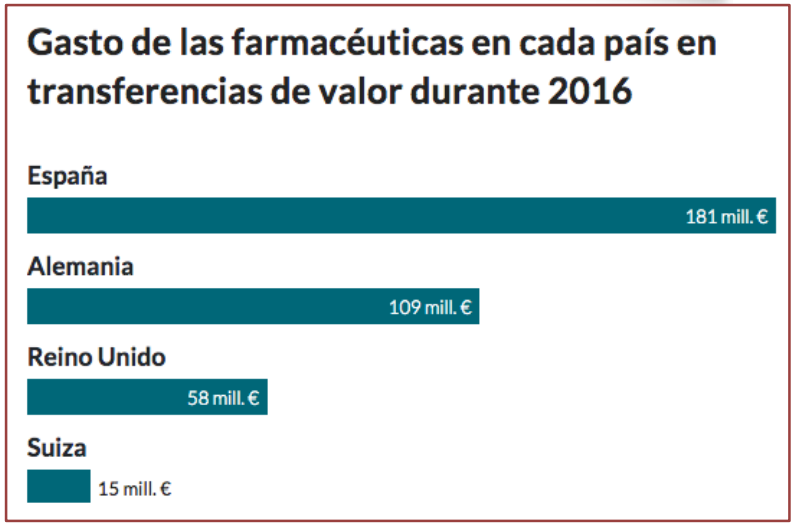
*Invitaciones a restaurantes, invitaciones a eventos deportivos o culturales, regalos no relacionados con la formación

** Becas de viajes y material de formación continuada

*** Pagos por consulting, formar parte de paneles, charlas o estudios promocionales

Las farmacéuticas españolas gastan más en médicos que alemanas e inglesas juntas

Destinaron, en 2016, 181 millones entre pagos directos a médicos (honorarios por servicios) e indirectos (compra de entradas a congresos, viajes...), frente a los 109 de Alemania y los 58 de Reino Unido.

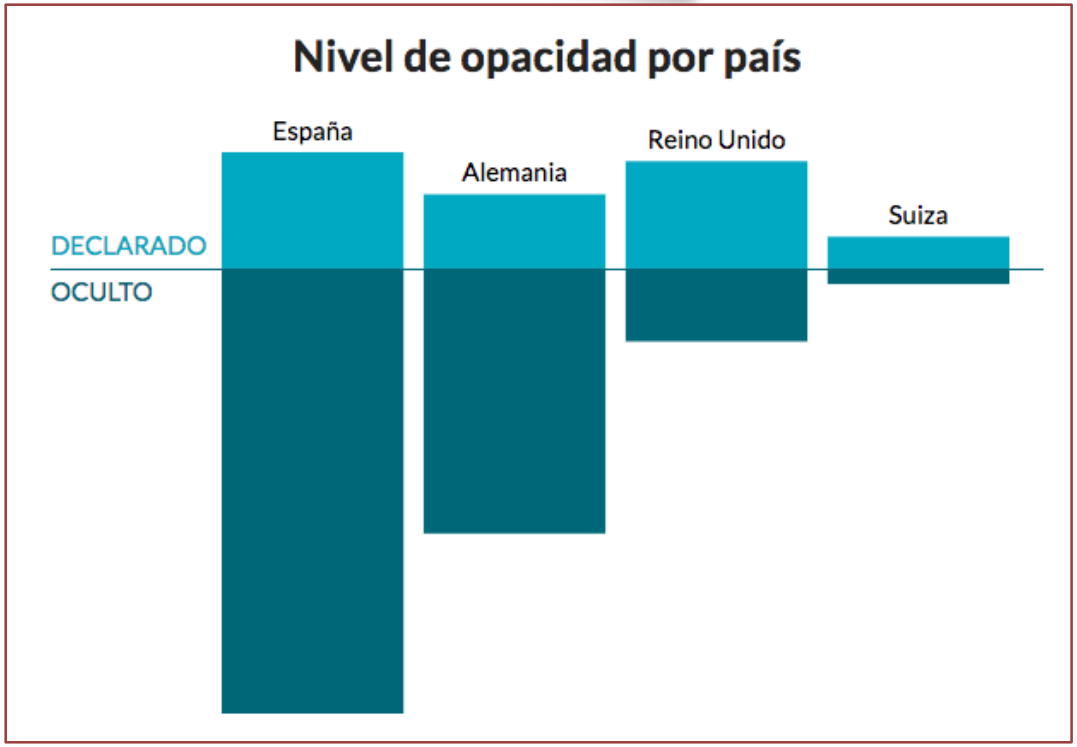


CIVIO: Medicamentalia

TRANSPARENCIA · SANIDAD

Ocho de cada diez euros que las farmacéuticas gastan en médicos son opacos

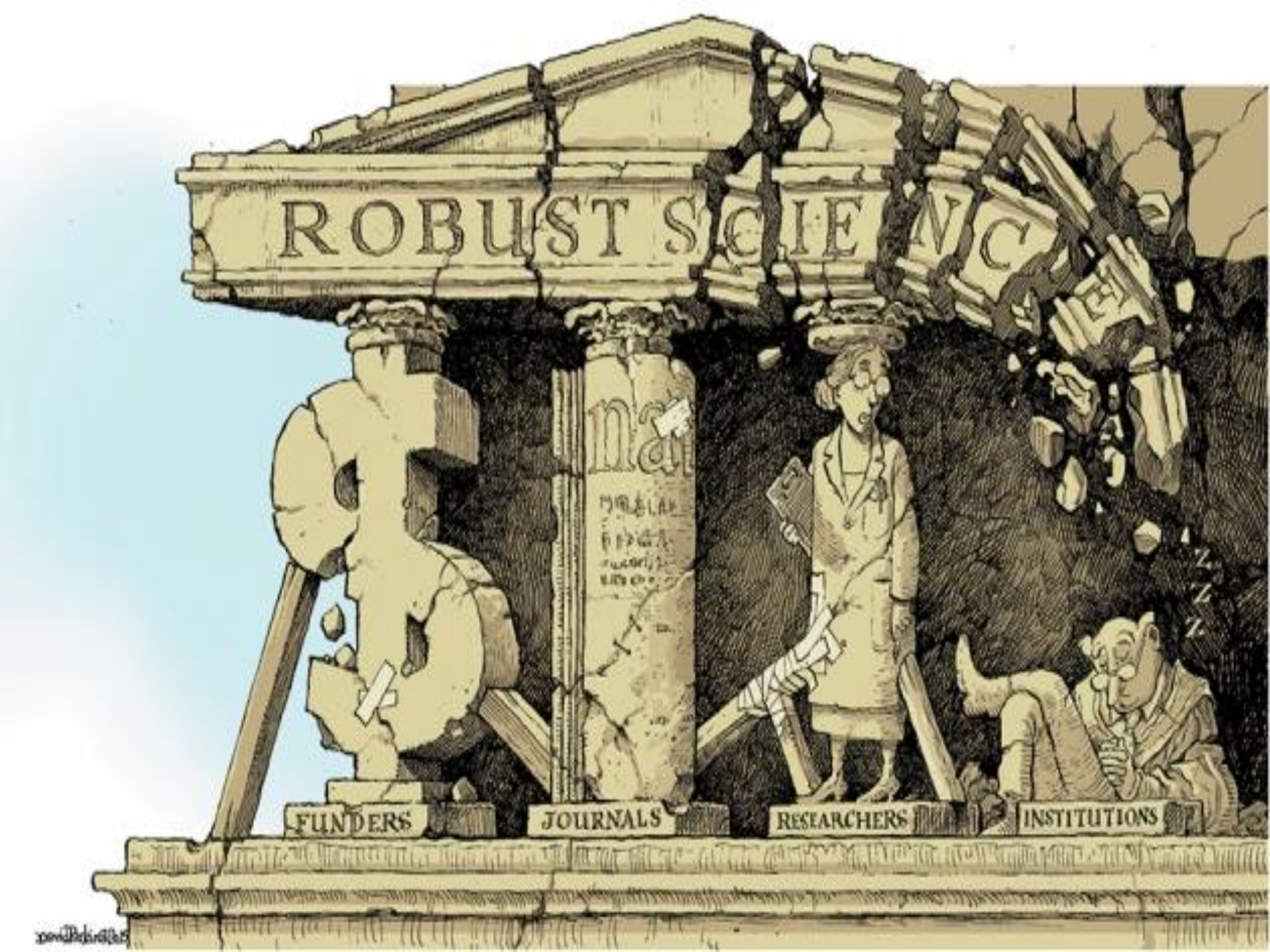
143 millones de euros, entre entradas a congresos, viajes y honorarios, se publican sin especificar qué médico los recibe.



RAZONES DE LA CRISIS DE RELEVANCIA DE LA CIENCIA (3)

RAZONES INSTITUCIONALES

Fallos de gobernanza y control de las instituciones en relación con ineficiencia, conflictos de interés, falta de transparencia y rendición de cuentas


ROBUST SCIENCE
FUNDERS
JOURNALS
RESEARCHERS
INSTITUTIONS

Falla la priorización de la investigación

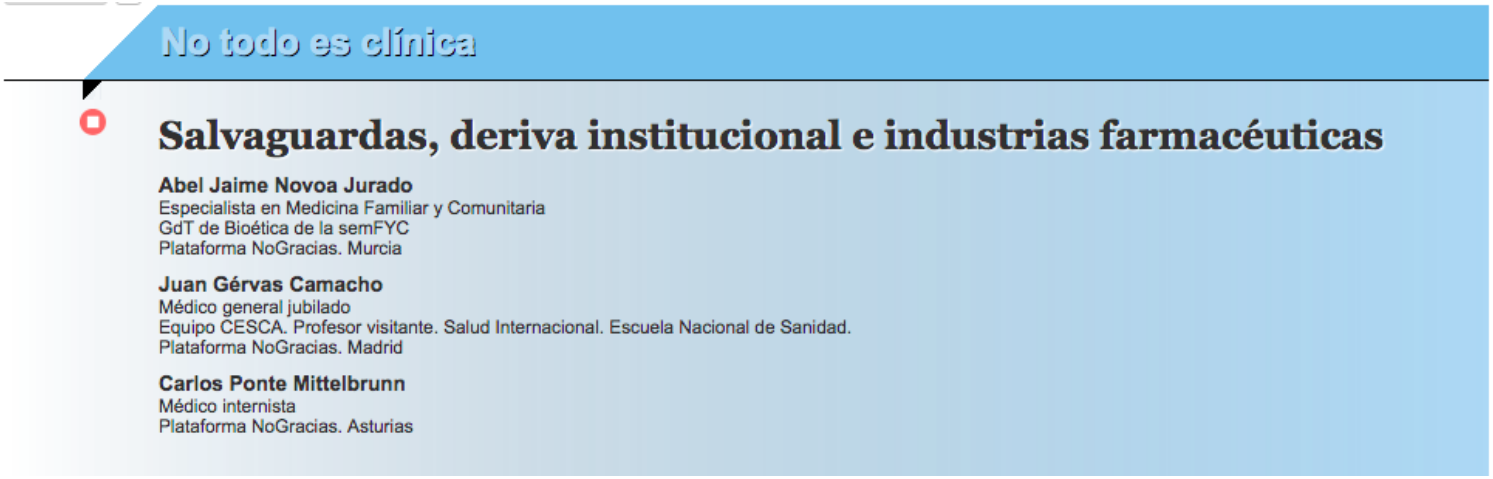
Falla la fiabilidad del conocimiento

Falla la regulación

Falla la difusión y síntesis del conocimiento

Falla la aplicación del conocimiento





No todo es clínica

Salvaguardas, deriva institucional e industrias farmacéuticas

Abel Jaime Novoa Jurado
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
GdT de Bioética de la semFYC
Plataforma NoGracias. Murcia

Juan Gérvas Camacho
Médico general jubilado
Equipo CESCA. Profesor visitante. Salud Internacional. Escuela Nacional de Sanidad.
Plataforma NoGracias. Madrid

Carlos Ponte Mittelbrunn
Médico internista
Plataforma NoGracias. Asturias

"Deriva institucional: *situación que se produce cuando intereses secundarios modifican los objetivos de la medicina, a través de una influencia sistemática que altera rutinas y transforma la cultura de la organización y el comportamiento de los agentes, con consecuencias difícilmente identificables, debido a conductas inconscientes, socialmente aceptadas y/o legales"*



"Garantizar la independencia profesional no es principalmente un problema médico individual, sino institucional y social. Se necesitan instituciones profesionales fuertes, comprometidas en la protección del juicio médico y la objetividad del conocimiento; también activar instrumentos políticos. Solo a través de un sistema de refuerzo mutuo (autorregulación profesional más legislación) será posible romper las dinámicas de conformidad que están causando la deriva de la medicina"



"¿Por qué esta ruptura de la medicina con el compromiso histórico asumido frente a la sociedad de proteger y mejorar continuamente el juicio clínico? Una evidente dificultad es el «desarme político». Cualquier alusión a poner límites al poder del mercado o enfrentarse a ciertas estrategias de gestión es acusada de sesgo ideológico."

Tipo de gobierno	Definición	Iniciativas de mejora
Científico	Capacitación científica, sesgos y distorsiones metodológicas, incentivos académicos perversos	International Comitee of Medical Journal Editors (2016): Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journal
		Iniciativa CONSORT: Consolidated standards of reporting trials
Institucional	Ineficiencia financiación investigación	National Institute for Health Research (NIHR): "Adding Value in Research"
	Conflictos de Interés Sociedades Científicas	Recomendaciones para guiar interacciones comerciales de las Sociedades Científicas Sanitarias con las Industrias Relacionadas con la Salud, Organizaciones Sanitarias y/o Administraciones Públicas (NoGracias)
Regulatorio	Reforma sistema patentes	ISGlobal: Innovación biomédica y acceso a medicamentos esenciales. Alternativas a un modelo roto
	Transparencia datos ensayos clínicos	Iniciativa AllTrials

Head To Head

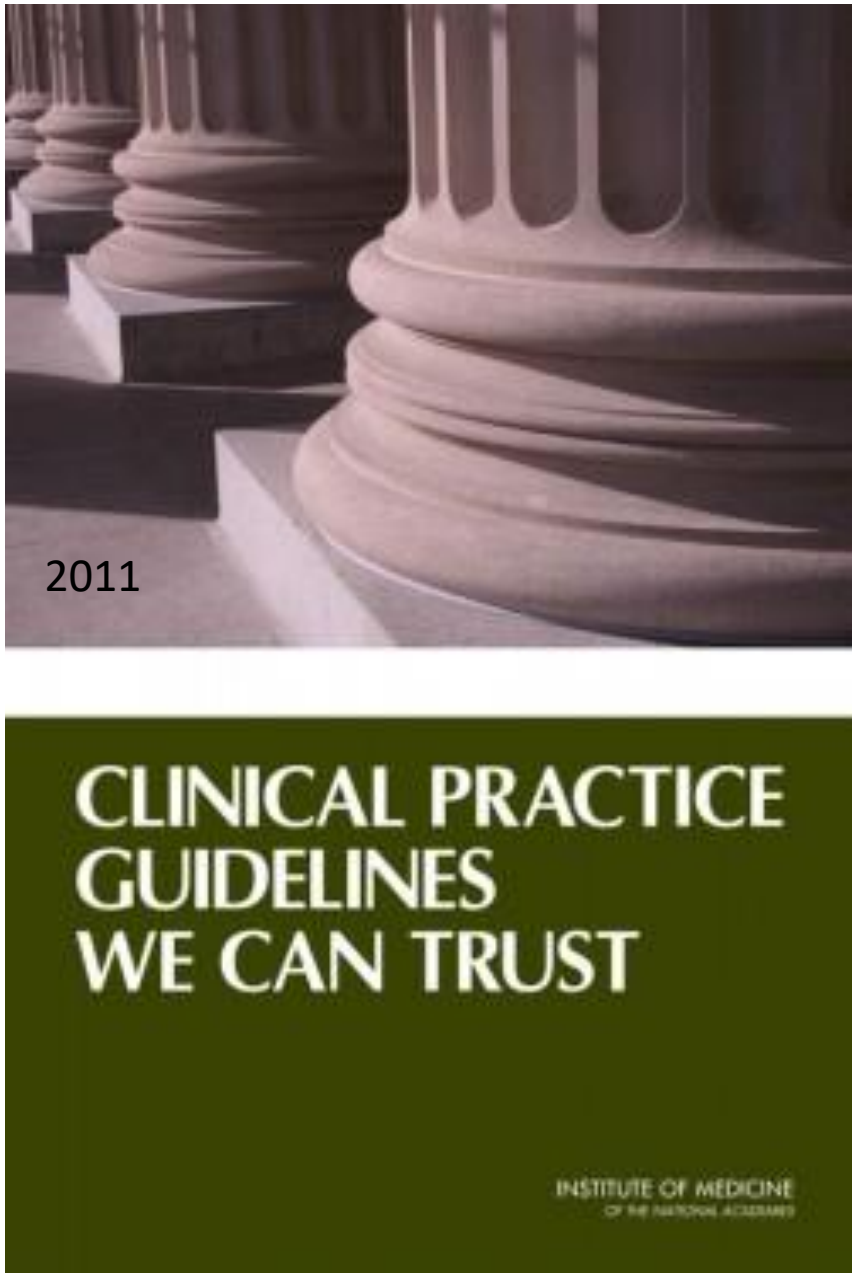
Should journals stop publishing research funded by the drug industry?

BMJ 2014 ; 348 doi: https://doi.org/10.1136/bmj.g171 (Published 14 January 2014)
Cite this as: *BMJ* 2014;348:g171

http://www.bmj.com/content/348/bmj.g171

Afortunadamente, las revistas ya no son necesarias para comunicar los resultados de los ensayos a los médicos; hay maneras mucho mejores y sin barreras de pago. La investigación debería comenzar con una revisión sistemática de los trabajos anteriores para demostrar si un nuevo ensayo clínico es realmente necesario o si simplemente es promoción disfrazada de ciencia. La revisión se publicaría en la web para que cualquiera pudiera hacer comentarios: el control de muchos es mejor que el escrutinio de pocos. Si se demostrará que un nuevo ensayo es necesario, el protocolo de investigación también debería ser publicado con tiempo para que se pudieran hacer comentarios. El plan estadístico … sería publicado con el protocolo antes de incluir al primer paciente; una vez el ensayo se terminara, los datos anonimizados serían puestos a disposición de la comunidad científica para analizarlos. El papel de las revistas sería publicar los resultados de las revisiones sistemáticas y los análisis contrastados de los datos del ensayo por parte de grupos independientes; así todo el mundo sería capaz de ver cada parte de las evidencias.


2008
CONFLICT OF INTEREST
IN MEDICAL RESEARCH,
EDUCATION, AND PRACTICE
INSTITUTE OF MEDICINE
OF THE NATIONAL ACADEMIES


2011
CLINICAL PRACTICE
GUIDELINES
WE CAN TRUST
INSTITUTE OF MEDICINE


Accreditation Council for Continuing Medical Education
A·C·C·M·E
Accreditation Council for Continuing Medical Education
Standards for Commercial Support:
Standards to Ensure the Independence of CME Activities℠
Accesible en http://www.accme.org/sites/default/files/174_20150825_ACCME_Standards_for_Commercial_Support.pdf
ACCME

Recomendaciones para guiar interacciones comerciales de las Sociedades Científicas Sanitarias con las Industrias Relacionadas con la Salud, Organizaciones Sanitarias y/o las Administraciones Públicas (MAYO 2017)

Las SS.CC tienen capacidad para orientar la investigación biomédica, colaborar en la difusión del mejor conocimiento y dar las pautas a los profesionales, políticos y gestores para trasladar este conocimiento a la práctica clínica. Es un quíntuple rol -investigador, de influencia política y organizativa, de divulgación social, de formación profesional y de colaborador en la transferencia del conocimiento- donde las SS.CC deben ser capaces de demostrar su independencia respecto a intereses comerciales, organizativos y políticos.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1- "Code For Interactions with Companies" del Council of Medical Specialty Societies publicado en abril de 2015.

2- Pellegrino ED, Relman AS. Professional Medical AssociationsEthical and Practical Guidelines. *JAMA*. 1999;282(10):984-986. doi:10.1001/jama.282.10.984

3- Rothman DJ, McDonald WJ, Berkowitz CD, Chimonas SC, DeAngelis CD, Hale RW, Nissen SE, Osborn JE, Scully JH, Thomson GE, Wofsy D. Professional Medical Associations and Their Relationships With IndustryA Proposal for Controlling Conflict of Interest. *JAMA*. 2009;301(13):1367-1372. doi:10.1001/jama.2009.407

4- El conflicto de intereses económico de las Asociaciones Profesionales Sanitarias con la Industria Sanitaria. De Alberto Ruano. Informe Monofráfico de SESPAS (2011).

NO ES SANO ESPECULAR CON LOS MEDICAMENTOS

CAMPAÑA PARA SANEAR
EL MODELO DE INNOVACIÓN
DE LOS MEDICAMENTOS

LEER EL MANIFIESTO



JUNTOS CURAMOS
EL MODELO DE INNOVACIÓN
DE LOS MEDICAMENTOS

Cada gesto cuenta. Ponte la **tirita de No Es Sano** y alza tu voz en defensa por el acceso universal a los medicamentos.

medicamentos para el cáncer:

ALTOS PRECIOS Y DESIGUALDAD

Promueven la campaña:

SALUD POR DERECHO · MÉDICOS DEL MUNDO · ocu · SESPAS Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria · cecu · NO GRACIAS · OMC Organización Médica Colegial de España | Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos · AAJM Asociación Acceso Justo al Medicamento

Con el apoyo de:

ISGlobal · OXFAM Intermón

Campaña financiada con el apoyo de:

OPEN SOCIETY FOUNDATIONS

Suscriben el manifiesto:

CESIDA Coordinadora estatal de VIH y sida · Escuela Andaluza de Salud Pública Consejería de Salud · COORDINADORA ONG para el Desarrollo España · UAEM Universities Allied for Essential Medicines

Las influencias no son solo de la industria

"Gobiernos y organizaciones sanitarias ya han reaccionado a la amenaza que para la sostenibilidad de la sanidad pública supone esta imparable expansión del mercado. Pero lo han hecho de la peor manera posible: intentando "estandarizar" el juicio clínico, reduciendo la discrecionalidad de las decisiones médicas mediante protocolos, estrategias de control y sistemas decisionales algorítmicos, apoyándose en incentivos, fundamentalmente, económicos, sin abordar las causas políticas que han facilitado la situación. Estas medidas de gestión se han convertido en una nueva amenaza para la independencia del juicio profesional y, por tanto, para el paciente."



Tema a debate

FMC
Formación Médica Continuada en Atención Primaria

La formación de médicos independientes y el futuro de la medicina

Abel Jaime Novoa Jurado
Servicio de Urgencias. Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer. Área de Salud VI-Vega Media. Servicio Murciano de Salud. Murcia. España.
Coordinador del Grupo de Trabajo de Bioética de la semFYC. Presidente de la Plataforma NoGracias.
Correo electrónico: abelnovoajurado@gmail.com

LA TERCERA LOGICA



"Existe una tercera lógica distinta a la que impulsa el mercado y la gestión de las organizaciones que no puede ser eliminada sin dañar seriamente los principios y objetivos del profesionalismo"

Grupos estabilizadores meritocráticos



«Toda sociedad necesita **grupos estabilizadores y meritocráticos que intenten equilibrar los intereses privados y el poder gubernativo a través de la protección y promoción de importantes bienes sociales.**» (Como arqueros al blanco. D. Gracia)

Van a ser necesarias múltiples estrategias y en múltiples niveles para poder mover de su "zona de confort" a todos los agentes implicados: políticos, reguladores, gestores, profesionales sanitarios, instituciones académicas y científicas e, incluso, pacientes. No hay una "solución mágica" contra la deriva institucional. Todas son intervenciones complejas que se retroalimentan. Pero es claro que la viabilidad de cualquiera de las posibles reformas tiene una condición necesaria: la independencia profesional y el ***compromiso colectivo con una visión crítica del cada vez más intenso y complejo sistema de influencias en el que se desempeña la atención clínica hoy en día****.*




Tercer Contrato Social Por la Ciencia Biomédica
Corrupción y mala regulación
Ciencia comercial
Ineficiencia presupuestos sanitarios y de investigación
Crisis de innovación
DERIVA INSTITUCIONAL
INNOVACIÓN SIN PACIENTES


Primer contrato social por la ciencia biomédica
Valores profesionales
Segundo contrato social por la ciencia biomédica
Valores científicos y regulatorios
Tercer contrato social por la ciencia biomédica
Valores empresariales y económicos
Cuarto contrato social por la ciencia biomédica
Valores democráticos: transparencia, rendición de cuentas, equidad

SALVAGUARDAS DE LA MEDICINA

- RAZONAMIENTO CLÍNICO
- CIENCIA
- REGULACIÓN
- ÉTICA
- INSTITUCIONES PROFESIONALES
- MERCADO
- DEMOCRACIA



http://www.nogracias.eu/
abelnovoajurado@gmail.com

SI
GRACIAS



http://www.nogracias.eu/
abelnovoajurado@gmail.com

V Congreso Nacional De Deontología Médica

Segovia 2018



OMC

ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

Mesa 3

"ÉTICA Y DEONTOLOGÍA EN LAS REDES SOCIALES"

D. Fernando González Urbaneja
D. Jacinto Batiz Cantera
D. Juan Manuel Garrote Díaz

Modera: D. Bernardo Casanova Peña



V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018

Dr. Jacinto Bátiz

Especialista en Cuidados Paliativos, asesor del Gobierno Vasco y secretario de la Comisión Central de Deontología



OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS



El médico en las redes sociales, desde la Ética y la Deontología Médica

Dr. Jacinto Bátiz

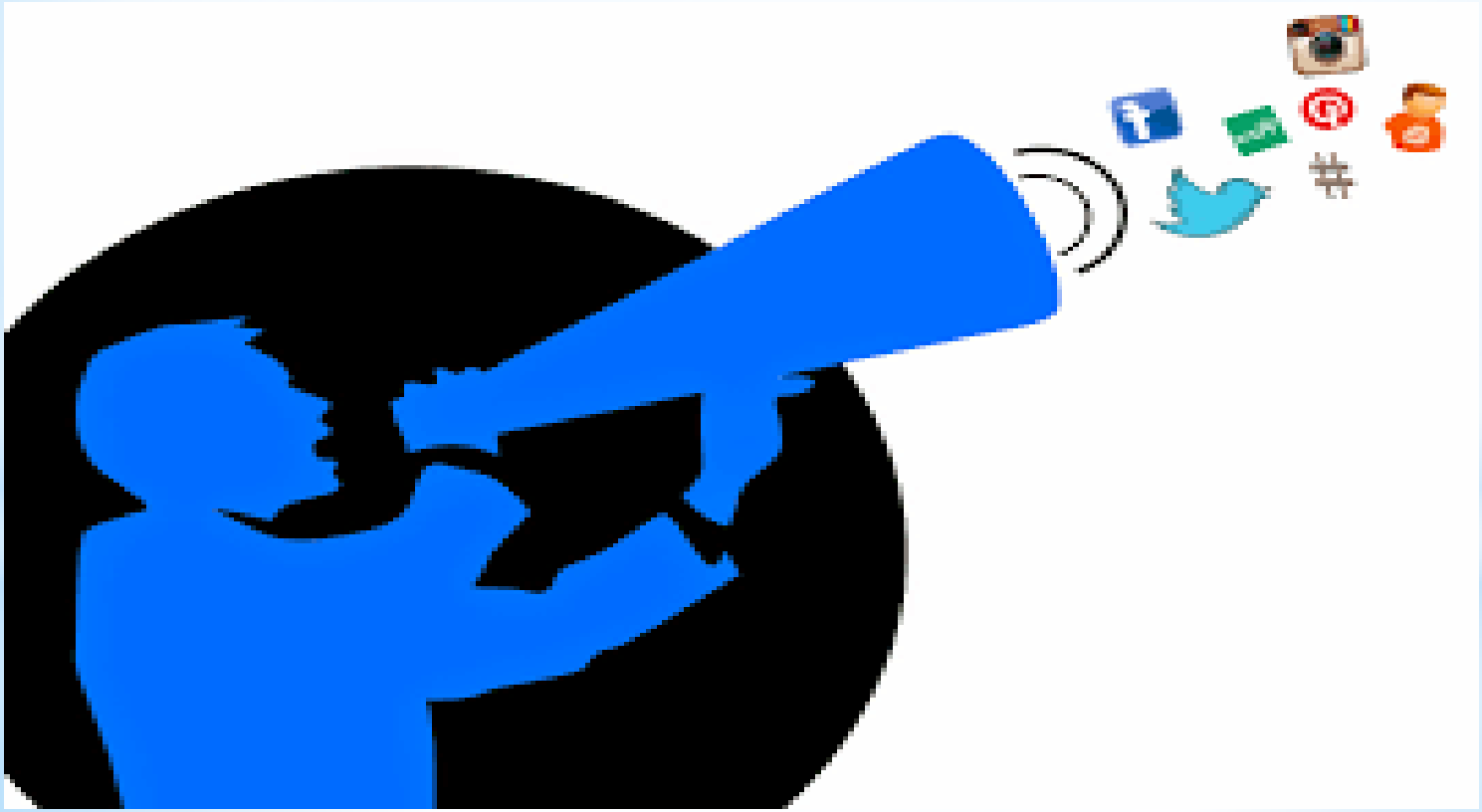
Las redes sociales no sólo se pueden emplear como parte de nuestro ocio, sino como una herramienta médica





La competencia que nos da nuestra formación profesional hace que nuestras **opiniones** puedan considerarse como **referentes**

Puede ser recomendable aprovechar el poder amplificador de las redes sociales para realizar una labor divulgadora.



Actividad del Tweet



Jacinto Bátiz @JBtiz

Ante una deliberación médica es aconsejable respetar la pluralidad de opiniones, ya que toda opinión puede tener parte de razón y ninguna opinión posee, por sí misma, toda la verdad. pic.twitter.com/9Zg7UyuVkn

Impresiones Veces que personas vieron este Tweet en Twitter	3.654
Interacciones totales veces que la gente interactuó con este Tweet	159

Actividad del Tweet



Jacinto Bátiz @JBtiz

¿Cómo responder a las preguntas del enfermo sobre su enfermedad? Hemos de comunicarle la verdad que él pueda asumir, aceptar y comprender. Para decir la verdad no es preciso decir toda la verdad, pero lo que se diga que sea verdad. pic.twitter.com/0CpmVSUdSI

Impresiones Veces que personas vieron este Tweet en Twitter	9.068
Interacciones totales veces que la gente interactuó con este Tweet	448

Actividad del Tweet



Jacinto Bátiz @JBtiz

La autonomía es un derecho del enfermo que el médico debe respetar. Sin embargo, evitar el paternalismo tradicional no debe conducir al abandono del enfermo en la toma de decisiones, que ha de realizarse en el contexto de una relación clínica compartida. pic.twitter.com/R2ptAY7b6K

Impresiones Veces que personas vieron este Tweet en Twitter	13.682
Interacciones totales veces que la gente interactuó con este Tweet	427

Actividad del Tweet



Jacinto Bátiz @JBtiz
Cuando un enfermo precisa de nuestra asistencia hemos de mirarle a la cara, hemos de llamarle por su nombre y le hemos de preguntar ¿en qué le puedo ayudar? pic.twitter.com/32X3AyNbcu

Impresiones
Veces que personas vieron este Tweet en Twitter
10.822

Interacciones totales
veces que la gente interactuó con este Tweet
582

Actividad del Tweet



Jacinto Bátiz @JBtiz
El tratamiento del dolor no es una cuestión opcional, sino un imperativo ético. A veces pensamos que el dolor de los demás es exagerado y el nuestro insoportable y con este sesgo lo tratamos Decía Marañón que un dolor curado justifica toda la vida de un médico. pic.twitter.com/nwH6714p7A

Impresiones
Veces que personas vieron este Tweet en Twitter
11.775

Interacciones totales
veces que la gente interactuó con este Tweet
813

Actividad del Tweet



Jacinto Bátiz @JBtiz

Para cuidar a enfermos en fase terminal, se necesita tiempo, tocar, escuchar, trabajo en equipo, fuerza espiritual y comprender que está permitido también el que podamos llorar juntos, ellos y nosotros. pic.twitter.com/Zg4ENdU0DD

Impresiones — 21.633

Veces que personas vieron este Tweet en Twitter

Interacciones totales — 1.473

veces que la gente interactuó con este Tweet

Actividad del Tweet



Jacinto Bátiz @JBtiz
LA MEDICINA PALIATIVA TAMBIÉN ES NECESARIA. Los médicos, además de prevenir enfermedades e intentar curarlas si no hemos conseguido ni lo uno ni lo otro, debemos cuidar a la persona enferma. Las tres medicinas: la preventiva, la curativa y la paliativa, son necesarias. pic.twitter.com/spgCXodbb5

Impresiones Veces que personas vieron este Tweet en Twitter	24.516
Interacciones totales veces que la gente interactuó con este Tweet	1.161

Actividad del Tweet



Jacinto Bátiz @JBtiz
La persona padece un sufrimiento insoportable cuando comprueba que a nadie le importa lo que le ocurre. Cuando nos preocupamos de él y de su sufrimiento comienza su alivio.
pic.twitter.com/A3e9Bu4Ho1

Impresiones
Veces que personas vieron este Tweet en Twitter
24.842

Interacciones totales
veces que la gente interactuó con este Tweet
1.395

Actividad del Tweet



Jacinto Bátiz @JBtiz

Ahora, nos morimos en el hospital, a solas, conectados a la técnica y despojados del acercamiento humano. En ocasiones, ocultándonos la gravedad de la situación; y si es posible, que no nos enteremos de que nos estamos muriendo. ES PRECISO QUE HUMANICEMOS EL PROCESO DE MORIR.
pic.twitter.com/bsgbgNa5Jq

Impresiones Veces que personas vieron este Tweet en Twitter	38.836
Interacciones totales veces que la gente interactuó con este Tweet	2.842

Actividad del Tweet



Jacinto Bátiz @JBtiz

¡Los enfermos en fase terminal nos enseñan tanto! Ellos miden el tiempo que les queda en horas o días, no más. Nos enseñan a valorar nuestro tiempo, del que no solemos ser conscientes, y lo medimos en años, sin dar importancia a cada día. pic.twitter.com/Ok5eb6O8pc

Impresiones Veces que personas vieron este Tweet en Twitter	54.404
Interacciones totales veces que la gente interactuó con este Tweet	3.608

Actividad del Tweet



Jacinto Bátiz @JBtiz

Para la Medicina Paliativa, el fracaso no radica en la muerte del enfermo, sino en la presencia de sufrimientos inútiles que podrían haber sido aliviados. pic.twitter.com/psS7Wg6er2

Impresiones Veces que personas vieron este Tweet en Twitter	81.443
Interacciones totales veces que la gente interactuó con este Tweet	3.421



Las redes sociales utilizadas adecuadamente constituyen una herramienta que puede ser útil en la divulgación del conocimiento médico a la sociedad

El uso y la participación en las redes sociales deben conllevar un comportamiento acorde con los principios del profesionalismo médico



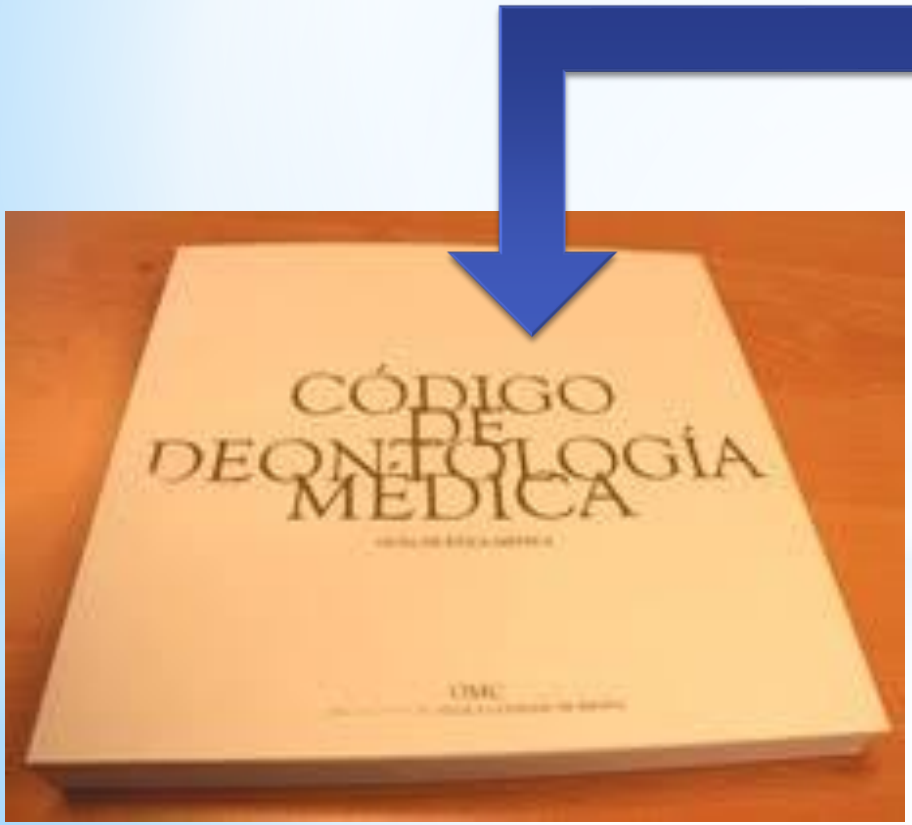
¿El actual Código de Deontología Médica está desfasado en un colectivo que se comunica rápida y masivamente, al menos en algunos aspectos?

¡SÍ!





¿El actual Código de Deontología Médica está desfasado en un colectivo que se comunica rápida y masivamente, al menos en algunos aspectos?





¡No!





Con el Código de Deontología Médica 2011 se puede controlar las infracciones de los médicos en las redes sociales





Art.8.- *"El médico debe cuidar su actitud, lenguaje, formas, imagen y, en general, su conducta para favorecer la plena confianza del paciente"*





Art.37.3.- *"Los médicos se abstendrán de criticar despectivamente las actuaciones de sus colegas. Hacerlo en presencia de sus pacientes, de sus familiares o de terceros es una circunstancia agravante*





No obstante, se está actualizado el CDM y se incluye un capitulo nuevo donde se contemplan el uso deontológico de la redes sociales

El médico y los nuevos medios de comunicación





*"En el uso de los nuevos medios de comunicación, como redes sociales**, regirán los mismos preceptos deontológicos establecidos en este Código**, que regulan la relación medico-paciente, la defensa de sus derechos, así como el respeto a los profesionales sanitarios"*

El médico y los nuevos medios de comunicación





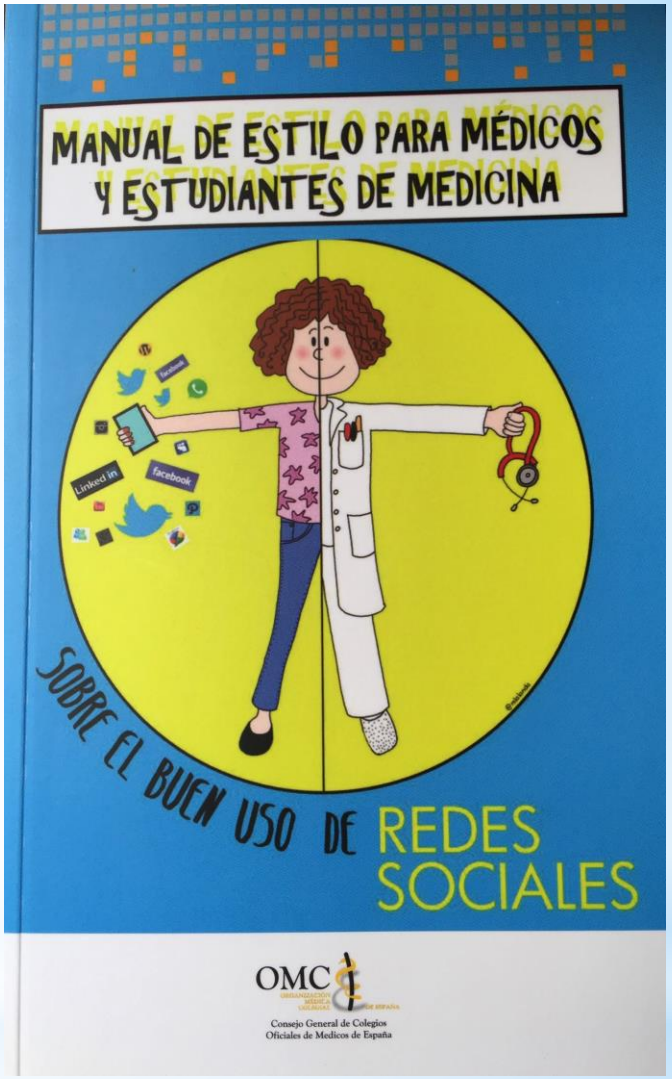
“El médico al hacer uso de los nuevos medios de comunicación, deberá ser consciente de la trascendencia de los actos y de los daños directos e indirectos que puede generar, por los que habrá de responder deontológica y legalmente”

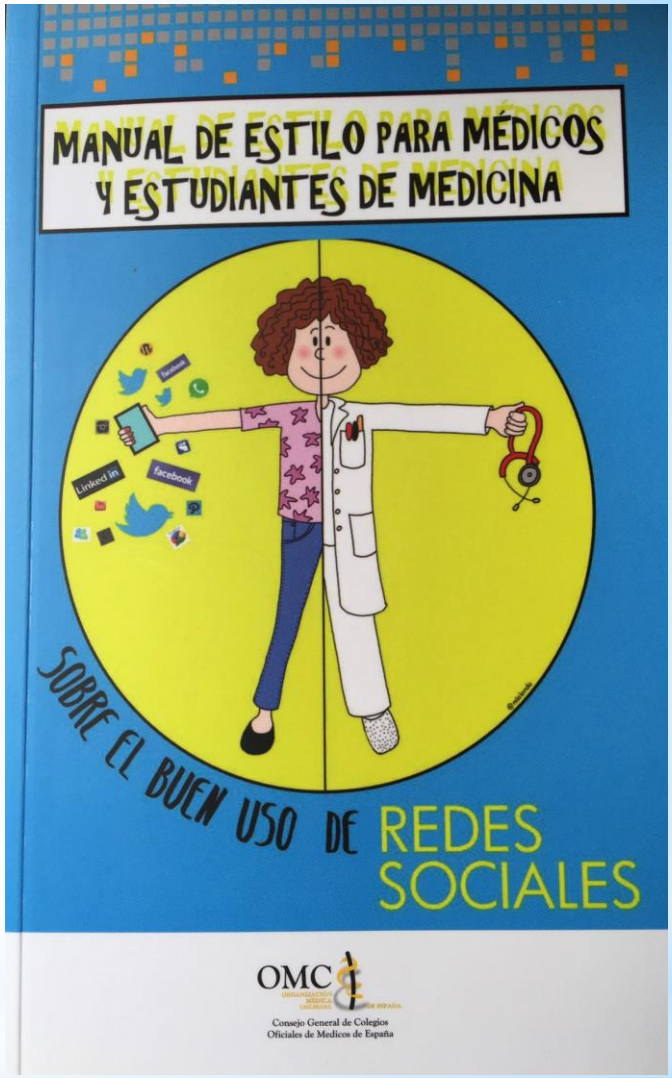
Además en 2014 se publicó….



51) *"El médico, cuando informa a los medios de comunicación, tiene la obligación de mantener la confidencialidad de sus pacientes. Debe recordar que sus comunicaciones destinadas a amigos y familiares a través de la redes sociales pueden ser vulnerables y accesible a otras personas"*

Y en 2015
se publicó….





"Evitar, siempre que sea posible, actitudes insensibles, frívolas o poco acordes con unas elementales normas de urbanidad, es decir, educación, cortesía y respeto"

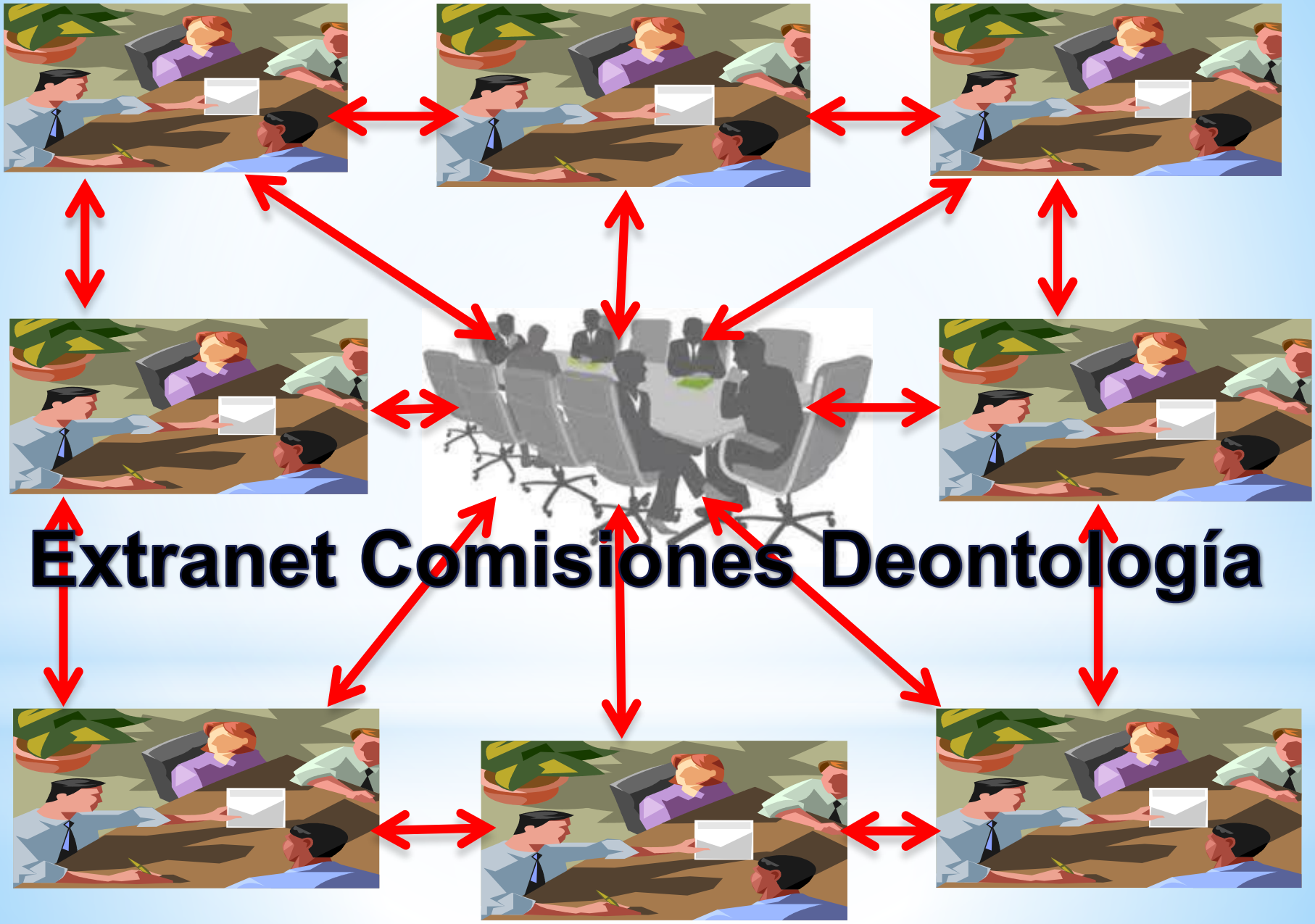
Cuando las trasgresiones al Código de Deontología se producen en varias provincias a la vez y simultáneamente sobre el mismo tema, ¿de qué mecanismos dispone la Comisión Central de Deontología de la OMC?








CD provincial o autonómica
@


Extranet Comisiones Deontología



CCD

Declaración

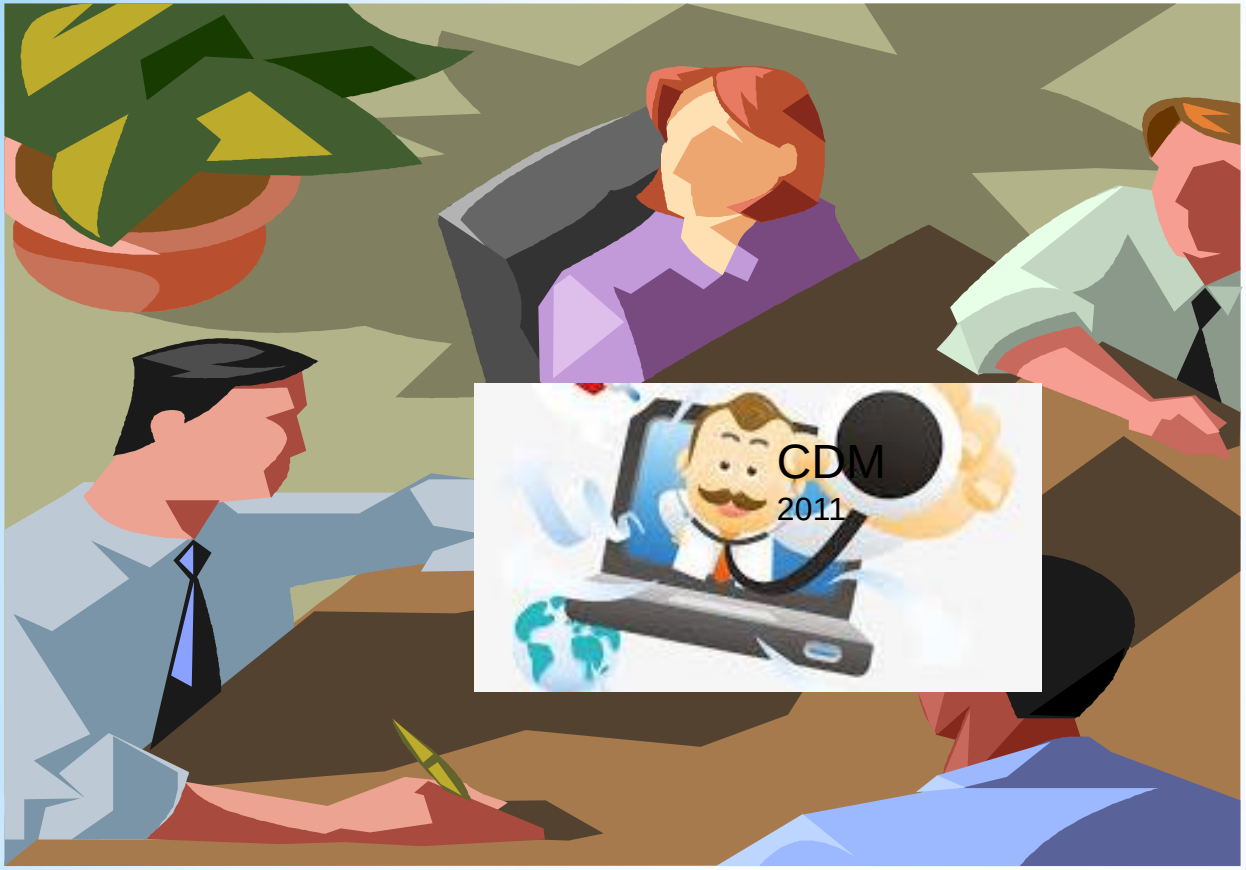


Incumplimiento de las normas deontológicas

¿Cómo manejar asuntos como promoción de medicinas alternativas, publicidad engañosa, venta de fármacos, etc. en las redes?



Haciendo un control de cualquier promoción y en cualquier medio para poder actual de oficio



Las Comisiones de Deontología debieran **actuar de oficio**





Por eso es importante incluir un nuevo capitulo en el nuevo CDM.





"Cuando un médico utilice el poder amplificador de internet (especialmente redes sociales) para resolver dudas que puedan ser de interés general en salud pública, seguridad del paciente, fomentar medidas de vida saludables o de naturaleza análoga, sus intervenciones deben estar presididas por la base científica, profesionalidad y prudencia. Son contrarias a la deontología intervenciones carentes de fundamentos científicos o dominadas por el charlatanismo"

¿Cómo afecta la imagen de unos pocos médicos que están en las redes al colectivo médico?



No creo que afecte al colectivo médico, porque hay otros médicos que están en las redes y prestigian con sus aportaciones al colectivo médico

El médico y los nuevos medios de comunicación





“Las discrepancias con otros compañeros utilizando los nuevos medios de comunicación se resolverán atendiendo a lo establecido en este Código”

jbatiz@cmb.eus

V Congreso Nacional De Deontología Médica

Segovia 2018



OMC

ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018

Dr. Juan Manuel Garrote

Secretario General del Consejo de Médicos



OMC Organización Médica Colegial de España | Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

ÉTICA Y DEONTOLOGÍA EN LAS REDES SOCIALES

OMC

ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

V Congreso Nacional De Deontología Médica

Segovia 2018

Uso de Redes Sociales específicas de Médicos

- Ventajas de su utilización -

Aprender

Compartir

Colaborar

Descubrir

Promocionar

Encontrar

...

en un entorno de red profesional (*conocimiento colectivo*)



Tipos de redes sociales

- Médicos para médicos
- Médicos para pacientes
- Empresas médicas para médicos
- Empresas médicas para pacientes
- Instituciones médicas para médicos o para ciudadanos
- Pacientes y/o ciudadanos sobre sanidad/medicacion

ROLES DE USUARIO EN RELACION A LAS REDES SOCIALES

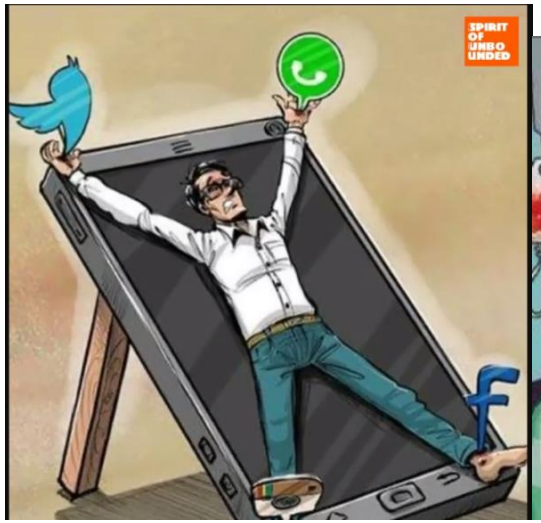
Creadores 24%	Conversadores 36%	Críticos 36%	Coleccionistas 23%	Seguidores 68%	Espectadores 73%
• Publicar en un blog • Publicar en una web propia • Subir a la red un video publicado por uno mismo • Subir a la red un audio creado por uno mismo • Escribir artículos o historias y publicarlas	• Actualizar el estado en una red social • Publicar actualizaciones en twitter	• Publicar puntuaciones o reseñas de servicios • Escribir comentarios en el blog de otra persona • Participar en foros on-line • Contribuir o editar artículos en una wiki	• Utilizar enlaces RRSS • Votar on-line en sitios web • Añadir etiquetas a paginas web o fotografías	• Mantener un perfil en Networking Social • Visitar Sitios en Networking Social	• Leer blogs • Escuchar Podcats • Ver videos de otros usuarios • Leer foros online • Leer valoraciones o reseñas de clientes • Leer tweetes

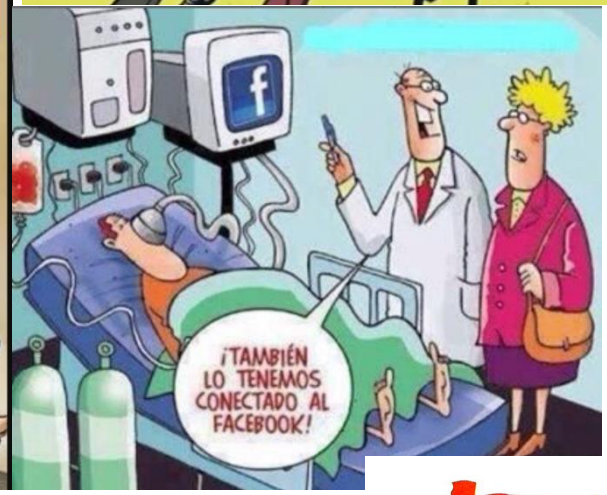


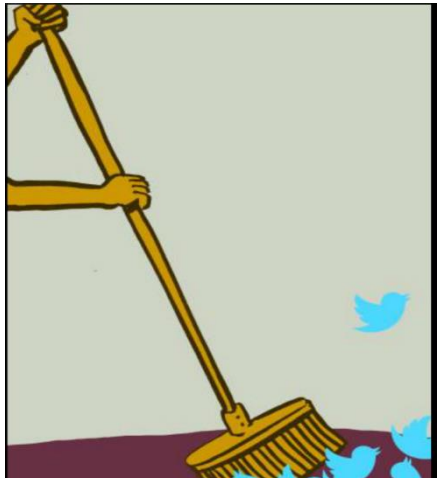


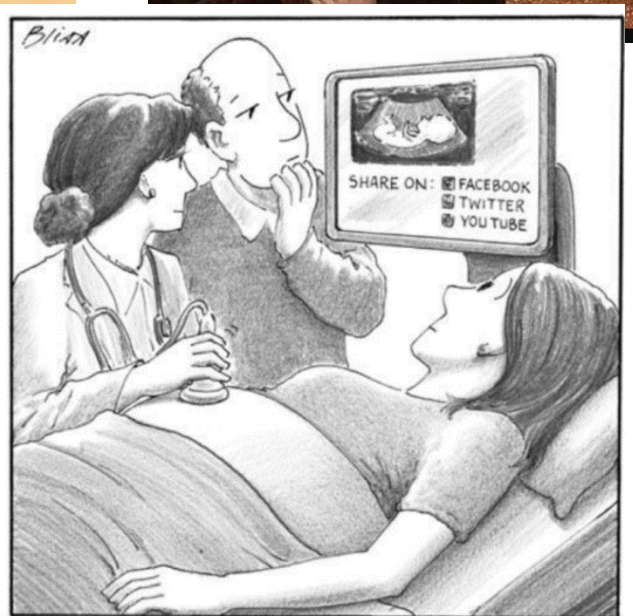












V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018


Chistes, bromas, imágenes graciosas y mucho más
Él tenía más de 2000 amigos en Facebook, pensé que habría mas gente aquí.
Comentar
Compartir


SPIRIT OF UNBOUNDED

- **Director de Redes Sociales:** responsable de la operación completa de redes sociales.
- **Gerente de Redes Sociales:** su función es manejar el servicio al cliente o en su caso, dirigir a la agencia
- que lo desempeña
- **Actuario, Analista de Redes y Datos:** es quien usa las herramientas de monitoreo, responsable de filtrar
- conversaciones y entender todo tipo de métricas de las redes sociales y su impacto en el CRM en temas de costos y beneficios.
- **Agente de Redes Sociales:** responsable de gestionar problemas, casos, reclamos y temas de ventas,
- su posición está dentro del Call Center.
- **Community Manager:** responsable de los canales de redes sociales, es quien maneja crisis, influenciadores,
- detractores y advocates. Su posición está dentro de la empresa o la agencia.
- **Agencia & Staff:** el equipo que ayuda con las aplicaciones, landing pages, generación de contenido,
- creatividad y administración de las redes sociales. Incluye las agencias que manejan Relaciones Públicas.
- **CRM & Call Center:** equipo que maneja las escalaciones de ventas y reclamos a base de las reglas
- de negocio y flujo de trabajo.
- **Advocates e Influenciadores:** si estos son parte de tu equipo. Hemos visto el surgimiento de la figura
- del "Influencer Relationship Manager".
- **Curadores de Contenido**: administran el contenido, su inventario, aprobaciones, artículos, comentarios,
- gamification, blogs, fotos, vídeos, etc.
- **Administradores de las Herramientas**: los que administran el CRM, las plataformas de comunidades y
- las herramientas de monitoreo/análisis.

Sigue en directo la segunda sesión de Zuckerberg en el Congreso

- El fundador de Facebook testifica de nuevo en el Capitolio sobre la fuga de datos de 87 millones de usuarios de la plataforma a la consultora británica
- Mark Zuckerberg reconoce que sus datos personales también fueron vendidos



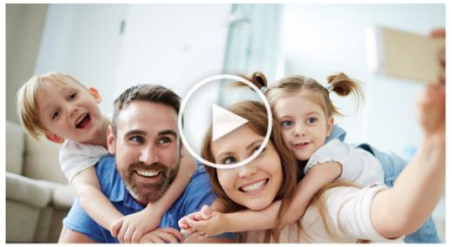
Audiencia de Zuckerberg en Parlamento Europeo por robo de datos se transmitirá en vivo

En marzo surgieron denuncias de que la firma de mercadotecnia Cambridge Analytica usó datos de usuarios de Facebook para diseñar propaganda electoral durante campañas.



ERRORES EN REDES SOCIALES

LOVE



Cómo evitar que las fotos de tus hijos acaben donde no deben

Los padres comparten cada vez más las fotos de sus retoños en las redes sociales. Una tendencia llamada *sharenting* que parece inofe...

Content Factory 16 febrero 2018 - 9:20

LOVE



¿Has pensando en quién ve realmente las fotos que subes de tus hijos a Facebook?

La privacidad en las redes sociales es el talón de Aquiles de la relación entre padres e hijos. Muchos adultos no saben configurar sus aju...

Content Factory 12 febrero 2018 - 14:17

LOVE



Sharenting, el riesgo de mostrar la vida de tus hijos en las redes sociales

Content Factory

8 febrero 2018 - 11:35

LOVE

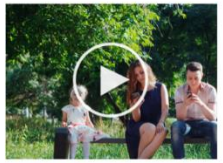


¡Papá, no cuentes mi vida en tus redes sociales!

Content Factory

8 febrero 2018 - 10:52

LOVE



Desengánchate del móvil y conecta con tus hijos

Cristina Castañer

24 enero 2018 - 17:19

LOVE



Nuestras abuelas tienen razón: en la era digital, sentido común

Cristina Castañer

23 enero 2018 - 11:27



V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018



EL PAÍS

Rosa María Miras Puigpinós

Sé que me van a llover las críticas de todos lados, sé que lo que voy a decir es machista y todo lo que se quiera, pero escuchando a Arrimadas en el debate de T5 solo puedo desearle que cuando salga esta noche la violen en grupo porque no merece otra cosa semejante perra asquerosa.

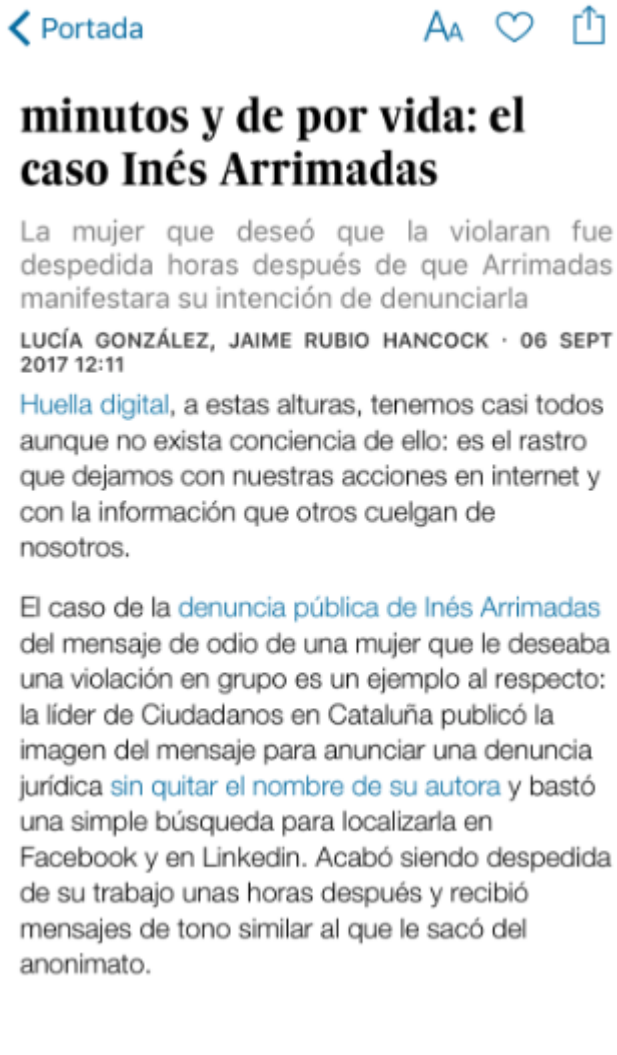
Inés Arrimadas
@InesArrimadas

Aquí una muestra clara de odio. Voy a denunciar a esta señora.No solo por lo q me dice a mí sino por todas las mujeres que han sido violadas

12:48 - 5 set. 2017

4.691 14.554 20.659

Miles de usuarios y también políticos de todas las formaciones han mostrado su apoyo a la jefa de la oposición en Cataluña a través de la red, entre ellas la diputada de la CUP Anna Gabriel, la vicepresidenta



Portada

minutos y de por vida: el caso Inés Arrimadas

La mujer que deseó que la violaran fue despedida horas después de que Arrimadas manifestara su intención de denunciarla

LUCÍA GONZÁLEZ, JAIME RUBIO HANCOCK · 06 SEPT 2017 12:11

Huella digital, a estas alturas, tenemos casi todos aunque no exista conciencia de ello: es el rastro que dejamos con nuestras acciones en internet y con la información que otros cuelgan de nosotros.

El caso de la denuncia pública de Inés Arrimadas del mensaje de odio de una mujer que le deseaba una violación en grupo es un ejemplo al respecto: la líder de Ciudadanos en Cataluña publicó la imagen del mensaje para anunciar una denuncia jurídica sin quitar el nombre de su autora y bastó una simple búsqueda para localizarla en Facebook y en Linkedin. Acabó siendo despedida de su trabajo unas horas después y recibió mensajes de tono similar al que le sacó del anonimato.



Santamaría alerta de la “proliferación de noticias falsas” propagadas con “métodos cada vez más sofisticados”

La vicepresidenta del Gobierno interviene en un foro sobre la desinformación en la era digital

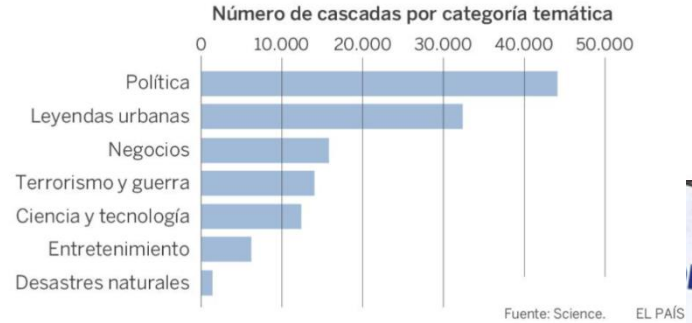
JOSÉ MARCOS · Madrid · 15 FEB 2018 19:07

La vicepresidenta del Gobierno, Soraya Sáenz de Santamaría, ha afirmado este jueves que una red social o una plataforma digital debe "garantizar" la veracidad del contenido publicado o "al menos advertir del potencial peligro" de ciertas publicaciones. Así se ha expresado la vicepresidenta del Ejecutivo durante la inauguración de la jornada El fenómeno de la desinformación en la era digital, que tiene lugar en la sede del organismo estatal Red.es en Madrid.

Además, considera "fundamental que los medios, entre comillas serios, con trayectoria, se responsabilicen a la hora de filtrar, contrastar y verificar información" en la lucha contra el fenómeno de

DIFUSIÓN DE RUMORES EN TWITTER

La propagación de un rumor se caracteriza por tener una o más **cascadas,** que se definen como ejemplos de un patrón de propagación de rumores que exhibe una cadena de retuiteo ininterrumpida con un origen común.



La información falsa llega más lejos, más rápido y a más gente que la verdadera

Un estudio impulsado por Twitter detecta que la difusión de bulos en las redes afecta a todos los ámbitos, pero sobre todo al político

JAVIER SALAS · 08 MAR 2018 20:01

El pasado martes, dos hombres fueron arrestados por amenazas terroristas tras aparecer en una iglesia de Texas en la que habían matado a tiros a 26 personas el pasado noviembre. Los detenidos aseguraban que el tiroteo fue un invento del Gobierno y acusaron al pastor de que su hija, asesinada en aquel incidente, nunca había existido. Esa matanza es la quinta más sangrienta de la historia de EE UU, pero gracias a la imparable capacidad viralizadora de plataformas como YouTube, Facebook y Twitter, mucha gente se ha creído teorías conspirativas que aseguran que son invenciones propagandísticas. Y el problema es que estas mentiras, sobre todo si son políticas, se extienden de manera formidable por las redes.

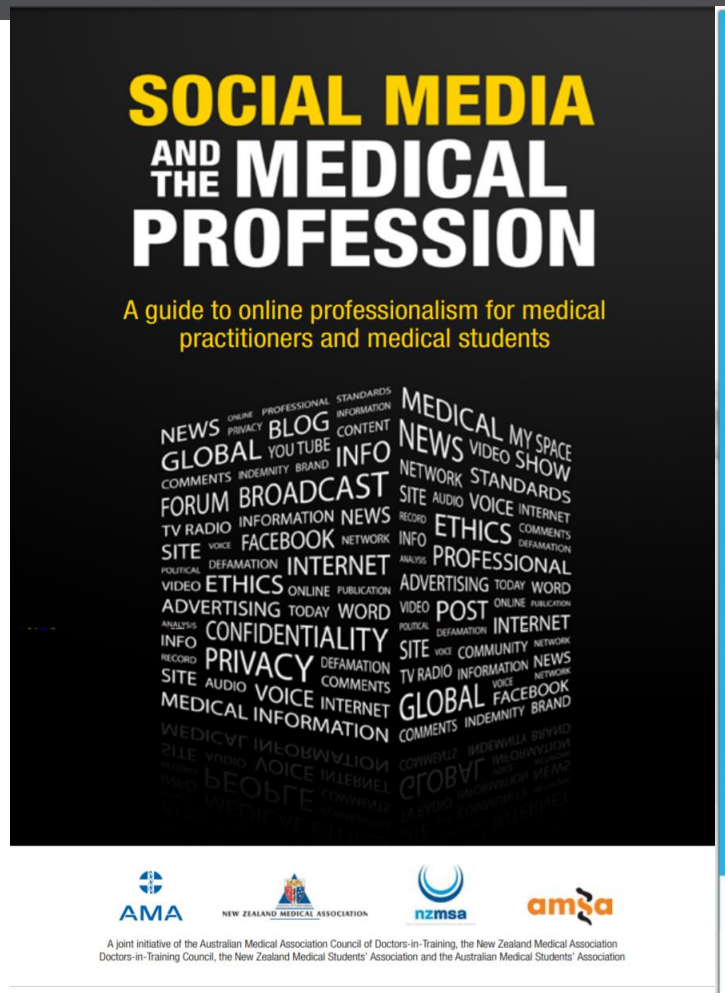
Comunicación

JORNADA 'EL FENÓMENO DE LA DESINFORMACIÓN EN LA ERA DIGITAL'

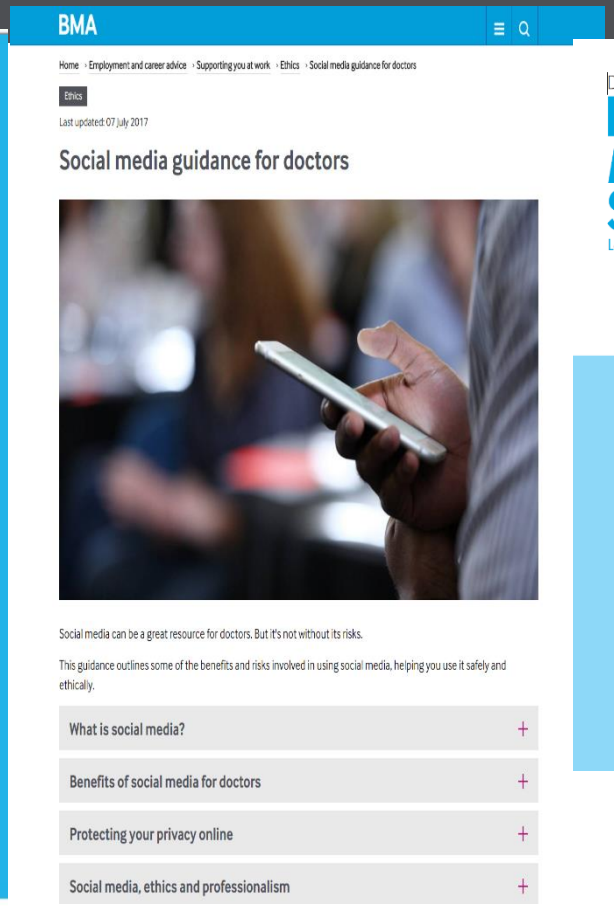
Contra las ‘fake news’: “No podemos dejarnos llevar por la dictadura de las redes sociales”



V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018


SOCIAL MEDIA AND THE MEDICAL PROFESSION
A guide to online professionalism for medical practitioners and medical students
AMA
NEW ZEALAND MEDICAL ASSOCIATION
nzmsa
amsa
A joint initiative of the Australian Medical Association Council of Doctors-in-Training, the New Zealand Medical Association Doctors-in-Training Council, the New Zealand Medical Students' Association and the Australian Medical Students' Association


MANUAL DE ESTILO PARA MÉDICOS Y ESTUDIANTES DE MEDICINA
SOBRE EL BUEN USO DE REDES SOCIALES
OMC
Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España


BMA
Home › Employment and career advice › Supporting you at work › Ethics › Social media guidance for doctors
Ethics
Last updated: 07 July 2017
Social media guidance for doctors
Social media can be a great resource for doctors. But it's not without its risks.
This guidance outlines some of the benefits and risks involved in using social media, helping you use it safely and ethically.
What is social media?
Benefits of social media for doctors
Protecting your privacy online
Social media, ethics and professionalism


DÉCEMBRE 2011
DÉONTOLOGIE MÉDICALE SUR LE WEB
Le Livre blanc du Conseil national de l'Ordre des médecins
Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre


V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018

OMC | ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

MGFamiliar

Inicio | Recursos | Destaques | Para além | Comunidade | Calculadoras | Público

Para além da Medicina

Mais importante do que a felicidade, é o sentido da vida...



Dr. Share | PT@Mundo | MGF.net Talks | Editorialblog

Grupos de médicos portugueses no Facebook:

Médicos Unidos - link

Médicos de Portugal - link

Médicos portugueses no estrangeiro - link

Médicos portugueses no Twitter:



Acompanhe os médicos portugueses no Twitter através da Twitter list: @mgfamiliarnet/medicosPT

Também poderá acompanhar o MGFamiliar no Twitter:



@mgfamiliarnet

V Congreso Nacional De Deontología Médica

Segovia 2018

OMCeO Campobasso

Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri

HOME | CITTADINI | PROFESSIONE | CHI SIAMO | SERVIZI | FORMAZIONE

La deontologia ai tempi di Facebook

15 Mag, 2016 | Comunicazioni dell'Ordine | 0 commenti



L'utilizzo dei social network da parte degli iscritti agli ordini professionali è un tema ch
indubbia rilevanza, sotto un duplice profilo. Da un lato, infatti, vi sono le modifiche leg
quelle più recenti, che hanno notevolmente ampliato la possibilità per i professionisti

r Bundesärztekammer für Ärzte und Medizinstudenten zur Nutzung s... 1 / 3

www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Empfehlungen_Aerzte_in_so

ÄRZTE IN SOZIALEN MEDIEN

Autor: Dezernat Telematik
Stand: 25.05.2012

Recomendaciones de la Asociación Médica Alemana para Médicos y Estudiantes de Medicina sobre Uso de redes sociales

Empfehlungen der Bundesärztekammer für Ärzte und Medizinstudenten zur Nutzung sozialer Medien

Hintergrund

Die Nutzung sozialer Medien[1] ist für viele Millionen Menschen weltweit selbstverständlich geworden – so auch für Ärzte[2], Medizinstudenten und Patienten.

Interaktive, gemeinschaftliche Internet-Plattformen wie soziale Netzwerke, Wikis, Chaträume und Blogs machen passive Internetnutzer zu aktiven Teilnehmern. Sie bieten Möglichkeiten für Zusammenkünfte, zum Teilen und Verbreiten persönlicher Informationen einschließlich gesundheitsbezogener Informationen, zum Treffen und für Verbindungen mit Freunden, Verwandten, Kollegen usw. So verwenden beispielsweise Patienten diese neuen Möglichkeiten um Erfahrungen miteinander zu teilen oder auch um medizinischen Rat einzuholen. Von ärztlicher Seite lassen sich soziale Medien auch für gesundheitliche Aufklärung und andere Maßnahmen der öffentlichen Gesundheit sowie für die ärztliche Ausbildung, Weiter- und Fortbildung und für die Forschung nutzen. Soziale Medien werden auch bei der direkten oder indirekten berufsbezogenen Werbung eingesetzt.

OMC § ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

LES MANCHETTES

PAR FRANCINE MORIN, SERVICE DES COMMUNICATIONS

MÉDECINS ET MÉDIAS SOCIAUX : QUI PARLE À QUI?

Pour en parler, les médecins étaient invités à participer au colloque annuel du Collège des médecins du Québec, le 11 mai dernier, à Québec. Environ 250 médecins ont pris part à cet événement dont le thème, *Les médecins et les médias sociaux*, a soulevé plusieurs questions, notamment sur le plan de la confidentialité.

LE DÉFI DES MÉDIAS SOCIAUX POUR LA PROFESSION MÉDICALE

Dans son mot de bienvenue, le Dr Charles Bernard, président-directeur général du Collège, a précisé que ce sujet avait suscité un grand intérêt de la part des médecins qui ont été nombreux à répondre à l'infolettre qui leur avait été envoyée afin de recueillir leurs expériences et leurs commentaires.



Réseaux sociaux, plateformes sociales, outils sociaux et communautés de pratique ont un point en commun : ils facilitent les interactions sociales. Ces médias ne sont pas réservés aux seuls experts mais sont accessibles à tous et permettent aux individus d'influencer leur environnement.

Il y a autant de façons d'utiliser les médias sociaux que d'utilisateurs : on peut vouloir y faire de la veille, apprendre, informer ou, dans le cas des entreprises, vendre.

Par ailleurs ces médias comportent certains écueils, notamment la traçabilité numérique de tout ce qui est publié et une frontière floue entre la vie privée et la vie publique.

QUELQUES CHIFFRES

Un phénomène en progression

Un sondage réalisé en février 2012 par Price WaterhouseCoopers auprès de 1 060 adultes révèle que 66 % des répondants, comparativement à 20 % en 2011, utilisent les médias sociaux pour la recher-

628 médecins. Plus de la moitié (51 %) des médecins ont reconnu avoir un compte Facebook et le consulter au moins une fois par semaine. Presque tous les répondants ont utilisé Google pour chercher de l'information liée à leurs besoins professionnels et 43 % d'entre eux ont participé à un moment ou à un autre à un forum de discussion en ligne sur un sujet touchant la médecine ou les soins de santé. Les répondants ont reconnu jusqu'à un certain point que les médias sociaux peuvent offrir un moyen de « partager de l'information médicale et des idées entre pairs » (46 %) mais pense aussi que cet échange en ligne a souve « peu de valeur dans la pratique médicale tous les jours » (44 %) et empiète sur temps limité du médecin.

LES MÉDIAS SOCIAUX – ON S'EXPOSE À QUOI?

Les enjeux légaux et déontologique

La communication d'expériences profe sionnelles sur le Web comporte certai risques, notamment celui du bris du secr professionnel. Lors de sa présentatio Me Magali Cournoyer-Proulx a relaté l'exer

V CONGRESO NACIONAL DE DEONTOLOGÍA MÉDICA
Segovia 2018

American Medical Association | Become a Member | Sign In | Create Account

AMA

Education | Life & Career | Practice Management | Delivering Care | About Us | Search

Home → Delivering Care → Medical Ethics → AMA Code of Medical Ethics

Professionalism in the Use of Social Media

Physicians and trainees have an ethical responsibility to weigh a number of considerations when maintaining a presence online.

AMA AUSTRALIAN MEDICAL ASSOCIATION

HOME | MEMBERSHIP | ABOUT | ADVOCACY | RESOURCES | CAREER HUB | NETWORK | MEDIA | AUSMED | STATES | LOGIN

Social Media and the Medical Profession

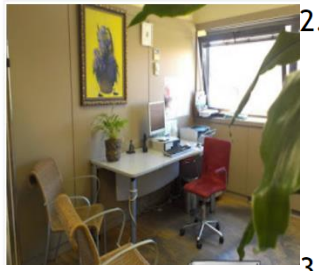
Introduction to Social Media and the Medical Profession: A guide to online professionalism for medical practitioners and medical students.

11

30 Nov 2010

A guide to online professionalism for medical practitioners and medical students





ecurso más preciado de su médico es el tiempo. Pida una **consulta presencial solo cuando sea daderamente necesario**, cuando su problema requiera exploración física o necesite hablar sonalmente con su médico. Recuerde que puede acceder a él por teléfono, correo electrónico o correo ordinario.

1. Teléfono **918519957**, marque el **9** para hablar con un administrativo. Puede llamar en cualquier momento y dejar recado. Suelo responder las llamadas en breve plazo.
2. **Correo electrónico**: dr.salvadorcasado@gmail.com A partir de septiembre de 2010 se pone en marcha esta herramienta.Es una excelente manera de comunicarse con su médico. Este no es un sistema de comunicación urgente. Los mensajes se intentarán leer y responder al dia, pero no siempre será posible y se avisará de ello.Uso solo esta dirección si previamente lo ha hablado conmigo.
3. Para otras cuestiones relacionadas con el blog puede dirigirse a esta dirección laconsultadeldoctorcasado@gmail.com
4. **Correo postal**: Si desea mandar algun documento estando fuera de su domincio, puede hacerlo: Dr. Salvador Casado C/Fuente del Álamo 10 28400 Collado Villalba
5. **Buzón del centro de salud.** Puede dejar un sobre con documentos o notas en el mostrador del centro de salud. También yo me podré dirigir a usted por este medio, dejándole informes, recetas o partes de baja en la carpeta de pacientes.
6. Su médico también le dejará indicaciones en **Twitter**: http://twitter.com/doctorcasado a modo de "panel luminoso de aeropuerto", donde aparecen mensajes breves de información y ayuda. Es un sistema de información no de consulta.


jacinto batiz cantera
Todo
Publicaciones
Personas
Fotos
Vídeos
Páginas
Lugares
Grupos
Filtrar resultados
PUBLICACIONES DE
Cualquiera
Tú
Tus amigos y grupos
Elige un origen...
PUBLICADO EN EL GRUPO
Cualquier grupo
Tus grupos
Elige un grupo...
UBICACIÓN ETIQUETADA
Cualquier lugar
Segovia
Elige una ubicación...
FECHA DE PUBLICACIÓN
Cualquier fecha
2018
2017
2016
Elige una fecha...
El próximo 15 de Mayo a las 18h en Elkartegi de Getxo, nuestro compañero el doctor Jacinto Bátiz Cantera dará una charla sobre "¿Cómo acompañar la vida mientras llega la muerte?".
No olvidéis confirmar asistencia en el teléfono que aparece en el cartel.
#elhospitalsemueve #sanjuandediossanturtzi #hospitalsanjuandedios #hospital #centromedico #centromedicobarakaldo #salud #hospitalidad #humanismo #medico #medicina #health #barakaldo #santurtzi
15/05/2018
¿CÓMO ACOMPAÑAR LA VIDA MIENTRAS LLEGA LA MUERTE?
DR. JACINTO BÁTIZ
Director del Instituto de Sensibilización, Formación, Investigación e Innovación para cuidar mejor.
Hospital San Juan de Dios de Santurtzi (Bizkaia)
18:00 EL KARTEGI DE GETXO



Jesus Sanchez Martos
@jsanchezmartos

Necesitamos un médico para el centro de salud de San Martín de Valdeiglesias. El médico contratado se ha ido a otro centro. Mil gracias

11:28 - 9 jul. 2016

16 94 personas están hablando de esto

Pablo Martínez, portavoz de la Asociación de Médicos y Titulados Superio de Madrid (AMYTS) aseguró que este hecho era totalmente "insólito" e "inapropiado". "El consejero podría haberse dirigido a los sindicatos o a las asociaciones de trabajadores, al colegio profesional... Twitter no es el cam adecuado", reiteró.

USO ABUSIVO DE REDES SOCIALES

Goretti Pacheco @gorepacheco 12 dic. 2016

@jsanchezmartos cómo un centro de vacunas para gestantes dTpa se qda sin existencias y sin saber cuando llegaran??

Jesus Sanchez Martos
@jsanchezmartos

le pido disculpas. ¿Puede confirmarme El Centro por

15:30 - 12 dic. 2016

♡ 4 68 personas están hablando de esto

Cesada por tuitear

Tras esta interpelación digital de la enfermera, el con
red social, le pidió disculpas y le preguntó por
vivía esta situación, tras lo cual, la profesional

Goretti Pacheco
@gorepacheco

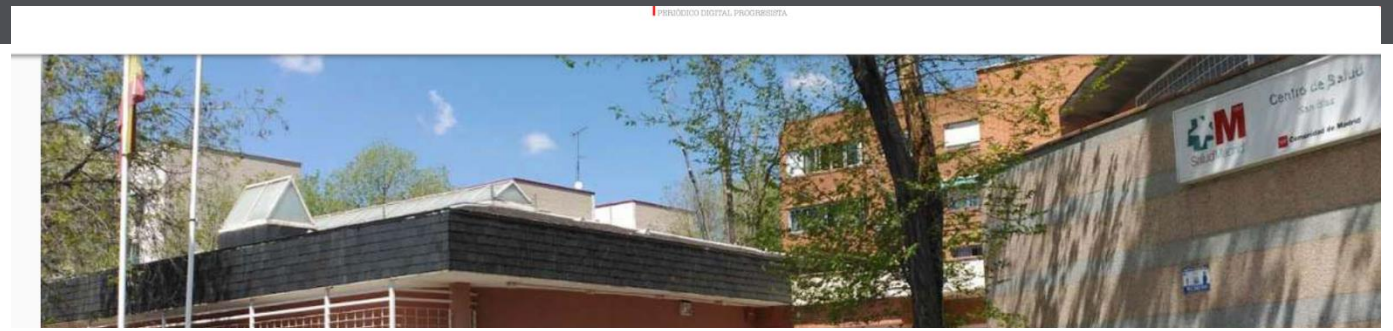
En respuesta a @jsanchezmartos

C. S San Blas. Parla

15:31 - 12 dic. 2016

♡ 17 35 personas están hablando de esto

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018



OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

Capítulo X
TRABAJO EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

Artículo 45

2.- El médico pondrá en conocimiento de la dirección del centro las deficiencias de todo orden, incluidas las de naturaleza ética, que perjudiquen la correcta asistencia. Si no fuera así, las denunciará ante su Colegio, y en última instancia a las autoridades sanitarias, antes de poder hacerlo a otros medios.

USO INAPROPIADO DE REDES SOCIALES



"Lo que practica él es el populismo político", subraya Pérez. "Se lo ha rifado todos los partidos políticos que han visto una oportunidad pa ficharle y embarrarlo todo. Y Susana Díaz tampoco lo ha hecho bien vino bien en su **proceso de primarias** y reculó. Se sometió al chanta de estos impresentables. La 'desfusión' hospitalaria nos ha costado muchos millones de euros", lamenta.

Según Pérez, para defender una sanidad pública lo que hay que hac es "sentarse". "Aquí lo que ha habido es una demostración de fuerza y amenazas, con salidas fuera de tono, un PSOE a la defensiva. Yo estoy **muy agradecido a la sanidad pública**. Hace unos años por muy poco salvé mi vida, pero ahora todo ha empeorado. ¿Cómo es posible que el otro día tardaran tres horas y media en que me atendiera un oncólogo?".

> *El Colegio de Periodistas de Andalucía considera*

V CONGRESO NACIONAL DE DEONTOLOGÍA MÉDICA
Segovia 2018

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE GRANADA

COMUNICADO SOBRE EXPEDIENTE DISCIPLINARIO 2/17

Ante las informaciones aparecidas en diversos medios sobre inhabilitación por un mes al Dr. D. Jesús Candel Fábregas, el Colegi Oficial de Médicos de Granada solo tiene que decir que como tal es u Corporación de Derecho Público que tiene entre sus fines el cumplimien del Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médi Colegial en defensa de la mejor asistencia sanitaria al ciudadano.

El Colegio ha comunicado la resolución del Expediente 2/17 en tiempo forma a las partes afectadas no siendo responsable de su poster difusión en medios informativos y redes sociales. El Colegio de Médic no dará información sobre los procedimientos disciplinarios en curs respetando las obligaciones que como Corporación tiene.

EL COLEGIO.



OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

Capítulo III
RELACIONES DEL MÉDICO CON SUS PACIENTES

Artículo 8

1.- El médico debe cuidar su actitud, lenguaje, formas, imagen y, en general, su conducta para favorecer la plena confianza del paciente.

Artículo 9

2.- En el ejercicio de su profesión el médico actuará con corrección y delicadeza, respetando la intimidad de su paciente.

DEFENSA DE LA VERACIDAD CIENTIFICA EN REDES SOCIALES

MULTIMEDIA

- Nakatani Y, Nakayama T, Nishiyama K, Takahashi Y.
- Resuscitation. 2018. Epub ahead of print.

(El acceso a la versión completa del artículo requiere contraseña).

ADVERTENCIA

CARDIOLOGÍA HOY es el blog de la Sociedad Española de Cardiología (SEC), un foro abierto sobre actualidad medicocientífica. Los contenidos publicados en este blog están redactados y dirigidos exclusivamente a profesionales de la salud. El Comité TIC de la SEC no aceptará artículos y comentarios al margen de este contexto formativo y de actualización de las evidencias clínicas. Más información sobre las Normas de comportamiento del blog.

Comentarios Comunidad 1 Acceder

Recomendar Ordenar por los mejores

Sé el primero en comentar...

INICIAR SESIÓN CON

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018

OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

Capítulo VIII
RELACIONES DE LOS MÉDICOS ENTRE SÍ Y CON OTROS PROFESIONALES SANITARIOS

Artículo 38

1.- Los médicos compartirán sus conocimientos científicos en beneficio de los pacientes.

2.- Los médicos que comparten la responsabilidad asistencial de un paciente deben proporcionarse la información necesaria de forma clara y comprensible, evitando las siglas y terminología no habitual. Nunca es aceptable una caligrafía ilegible.

3.- Las discrepancias entre los médicos no han de propiciar su desprestigio público. Se evitará el daño o el escándalo, no estando nunca justificadas las injurias a un colega. Se evitarán las polémicas públicas; las divergencias se resolverán en el ámbito profesional o colegial.

Código de Deontología Médica

Artículo 26

2.- No son éticas las prácticas inspiradas en el charlatanismo, las carentes de base científica y que prometen a los enfermos la curación, los procedimientos ilusorios o insuficientemente probados que se proponen como eficaces, la simulación de tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas y el uso de productos de composición no conocida.

SALUD SIN BULOS

OBSERVATORIO DETRÁS DEL TITULAR RED DE COLABORADORES CAUSAS ALERTAS BLOG ¡DENUNCIA UN BULO!



SALUD SIN BULOS



#SALUDSINBULOS

Observatorio de los Bulos de Salud en Internet

#SaludSinBulos es una iniciativa de la Asociación de

Medicina en la cabecera

Este blog recoge historias de un médico de pueblo, suyas y de personas con las que han cruzado sus vidas. Todos los actores han sido convertidos en personajes literarios por voluntad del autor, de modo que en sus fabulaciones, aun podrían conservar rasgos identificables por los propios actores. Si así fuera,

Medicina en la cabecera

que en sus fabulaciones, aun podrían conservar rasgos identificables por los propios actores. Si así fuera,
mis disculpas, y suprimiré gustoso cualquiera de las entradas si se me pidiera.

EJEMPLO 2: MEDICO DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018



Hospital General de Segovia Sacyl

- Estás trabajando en un hospital pequeño y haces un comentario sobre un sitio de red sobre un resultado adverso para uno de sus pacientes. Te has cuidado de no nombrar al paciente o al hospital. Sin embargo, mencionaste el nombre del hospital en el que está trabajando en una publicación la semana pasada. Un primo del paciente busca en Internet el nombre del hospital para poder encontrar tu número de teléfono de contacto. En los resultados de búsqueda, el primo del paciente es presentado con su publicación mencionando el hospital. El primo luego ve la publicación posterior sobre el resultado adverso que involucra al paciente

EJEMPLO 3 MEDICO CON MEDICO: DIFAMACIÓN



- Millones de gracias por diagnosticar como estreñimiento el intestino perforado de mi paciente y tratarle con laxantes. Estoy seguro que apreció el paro cardiaco subsiguiente, y no le pondrá pegas al trasplante de riñones que debe hacerse en consecuencia

Aceptas una solicitud de amistad en redes sociales, de alguien que su nombre te suena familiar, pero que en su imagen de perfil aparece un paisaje. Después de mirar a través de su p en realidad es un un mensaje para su próxima cita c dos histológicos d nte estaba en el un comentario so ilia tomando el so





Carmen Peco ha compartido un enlace en el grupo **Médicos de Atención Primaria**.

3 h ·

Comentarios desafortunados sobre las urgencias que tienen su lado positivo ...

domingo a las 22:17

Lo del hospital de guadalajara es de auténtica vergüenza. Una pandilla de inútiles todos los q están trabajando. Llevo con un familiar más de tres horas esperando y ningún especialista dice nada. Donde están todos??? De siesta??? Cenando???? Tocándose.....

62 290 comentarios

Desafortunado comentario sobre las Urgencias

Un comentario desafortunado sobre Urgencias

guardiasresis.blogspot.com

23 2 comentarios 7 veces compartido

EJEMPLO 5: COMENTARIO INAPROPIADO

- En septiembre de 2008, se suspendió a una residente en el Reino Unido del trabajo durante seis semanas después de describir a un colega senior como un "follador" en un foro de redes sociales en línea. Otro colega, amigos de la residente y el senior, vio la publicación e hizo una queja sobre los comentarios a los JMO empleador. La autora se disculpó por los comentarios y realizó la eliminación del sitio web.15



Fotos de grupos en sitios de trabajo Ejemplo 5

- : Siete médicos y enfermeras fueron suspendidos del Great Western de Swindon Hospital, Reino Unido, después de que publicaron fotos de sí mismos en Facebook jugando el "juego de acostarse" en las instalaciones del hospital. El objetivo del juego es tomar fotos de ti mismo inerte en lugares ridículos como posando en carros de hospital y camas de pacientes. La gerencia del hospital tuvo que tomar medidas disciplinarias contra el



EJEMPLO 7: INFORMACIÓN DE INSTITUCIONES

Agencia de Seguridad y Emergencias Madrid 112 ha añadido 2 fotos nuevas.
viernes a las 12:09 ·

#SUMMA112 traslada a tres personas tras una pelea ocurrida en un domicilio en Madrid en la calle Conde de Romanones, 10. Pronóstico reservado. Se encontraban inestables y con policontusiones y laceraciones. @policia investiga lo sucedido. **#ASEM112**

Santiago Feria Perez y 40 personas más 4 comentarios 9 veces compartido

Me gusta Comentar Compartir

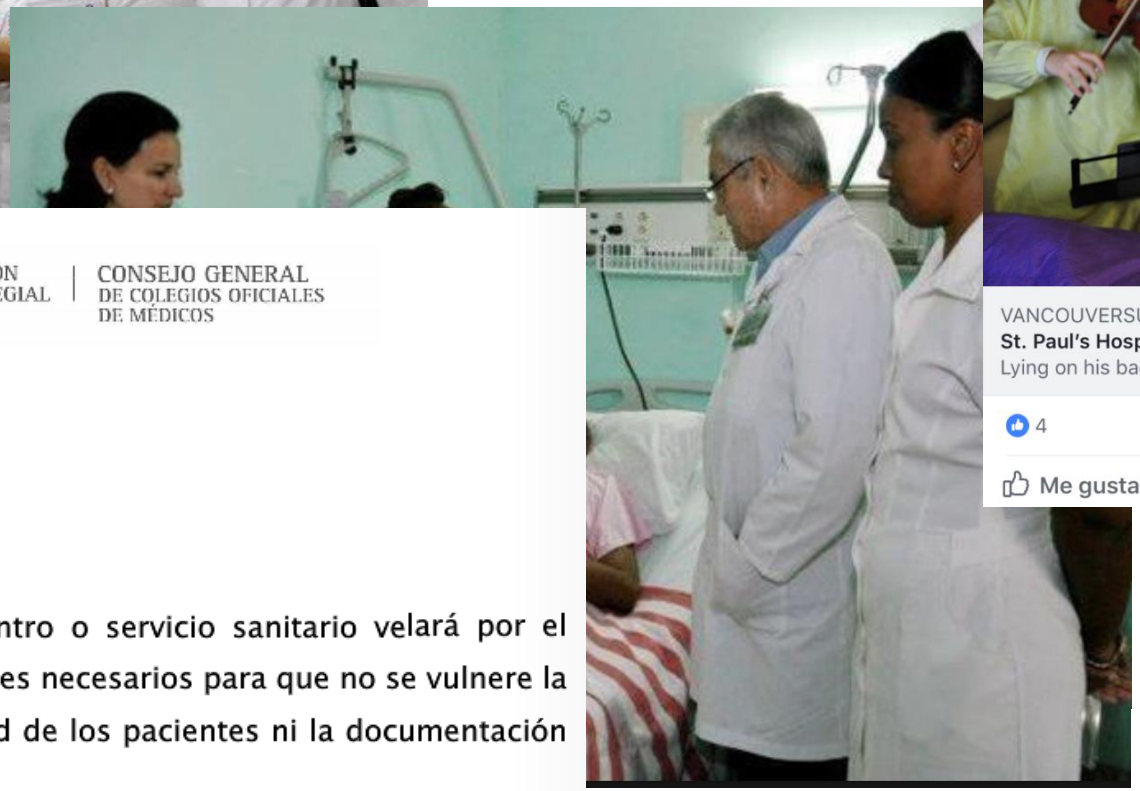


Santiago Feria Perez y 1 persona más

Me gusta Comentar Compartir

EJEMPLO 8: NO PRESERVAR LA INTIMIDAD DE LOS PACIENTES







Maria Teresa Garcia-Baquero Merino ha compartido un enlace.
21 h ·

VANCOUVERSUN.COM
St. Paul's Hospital music therapy relieves pain for palliative patients
Lying on his back in a hospital bed, George Frederick closed his eyes to listen. On the vi...

4 1 vez compartido

Me gusta Comentar Compartir

OMC | ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

Artículo 28

1.- El director médico de un centro o servicio sanitario velará por el establecimiento de los controles necesarios para que no se vulnere la intimidad y la confidencialidad de los pacientes ni la documentación referida a ellos.

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018

:

1. *Las Redes Sociales (RS) proporcionan **nuevas vías de comunicación** con los pacientes, el público en general y otros profesionales de la salud. Sin embargo, es necesario considerar diversos aspectos para garantizar un uso profesional seguro, útil y dentro de la legalidad y de los requerimientos éticos necesarios.*

2. *Configure niveles altos de **privacidad** en las plataformas y webs de las redes sociales. Aún en este caso, debemos tener en cuenta que no toda la información puede protegerse en Internet y lo fácil que resulta acceder a ella.*

3. *Es conveniente garantizar los estándares de **privacidad** y **confidencialidad** de la información de los pacientes, y asegurarnos de que ningún paciente pueda ser identificado por la combinación o la suma de información disponible en la Red. Igualmente, se debe respetar la **propiedad intelectual** de la información y de los contenidos.*

4. *Recordar que **lo que se encuentra online probablemente estará para siempre**, por tanto debemos tener cuidado con lo que decimos y cómo lo decimos.*

5. *Es recomendable **no ofrecer consejos médicos personalizados** en las RS. Si se utilizan para servicios de información general o promoción de la salud, es importante especificar claramente sus objetivos, características de uso y limitaciones. Debería incluirse en el registro de la Historia Clínica Electrónica cualquier interacción relevante que se haya establecido en las RS.*

DECÁLOGO ASOCIACION MEDICA MUNDIAL

6. *En general es prudente **no establecer amistades electrónicas con nuestros pacientes** actuales, sino es en el contexto de una relación médico-paciente. Algunas instituciones indican que si se trata de antiguos pacientes no es recomendable establecer dicha "amistad" online. Es importante **separar** siempre de forma clara los **perfiles y contenidos personales y profesionales**.*

7. *Deben seguirse las **recomendaciones de la organización sanitaria**para la que se trabaja en relación al uso de las RS. Si no están establecidas, debe considerarse seriamente sugerir su implementación lo antes posible, teniendo en cuenta que si es el caso, los servicios realizados en las RS deberían considerarse como un servicio más entre los ofrecidos por dicha organización sanitaria.*

8. *Indicar siempre cuando se está opinando o participando en una RS en representación de la institución para la que se trabaja, y si no es el caso, **manifestar** claramente **que las opiniones son personales**.*

9. *Si se encuentra identificado como médico, es recomendable que las opiniones y afirmaciones vertidas en las RS reflejen **estándares adecuados de conducta y comportamiento profesional**.*

10. *Cualquier forma de **comportamiento inapropiado online** puede potencialmente **dañar la relación médico-paciente y/o con otros colegas**. Debemos ser **respetuosos** también en los comentarios realizados sobre colegas y departamentos e instituciones de salud*

V Congreso Nacional De Deontología Médica

Segovia 2018



OMC

ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

Mesa 4

"ÉTICA Y DEONTOLOGÍA COMO PREVENCIÓN DEL "BURN OUT"

D. Rogelio Altisent Trota
D. Ricardo Abengózar

Modera: Dña. Mª Carmen Pérez Molina-Ramírez


BURN
OUT

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018

Dr. Rogelio Altisent

Director de Proyectos de la Cátedra de Profesionalismo y Ética Clínica de la Universidad de Zaragoza



OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS



"VALORES Y NORMAS : GUÍA Y GARANTÍAS "

Ponencia "Ética y Deontología como prevención del Burn out "

Ponentes :

Rogelio Altisent

Ricardo Abengózar Muela

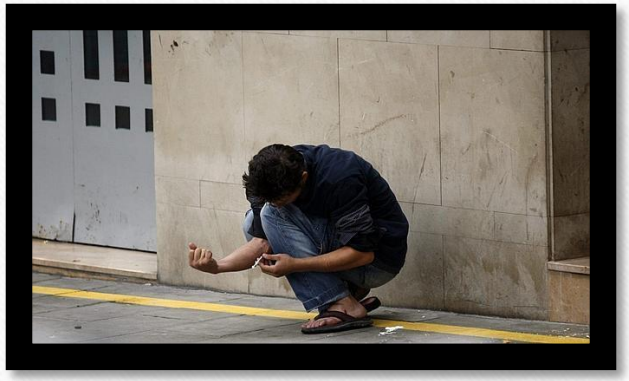
Moderadora :

Carmen Pérez Molina- Ramirez

BRADLEY 1969

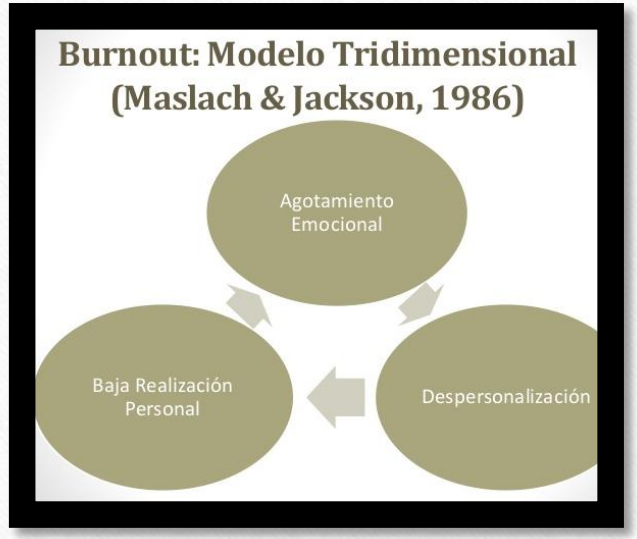


HERBERT FREUDENBERGER
Década de los 70





MASLACH Y JACKSON
Década de los 80





CAUSAS DEL BOURN OUT



Organización



Carácter



Ética





Responsabilidad



Remuneración económica

CONSECUENCIAS DEL BOURN OUT



Drogas



Psicosomático



Aislamiento



Cansancio emocional

BURN OUT



Conflictos

¿Qué causas valoraría más en la génesis del burnout y sus consecuencias, por un lado en los médicos residentes y por otro en los profesionales con años de experiencia?

Causas del *Burnout*

- Falta de formación en aspectos esenciales para el ejercicio de la medicina, más allá de los aspectos científico-técnicos. Desajuste entre la formación técnica recibida y la realidad de la medicina (ciencia o arte)
- El pH de una lágrima
  - Los mayores fuimos víctimas del positivismo
  - Los jóvenes además del Utilitarismo y del Contractualismo
- Dificultades intrínsecas del ejercicio de la medicina en un ambiente exigente y deshumanizado que caracteriza la postmodernidad: hipertrofia de la autonomía (exigencias de paciente y familiares), intereses ideológicos y partidistas, aceptación acrítica de lo políticamente correcto aunque vaya en contra de los fines de la medicina, confusión de lo legal con lo ético, y la existencia mal resuelta de varios "binomios"
  - Profesión / vocación
  - Problema / misterio
  - Tener / ser
- Desequilibrio entre el esfuerzo y las recompensas

El pH de una lágrima



"Cuando creíamos que teníamos todas las respuestas, de pronto, cambiaron todas las preguntas"
Mario Benedetti

"Por favor, no puedo más..."
Y empezó a llorar. Y allí estaba yo en mi primera guardia, con la realidad palpitando descorazonada. Unos ojos con más daños que años me miraban pidiéndome ayuda. Estaba desarmada, intenté recordar algo de lo que había memorizado en la carrera, busqué en mi cabeza algún esquema, alguna clase magistral, y lo único que recordé haber aprendido sobre el sufrimiento fue cuál era el pH de una lágrima. Me sentía indefensa y estafada, como si todos estos años hubiera estado trenzando una honda infinita y me hubieran dado una patada en el trasero para salir del ring, donde me esperaba Goliat. Y no tenía piedras...

Me enseñaron la escala EVA del dolor, pero nadie como consolar el dolor de perder a Eva. Sé dar puntos simples, colchoneros, poner grapas, apósitos, vendas. Ni idea de cómo restañar las heridas que no sangran. Münchhausen, Raynaud, Gilbert, puedo decir muchos nombres de síndromes raros pero se me atascan las frases que empiezan por "lo mejor es que no sufra", "no va a recuperarse", "lo siento". Un milígramo por kilo de peso, 500 mg cada 12 h. ¿Cuánto pesa la culpa?. Se olvidaron de decirme lo más importante, que a veces una sonrisa es analgésica y que el efecto es dosis dependiente y no tiene techo, que una mano en el hombro es el mejor antihistamínico contra la duda y llamar a la gente por su nombre es la benzodiazepina de inicio de acción más corta y de semivida más larga.

Al menos, si el camino es duro, la buena noticia es que estará lleno de piedras.

Sara Yebra Delgado
Residente de 2º año de Med. Familiar y Comunitaria
CS La Calzada II (Gijón - Asturias)

Causas del *Burnout*

- Falta de formación en aspectos esenciales para el ejercicio de la medicina, más allá de los aspectos científico-técnicos. Desajuste entre la formación técnica recibida y la realidad de la medicina (ciencia o arte)
- El pH de una lágrima
  - Los mayores fuimos víctimas del positivismo
  - Los jóvenes además del Utilitarismo y del Contractualismo
- Dificultades intrínsecas del ejercicio de la medicina en un ambiente exigente y deshumanizado que caracteriza la postmodernidad: hipertrofia de la autonomía (exigencias de paciente y familiares), intereses ideológicos y partidistas, aceptación acrítica de lo políticamente correcto aunque vaya en contra de los fines de la medicina, confusión de lo legal con lo ético, y la existencia mal resuelta de varios "binomios"
  - Profesión / vocación
  - Problema / misterio
  - Tener / ser
- Desequilibrio entre el esfuerzo y las recompensas

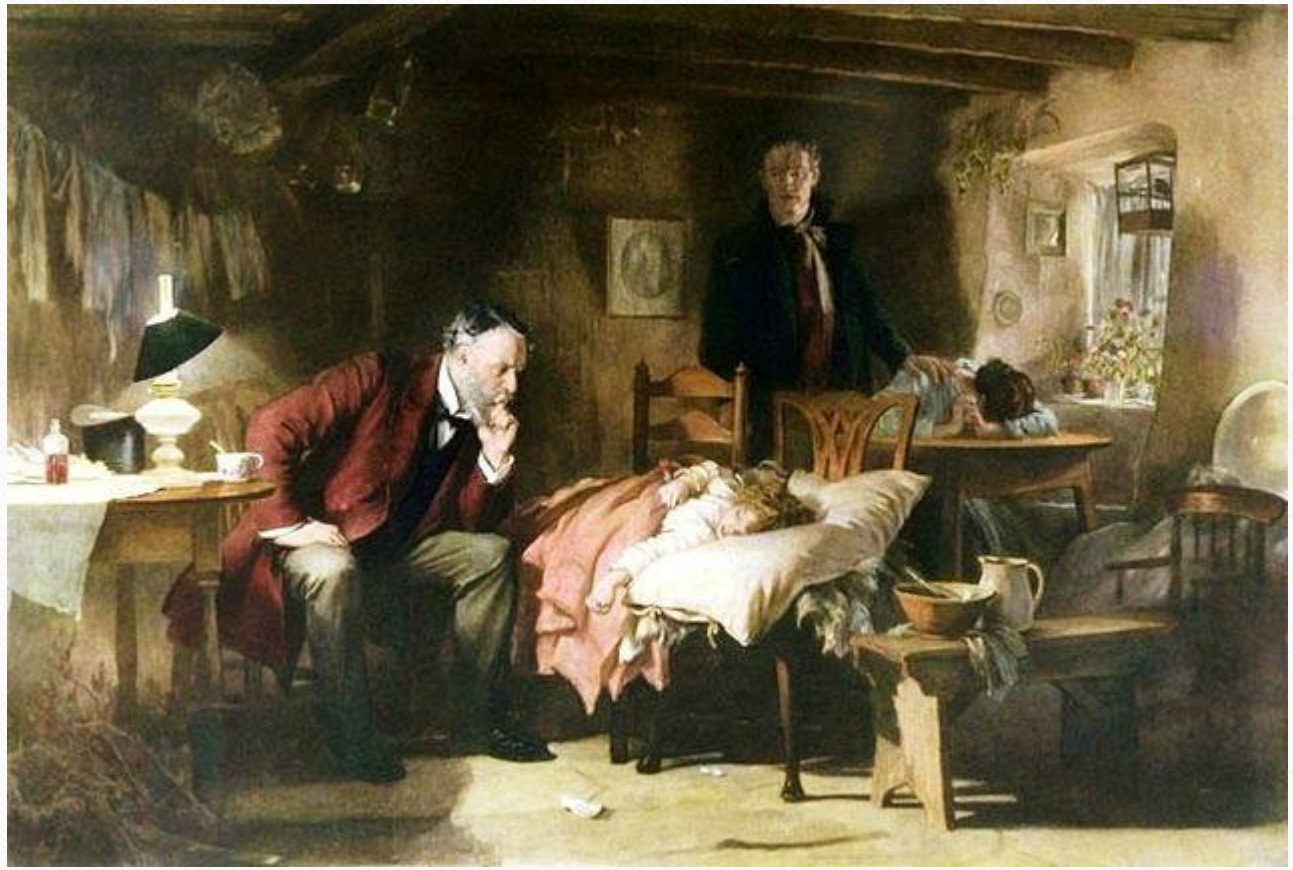
Reflexión epistemológica ¿Qué es la medicina?



El acto médico

No es una acción puramente técnica

Es una relación entre personas



El doctor
S. Luke Fildes, 1891

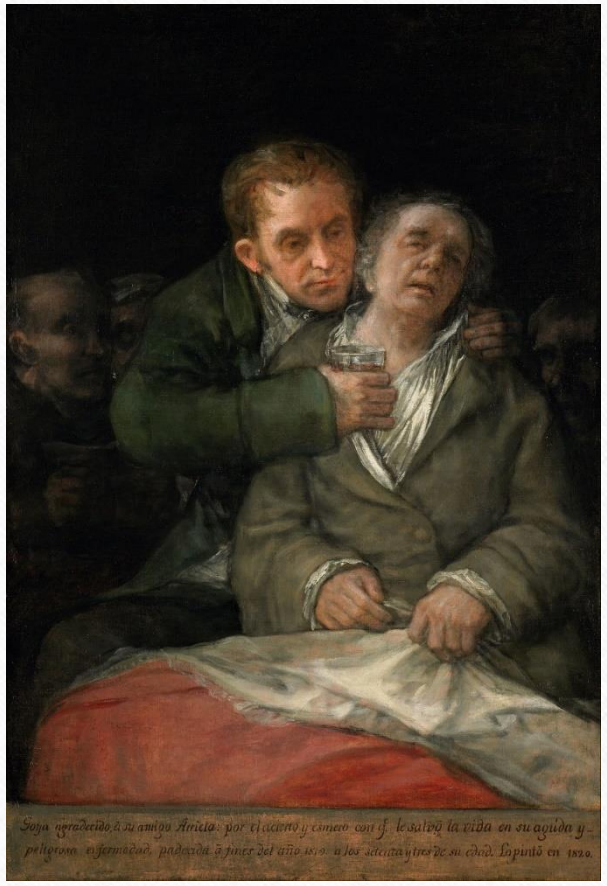
El verdadero enfoque: el encuentro M-P





¿La capacidad de introspección y el autoconocimiento pueden ayudarnos a identificar tanto los factores desencadenantes del *burnout* como nuestras fortalezas y habilidades para así potenciarlas?

Reflexión antropológica



Goya atendido por el doctor Arrieta
F. Goya

- El hombre es apertura, relación, trascendencia
- El hombre es interioridad
- El hombre ha conocer sus límites
- El médico no puede cuidar si no se cuida a sí mismo

Lo que hay más allá de los datos

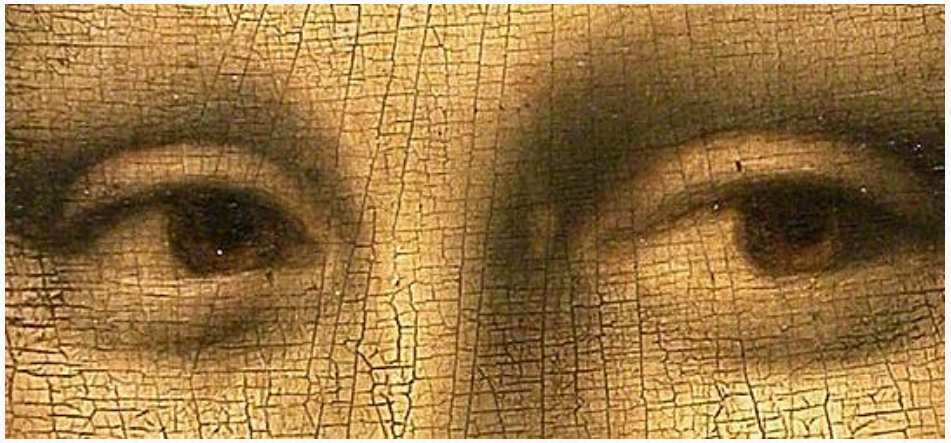


"-Adiós -dijo el zorro-. Este es mi secreto. Es muy sencillo: Sólo se ve bien con el corazón. **Lo esencial es invisible a los ojos.**

-Lo esencial es invisible a los ojos –repitió el principito para acordarse." (96)

Educar la mirada



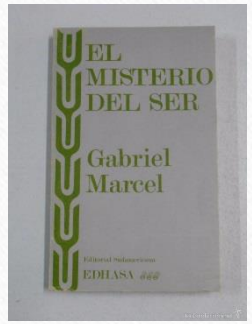


Mirar más allá del problema (Patch Adams)





Las dimensiones de lo real: objetivables y no objetivables



Problema

Misterio

¿Cómo podríamos definir el profesionalismo en la práctica sanitaria? ¿Qué formación pre y post graduada se podría implementar (y de hecho ya se está implementando) para alcanzar esa excelencia profesional?

Profesionalismo

Profesionalismo médico: “Conjunto de principios éticos y deontológicos, valores y conductas que sustentan el compromiso de los profesionales de la medicina con el servicio a los ciudadanos, que evolucionan con los cambios sociales, y que avalan la confianza que la población tiene en los médicos.” (OMC, 2010: 17).

En ese mismo documento se establece que los principios fundamentales del profesionalismo médico incluyen que el ejercicio de la profesión médica exige anteponer los intereses del paciente a los del propio médico, base de la confianza que el paciente deposita en el médico, exigencia que se sustenta entre otros principios por los de **beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.**

Organización Médica Colegial.: Profesión médica. Profesional médico. Profesionalismo médico. Viguera editores. Barcelona 2010:



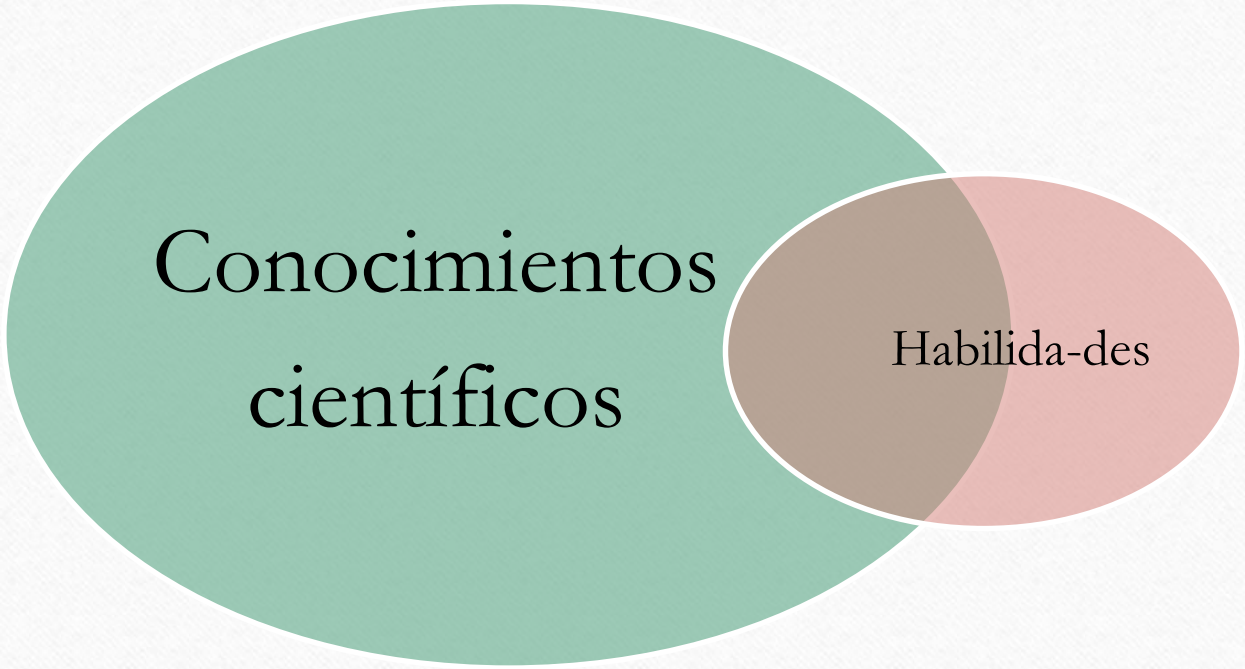


PRINCIPIOS:

- De primacía de bienestar del paciente
- De autonomía del paciente
- De justicia social

1. Project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, European Federation of Internal Medicine. Medical Professionalism in the New Millenium: A Physician Charter. Ann Intern Med 2002; 136: 243-6.
2. Proyecto de la Fundación ABIM, Fundación ACPASIM, Federación Europea de Medicina Interna. La profesión médica en el nuevo milenio: estatutos para la regulación de la práctica médica. Med Clin (Barc) 2002; 118: 704-6.

COMPETENCIAS



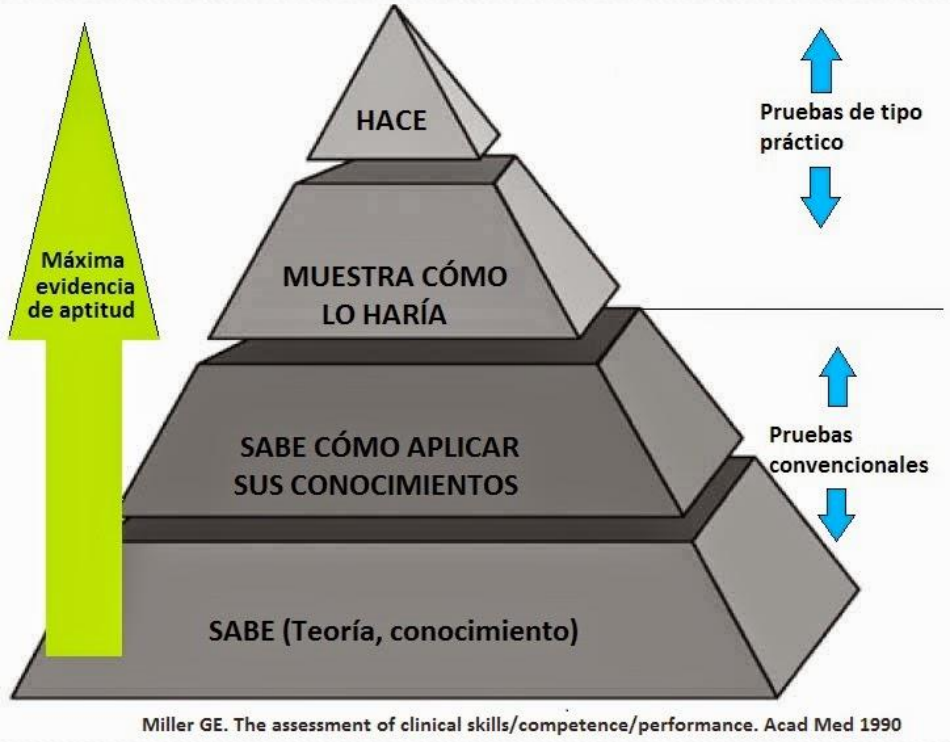
Hoy por hoy, la medicina sigue centrándose en la enfermedad, por lo que el médico sabe mucho más de enfermedad que de salud

Flexner A. Medical education in the United States. A report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching. New York: Carnegie Foundation; 1910.

COMPETENCIAS



Evaluación y aprendizaje



Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. Acad Med 1990

Evaluación de la práctica in vivo: PCs ocultos, video, portfolio, …

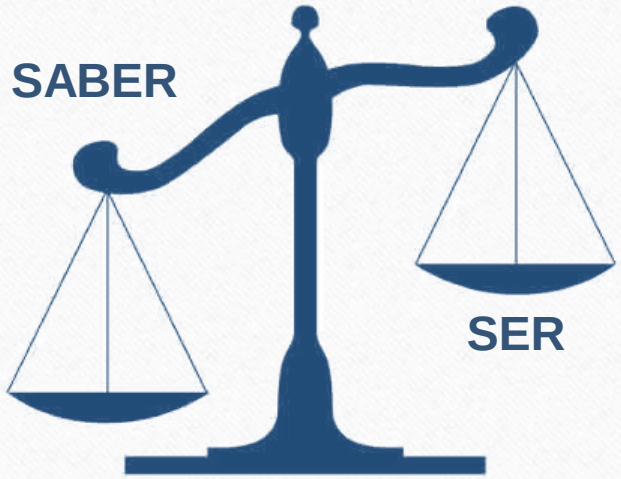
Evaluación de la práctica in vitro: ECOE, test basados en PSs, maniquís

Test basados en contexto clínico: preguntas abiertas, oral

Test de conocimientos: preguntas abiertas, oral…

¿Instrucción o formación?

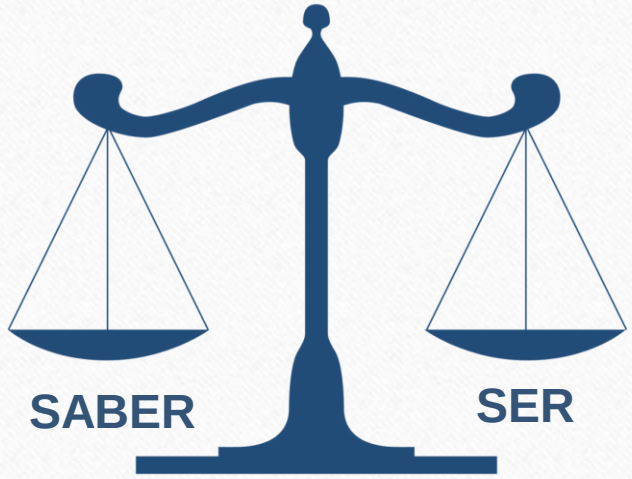
INSTRUCCIÓN





EDUCACIÓN

FORMACIÓN



"Bárbaro" ignorante, científicamente competente

Profesional equilibrado, ética y socialmente responsable, en busca de sabiduría y plenitud personal

FMC

Formación Médica Continuada en Atención Primaria

Suscribirse aquí >>

- Curso 2017 - Emergencias vitales (Parte II)
  Marzo 2017
- Emergencias vitales (Parte I)
  Enero 2016
- Técnicas en dermatología
  Enero 2015
- Radiología de tórax en atención primaria
  Diciembre 2014
- Motivos de consulta agudos en el niño
  Febrero 2014
- Fondo de ojo
  Octubre 2012
- Criterios para una buena prescripción y prevención de los efectos adversos de los medicamentos
  Noviembre 2011
- Conceptos básicos para mejorar la relación con pacientes procedentes de otras culturas
  Diciembre 2010
- Ejercicios y otros recursos de Fisioterapia y Rehabilitación en Atención Primaria
  Diciembre 2009
- Consultas frecuentes en otorrinolaringología
  Diciembre 2008
- Arritmias cardiacas
  Octubre 2007
- Alimentación saludable y dietas terapéuticas
  Noviembre 2006
- Atención al paciente terminal y su familia
  Diciembre 2005
- Presentaciones científicas. Comunicaciones efectivas en Medicina
  Diciembre 2004

e-oncología Formación virtual especializada en cáncer | Acceder al aula virtual | ICO Institut Català d'Oncologia



Biología Molecular y Nuevas Dianas Terapéuticas

Inicio: 01/08/2015 Inscripción: Abierta



Cáncer de Cabeza y Cuello

Inicio: 18/08/2016 Inscripción: Abierta



Cáncer de Mama

Inicio: 18/08/2016 Inscripción: Abierta



Cáncer de Próstata

Inicio: 18/08/2016 Inscripción: Abierta



Cáncer de Pulmón

Inicio: 18/08/2016 Inscripción: Abierta



Cáncer del sistema nervioso central

Inicio: 18/08/2016 Inscripción: Abierta



Cáncer Gastrointestinal

Inicio: 18/08/2016 Inscripción: Abierta



Cáncer Genito-Urinario

Inicio: 18/08/2016 Inscripción: Abierta

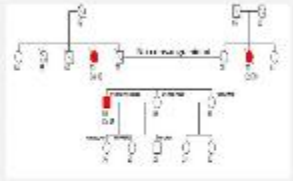
http://www.e-oncologia.org/formacion-medica-continuada/#.Wq4emcsixYd

e-oncología Formación virtual especializada en cáncer | Acceder al aula virtual | ICO Institut Català d'Oncologia



Cáncer Ginecológico

Inicio: 18/08/2016 Inscripción: Abierta



Consejo genético en cáncer

Inicio: 30/05/2017 Inscripción: Abierta



Cuidados continuos. Tratamiento de soporte y cuidados paliativos

Inicio: 08/02/2018 Inscripción: Abierta



Epidemiología y prevención del cáncer

Inicio: 18/08/2016 Inscripción: Abierta



Estadística para oncólogos

Inicio: 18/08/2016 Inscripción: Abierta



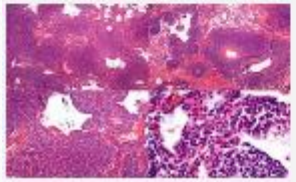
Farmacología Clínica Oncológica

Inicio: 18/08/2016 Inscripción: Abierta



Habilidades Comunicativas

Inicio: 18/08/2016 Inscripción: Abierta



Linfomas y Mielomas

Inicio: 18/08/2016 Inscripción: Abierta

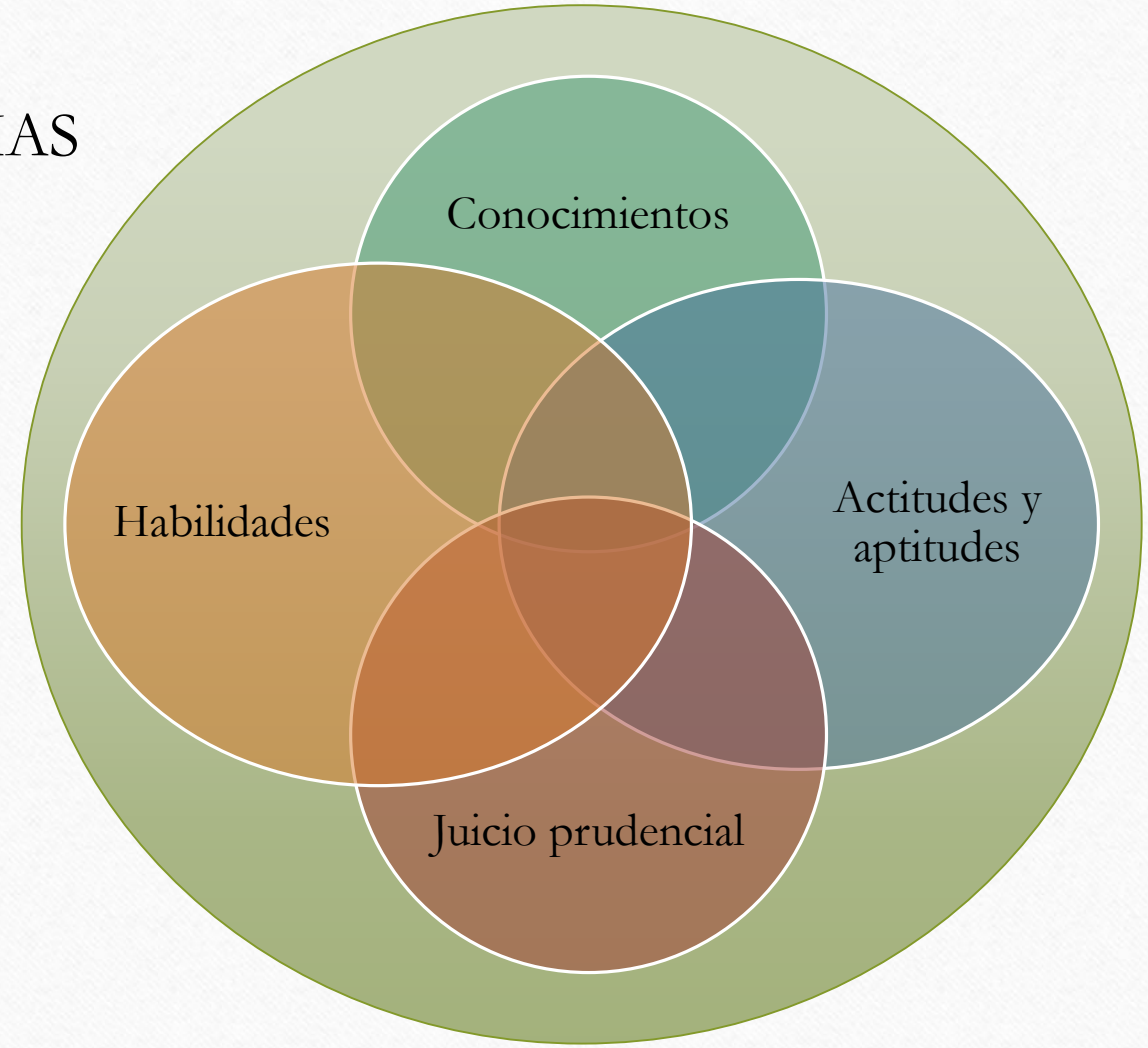
http://www.e-oncologia.org/formacion-medica-continuada/#.Wq4emcsixYd

Cursos Online Acreditados de Alergología



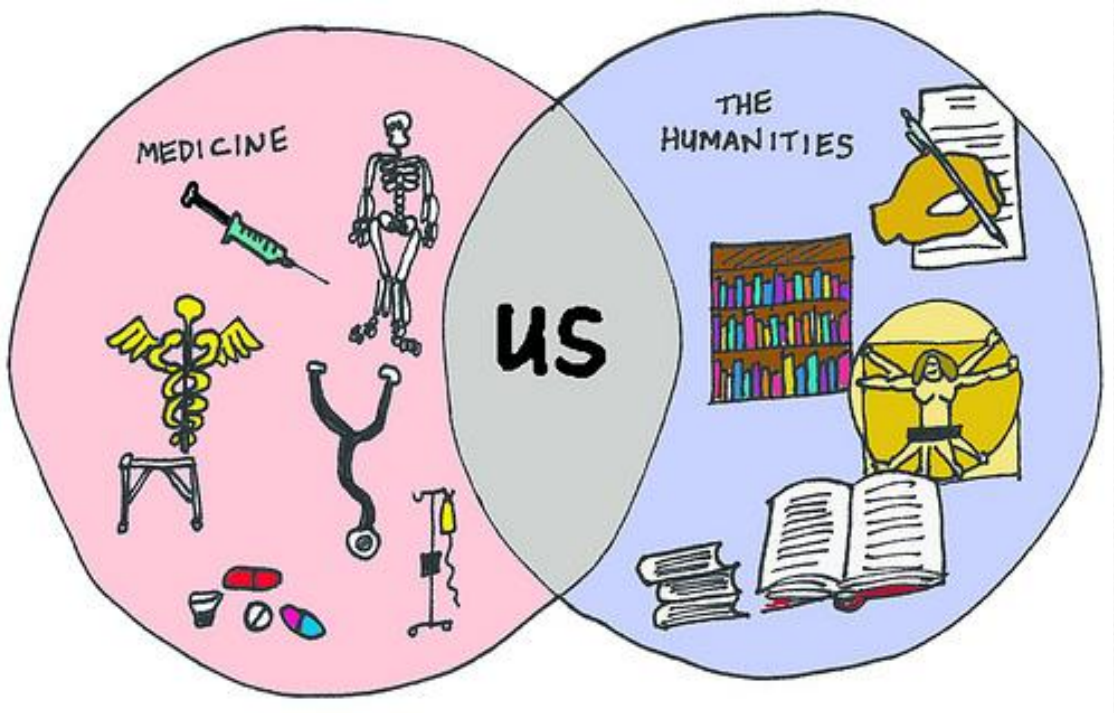
Valores y virtudes

COMPETENCIAS



Y esto…¿cómo se hace?





¿Qué pueden aportar la deontología y la ética para prevenir el *burnout*?

Reflexión ética

No hay ética ni deontología sin fundamentación antropológica





Viejo del Cigarrillo
J. Sorolla

4

4

"Los bebés no son autoconscientes, o capaces de comprender que existen. Ellos no son personas" (...) "la vida de un recién nacido tiene menor valor que la vida de un cerdo, un perro, o un chimpancé".

(Peter Singer. Ethics, 1979 pp. 122-123).



4

Instrumentalización del cuerpo

Desprotección total de estos "cuerpos biológicos"

En el plano ético y jurídico cambian los derechos

Es lícito el infanticidio, la eutanasia, la eugenesia…

- *"estos cuerpos, no siendo ya de ninguna persona o de una mente, al menos en términos laicos generales, deberían considerarse como* ***cadáveres biológicamente vivos****, y en este sentido privados de valor y derechos"*

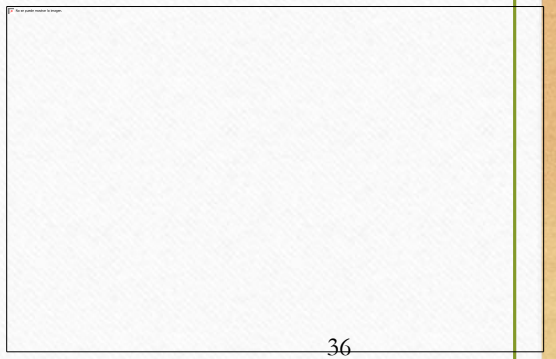
H.T.Engelhardt Jr.

¿Cuál es su dignidad?

- Edad
- Apariencia
- Función
  - Sin brazos y sin piernas
  - Sin inteligencia
  - Sin vista
  - Sin oído
  - Sin posibilidad de hablar
- Estado de pobreza
- Estado de enfermedad







4

Del reconocimiento de lo real se derivan consecuencias

"- Los hombres han olvidado esta verdad – dijo el zorro-. Pero tú no debes olvidarla. Te haces responsable para siempre de los que has domesticado. **Eres responsable de tu rosa…**

-Soy responsable de mi rosa… -repitió el principito para acordarse." (96)

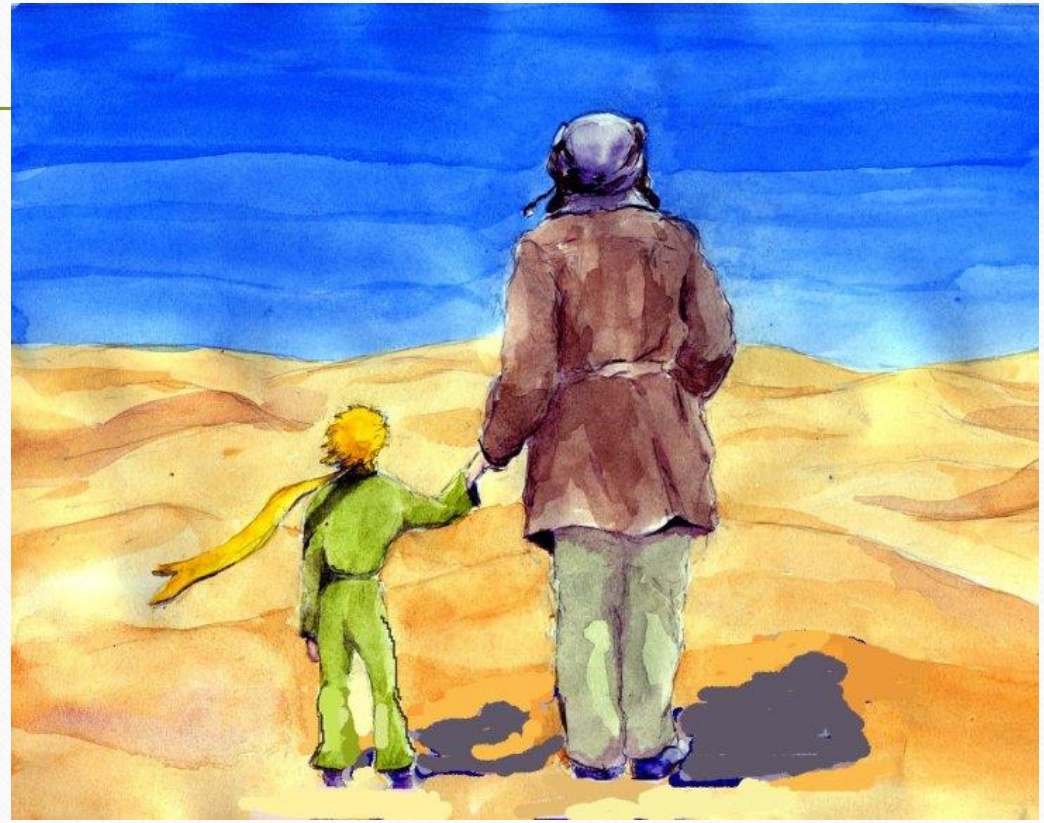


4

Del reconocimiento de lo real se derivan nuestras acciones

"No pudo decir más. Estalló bruscamente en sollozos. Había caído la noche. Yo había soltado mis herramientas. Poco me importaba el martillo, el tornillo, la sed y la muerte. ¡En una estrella, un planeta, el mío, la Tierra, **había un principito que era preciso consolar!**

Lo cogí en mis brazos. Lo mecí. Le decía: «La flor que tú amas no corre peligro… Le dibujaré un bozal a tu cordero… Te dibujaré una armadura para tu flor… Yo…» **Yo no sabía ni qué decir**. Me sentía muy torpe. No sabía cómo llegar hasta él, dónde encontrarlo. Es tan misterioso el país de las lágrimas…" (48, 49).



El acto médico

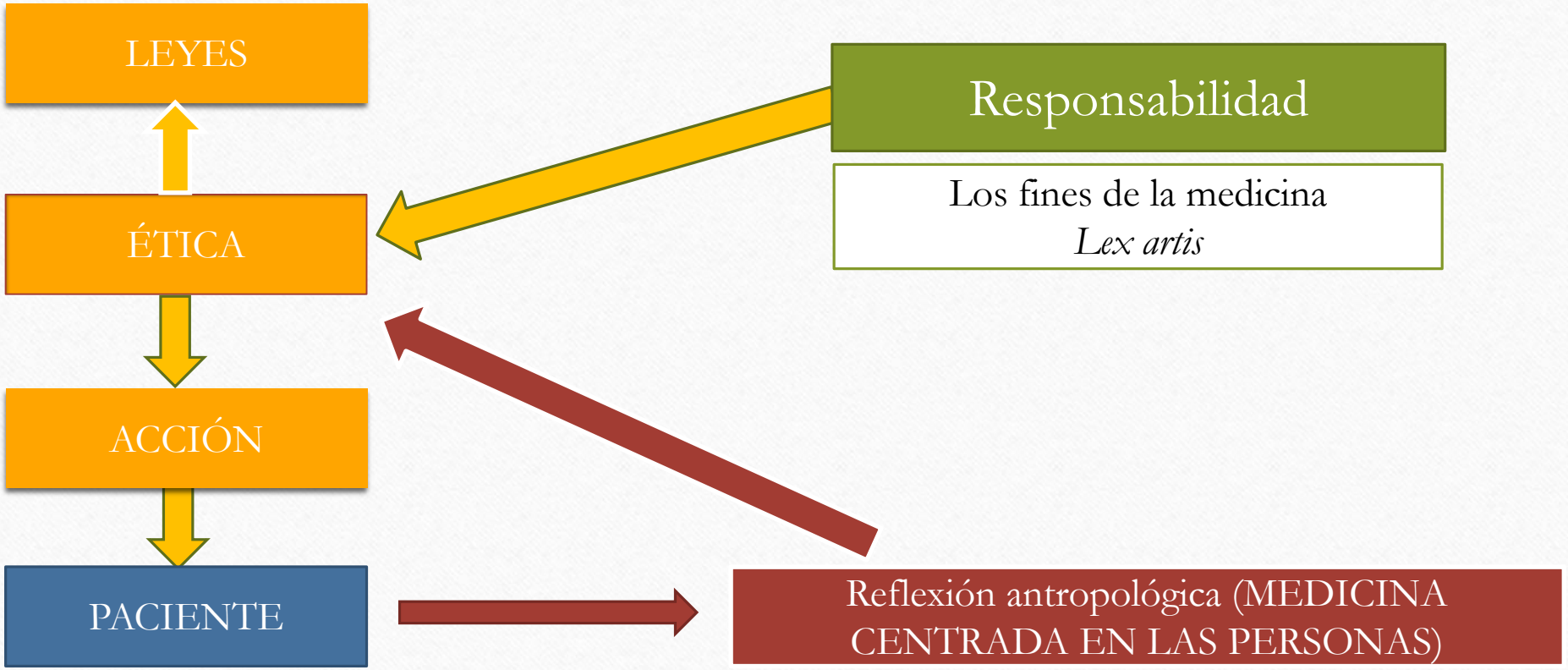
No es una acción puramente técnica

Es una relación entre personas

Es una acción esencialmente moral

El discernimiento moral de los actos médicos es el fundamento mismo del ejercicio de la medicina

El acto médico



Los fines de la medicina

1. La prevención de enfermedades y lesiones y la promoción y la conservación de la salud
2. El alivio del dolor y el sufrimiento causado por enfermedades
3. La atención y la curación de los enfermos y los cuidados a los incurables
4. La evitación de la muerte prematura y la búsqueda de una muerte tranquila

Ser médico es algo más que atender pacientes de forma efectiva

El establecimiento de unas prioridades nuevas
Un proyecto internacional del Hastings Center 2001

Los fines de la medicina

1. La prevención de enfermedades y lesiones y la promoción y la conservación de la salud
2. El alivio del dolor y el sufrimiento causado por enfermedades
3. La atención y la curación de los enfermos y los cuidados a los incurables
4. La evitación de la muerte prematura y la búsqueda de una muerte tranquila

Ser médico es algo más que atender pacientes de forma efectiva

El establecimiento de unas prioridades nuevas
Un proyecto internacional del Hastings Center 2001

Cómo prevenir el *Burnout*

- Fomentar un sentido de **pertenencia a una comunidad moral**, de una profesión milenaria, que comparte desde hace siglos un objetivo: el bien integral del paciente. Sentirse afortunado por pertenecer a esta comunidad moral.
- Ver la profesión como una **vocación de servicio** que nos plenifica. Ver en cada paciente un **nueva oportunidad de don**, de servicio, de crecimiento personal.
- Disfrutar y agradecer el gozo que proporciona ese "encuentro verdadero", y en caso de "desierto" tener la seguridad de que **en el "rostro" del paciente, y solo ahí,** se encuentra el "pozo" que calma la sed, y que nos reorienta hacia una vida plena.

¿Cómo puede la deontología y la ética solucionar este problema?”

Reflexión teleológica



SORDOS





CIEGOS




VOCACIÓN
PROFESIÓN

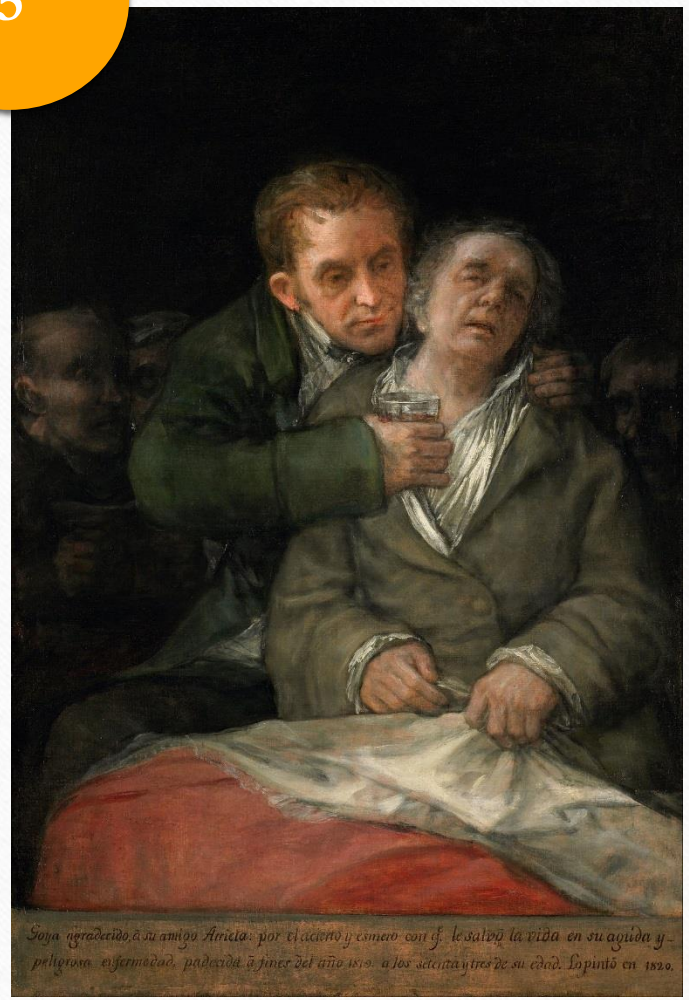


VOCACIÓN DE SERVICIO

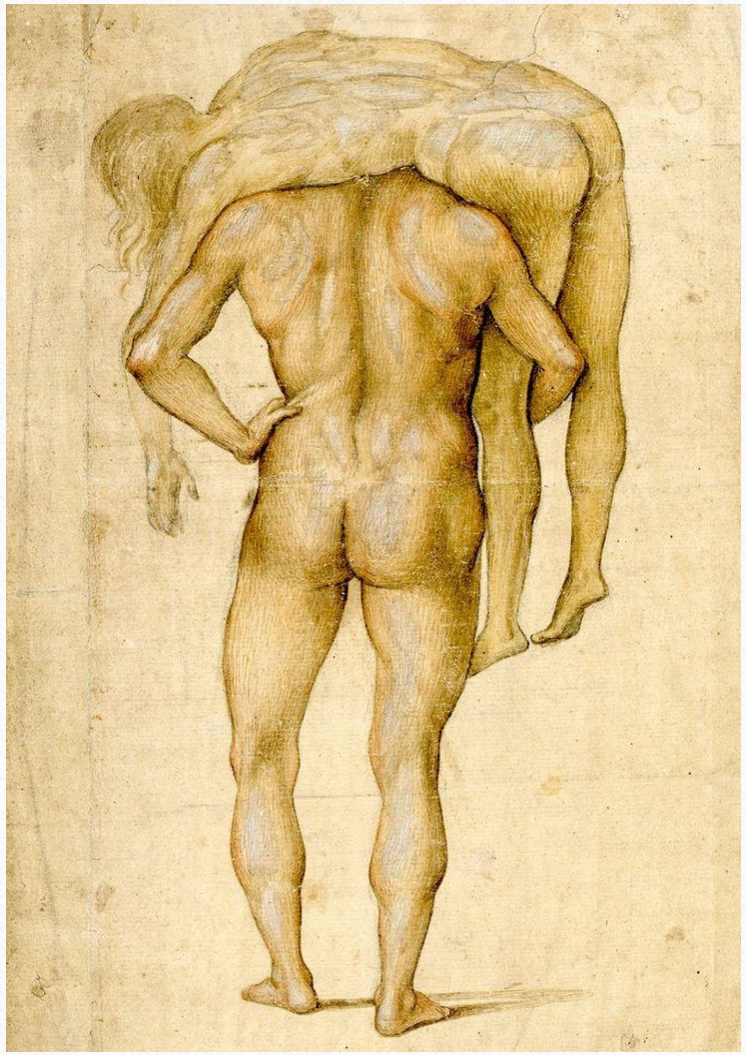
"la verdad sobre el hombre es que éste se afirma más completamente como persona cuanto más se da a sí mismo"

JP II

5



Goya atendido por el doctor Arrieta
F. Goya



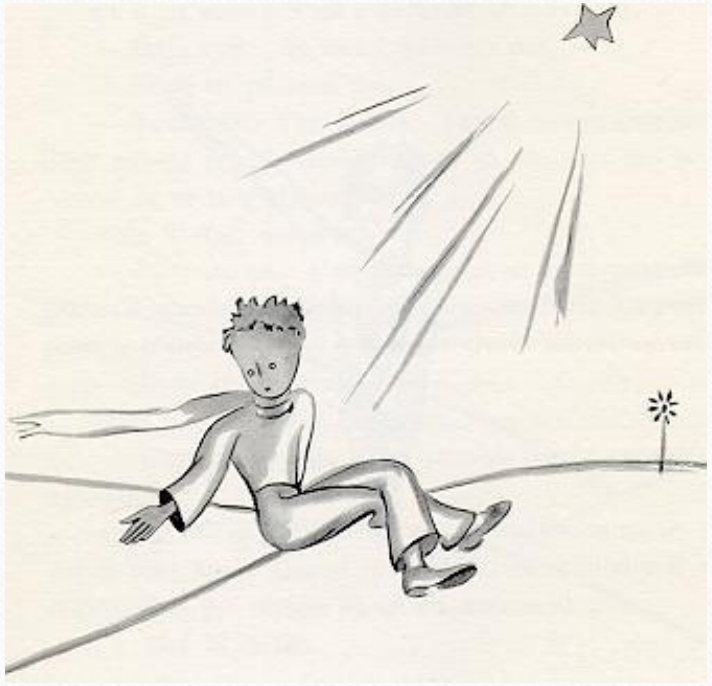
Alegoría de la misión del médico.
Luca Signorelli



Viejo del Cigarrillo
J. Sorolla

Universidad Francisco de Vitoria
UFV Madrid
Instituto de Bioética

Los frutos del “encuentro”



…y los del “no encuentro”



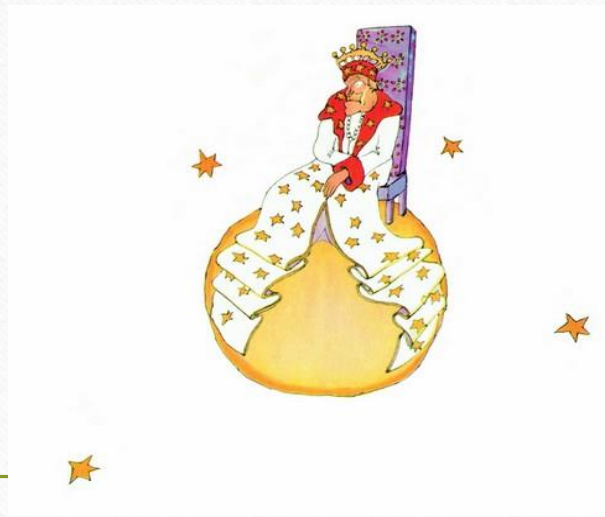


La vivencia de “desierto” y de pérdida del sentido



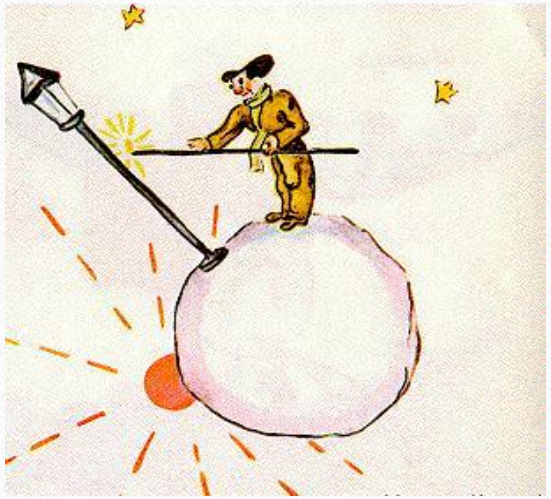
5

Enfoques equivocados











¿Cómo puede la ética y la deontología resolver el problema?

- Reflexión epistemológica: la medicina es más que una ciencia, es un arte.
- Reflexión antropológica: misterio frente a problema
- Reflexión teleológica: recuperar y promover los fines de la medicina y no buscar falsos enfoques

- El comportamiento ético es consecuencia obligada de lo anterior, y sus consecuencias plenifican al médico y le previenen del *burnout*


GRACIAS

V Congreso Nacional De Deontología Médica

Segovia 2018

OMC

ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA

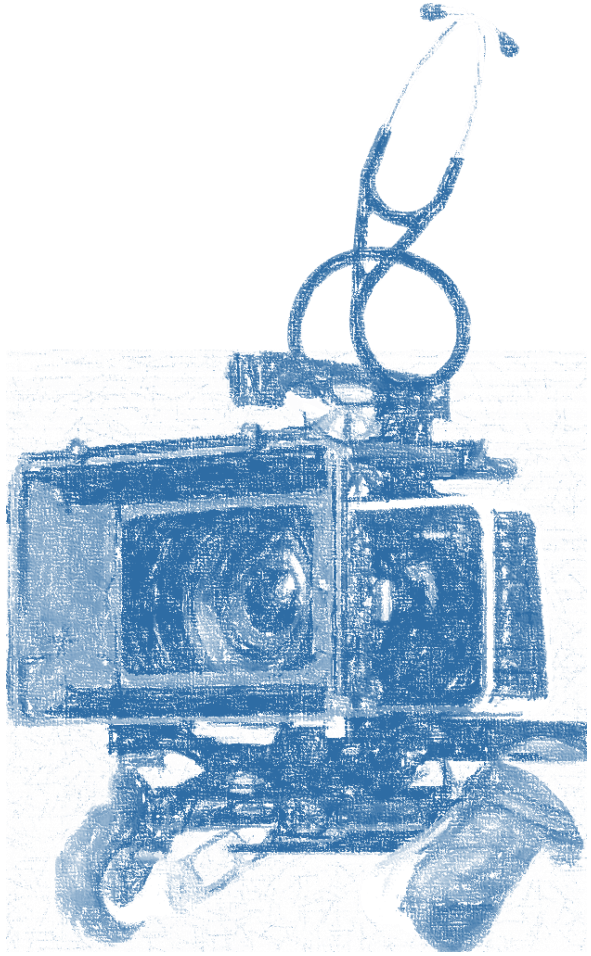
CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

Mesa 5

"EL CINE Y LA MEDICINA: VISIÓN ÉTICA-DEONTOLÓGICA"

D. José Manuel Solla
D. Enrique García Sánchez

Modera: D. Tomás Casado Gómez





EL CINE Y LA MEDICINA
VISIÓN ÉTICA-DEONTOLOGICA

Enrique García Sánchez

25 de mayo de 2018

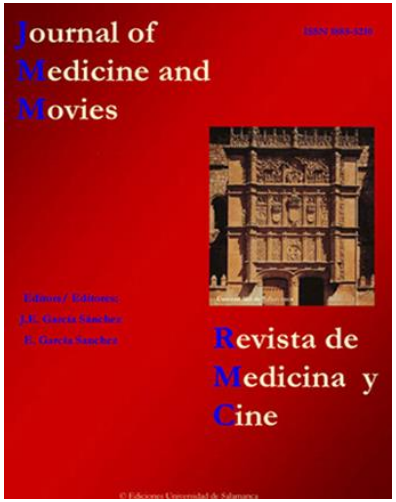
PUNTOS DE ENCUENTRO

ASOCIACIÓN

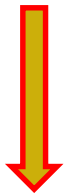
HIJOS DEL MAÍZ







1996



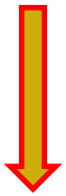
OBJETIVOS

- **Ver cine con otros ojos, inducir una visión sanitaria**
- **Analizar las posibilidades de formación**

EL CINE Y LA MEDICINA

- El cine se nutre de historias humanas
- En las historias humanas el enfermar y la enfermedad juegan un papel muy importante

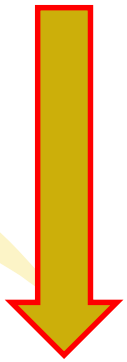
IMPORTANTE



- El cine no es un tratado científico
- Los guiones no siempre se adaptan a la verdad histórica y científica y se cometen excesos

¿Por qué la medicina utiliza el cine?

Cine y televisión



Impacto social

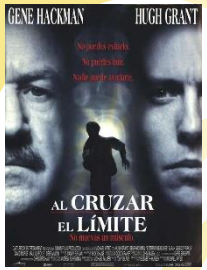
Informar

Divulgar

Formar









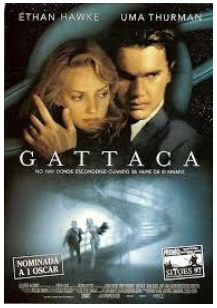
capacidad de comunicación

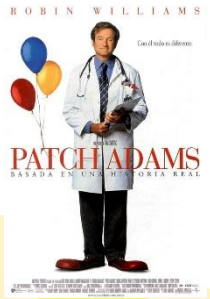
↓

uso adecuado

↓

poderoso medio de comunicación y reflexión









CINE

Respuestas reflexivas y críticas

Problemas cotidianos y avances científicos y tecnológicos

¿QUÉ ASPECTOS SANITARIOS SE ABORDAN EN EL CINE?

ALGUNOS CUADROS FRECUENTES

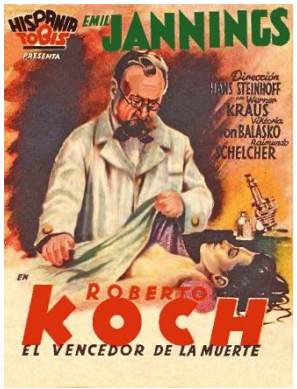
- Historia
- Cáncer
- Infarto
- Hipertensión
- Diabetes
- Obesidad
- Malnutrición
- Depresión
- Demencia
- Parkinson
- ACV

- Hipertrofia próstata
- Osteoporosis
- Artrosis
- Reumatismo
- Alteraciones visuales
- Enfermedades infecciosas
  - Neumonía
  - Gripe
  - Resfriado común
- Bioética
- …/…

BIOPICS

La tragedia de Louis Pasteur (1935)
Docteur Laennec (1949)
Robert Koch el vencedor de la muerte (1939)
La bala mágica del Dr. Ehrlich (1940)
Amor sublime (1946)
…/…











Enfermedades infecciosas



Lepra
Papillón (1973)



Cólera
El husar en el tejado (1995)



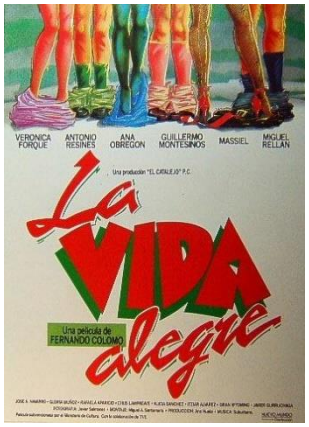
Peste
Pánico en las calles (1950)



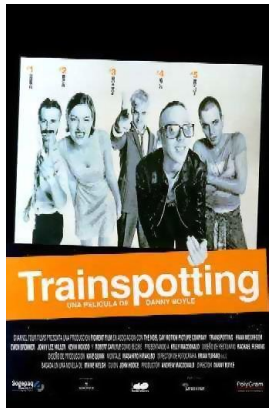
Virus ficticio
Estallido (1995)



Bioterrorismo
Smallpox 2002 - Silent Weapon (2002)



ITS
La vida alegre (1987)



SIDA
Trainspotting (1996)



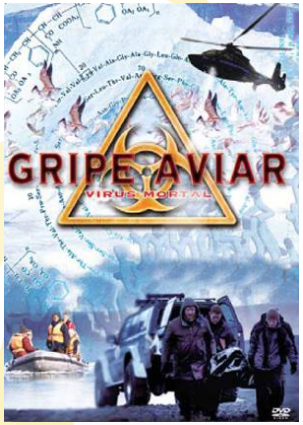
Gripe
En la línea de fuego (1993)



Viruela
La puta del rey (1990)



Epidemia
Contagio (2011)



Gripe aviar
Virus au paradis (2003)



Tuberculosis
Mi vida como un perro (1985)



Resfriado
Descalzos por el parque (1967)

Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño



José Lázaro González Rev Med Cine 4 (2008): 76-85

RMC

La maniobra de Heimlich en el cine comercial

José Lázaro González

Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de la Concha. Complejo hospitalario de Zamora (España).

Correspondencia: José Lázaro González: Avda. Cardenal Cisneros, 39-6º A. 49011 Zamora (España).

e-mail: pplagon@gmail.com

Recibido el 9 de enero de 2007; modificado y reenviado el 10 de noviembre de 2007; aceptado el 27 de diciembre de 2007

Resumen

La maniobra de Heimlich es una técnica que tiene como objetivo desobstruir la vía aérea cuando ésta se encuentra ocupada por un cuerpo extraño. Es una maniobra salvavidas, de forma que, desde que fue descrita, se considera que es la maniobra sencilla (sin medios técnicos) que más vidas ha salvado en el mundo. Fácil de aprender y de utilizar, es una maniobra recomendada en todos los manuales de Soporte Vital Básico (aunque en los últimas guías no se la cita como tal), tanto para personal sanitario como para el no sanitario; siendo de desear que su aprendizaje se extienda más universalmente, sobre todo entre las personas más propensas a tenerla que realizar (sanitarios y primeros intervinientes). Varias películas, con frecuencia comedias, la han incluido en sus argumentos y su conocimiento es importante a la hora de su posible utilización con fines educativos y divulgativos.

Palabras clave: maniobra de Heimlich, OVACE, cine.

Christine (1983) de John Carpenter

Delirios/ Delirious (1991) de Tom Mankiewicz

¿Qué pasa con Bob? (1991) de Frank Oz

Atrapado en el tiempo (El día de la marmota) (1992) de Harold Ramis

Señora Doubtfire, papá de por vida (1993) de Chris Columbus

Ese loco sentimiento (1997) de Carl Reiner

Miss agente especial (2000) de Donald Petrie

El caballero negro (2001) de Gil Junger

Las seductoras (2001) de David Mirkin

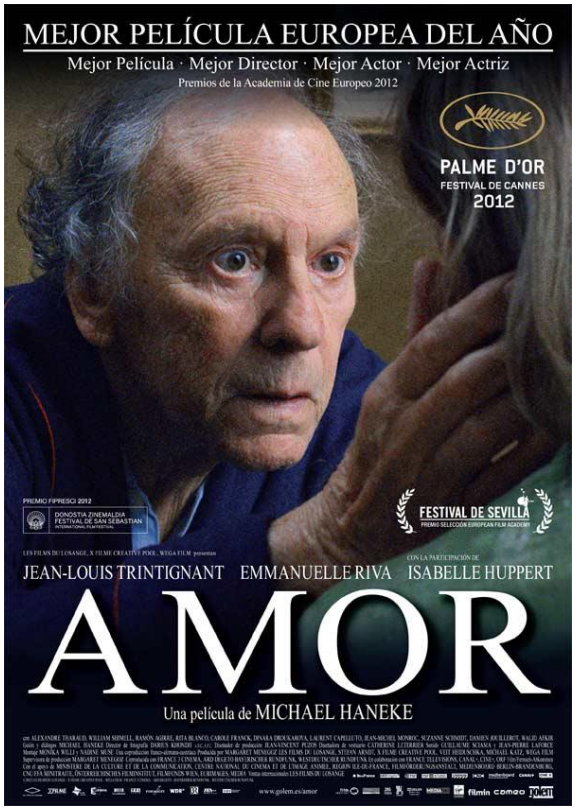
Mr. Deeds (2002) de Steven Brill

Infarto de miocardio

Georges y Anne, con ochenta años cumplidos, son dos profesores de música clásica jubilados que viven en París.

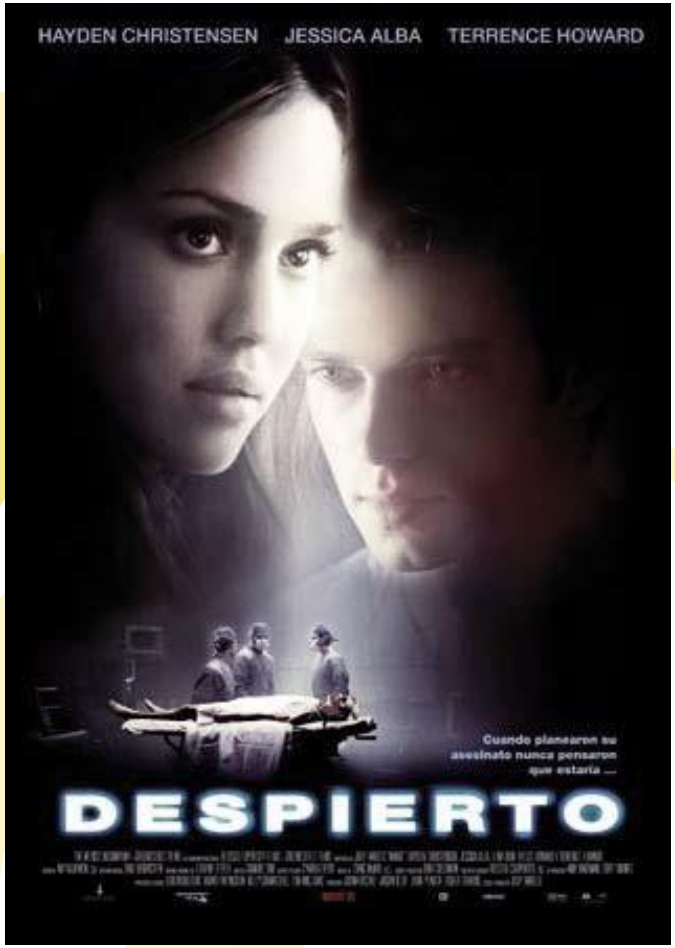
Un día, Anne sufre un infarto. Al volver del hospital, un lado de su cuerpo está paralizado. El amor que ha unido a la pareja durante tantos años se verá puesto a prueba

Tomado de FilmAffinity



2012

Trasplantes



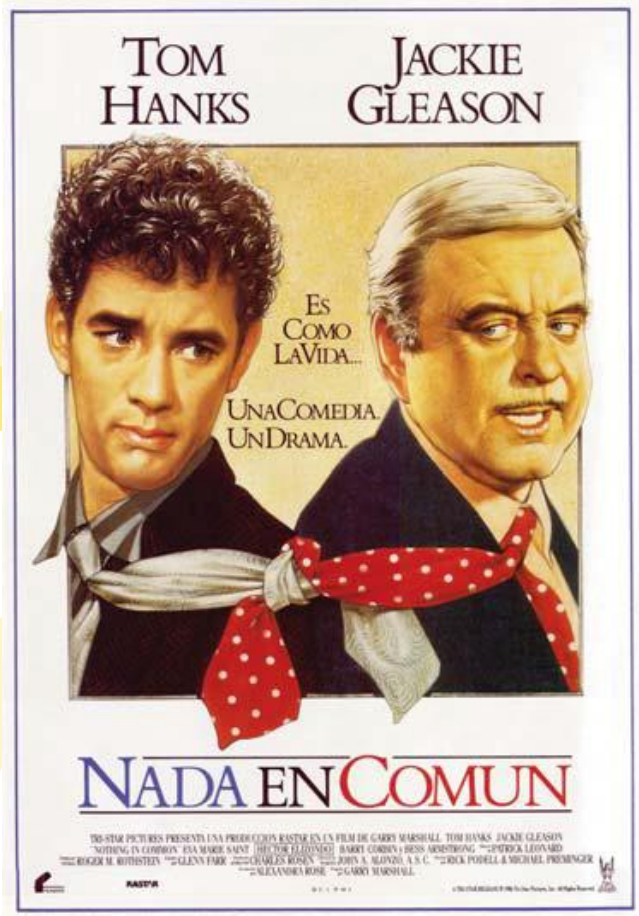
2007

Clay Beresford es un joven multimillonario que debe someterse a un trasplante de corazón. Para ello, deja que su mejor amigo, el doctor Jack Harper, sea el encargado de realizar la operación.

Durante la intervención, Clay experimenta un extraño fenómeno que le hace estar consciente y completamente paralizado mientras le operan.

filmaffinity

Diabetes: pie diabético

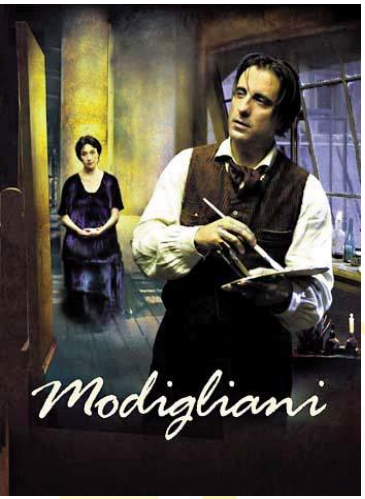


1986





Artritis reumatoide



Modigliani (2003)

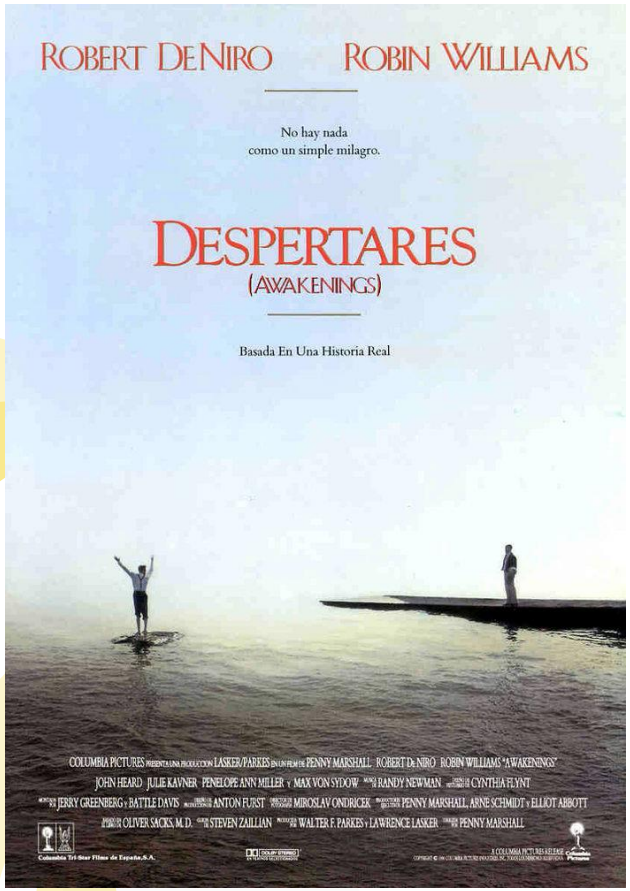






Renoir padece una artritis reumatoide

Encefalitis letárgica postgripal



Despertares **(1990)**



Epidémica entre 1915 y 1926

Alzheimer



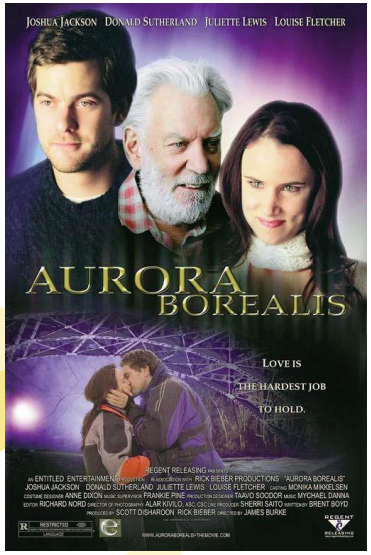
(2007)

¿Y tú quién eres?

Los Rivero se van de vacaciones, dejando en Madrid a su hija Ana, que está preparando oposiciones, y al abuelo Ricardo (Manuel Alexandre), al que llevan a una residencia. Allí, Ricardo, se hará muy pronto amigo de Andrés (López Vázquez), su compañero de habitación. Juntos evocarán tiernos y divertidos episodios de su juventud. Pero, a medida que pasa el verano, el mal de Alzheimer acechará cada vez más a Ricardo.

Tomado de FilmAffinity

Parkinson



(2005)

Aurora borealis

La vida de Duncan Shorter (Joshua Jackson) transcurre intentando conseguir trabajo y cuidando de su abuelo Ronald (Donald Sutherland) que padece la enfermedad de Parkinson, gracias a este conoce a Kate (Juliette Lewis) la enfermera que lo cuida en su domicilio.

Tomado de FilmAffinity



Temblor de reposo, asimétrico, rigidez, inestabilidad postural,



Esclerosis múltiple



(2009)

Edie & Thea: Un largo compromiso

Documental filmado durante los dos últimos años de vida de Thea Windsor, quien sufría esclerosis múltiple.

Edie Windsor y Thea Spyer se conocieron en Nueva York en los años sesenta. En 1993 pudieron registrarse como pareja de hecho y catorce años más tarde, se casaron en Canadá. Habían estado esperando este momento durante 42 años. Batalladora y encantadora pareja de lesbianas que cuentan, a través de sus fotos, su historia de amor.

Tomado de FilmAffinity

Esclerosis lateral amiotrófica



2014

Recreación de la vida de Stephen Hawking (Eddie Redmayne) desde 1963, cuando se encontraba en Cambridge para realizar su tesis doctoral, hasta que fue nombrado caballero por Isabel II y se vislumbra el fin de su primer matrimonio. En 1963 conoce a la que sería su primera mujer, contrapunto femenino de la historia, y se le manifiesta la enfermedad. Este proceso, que comenzó tempranamente, no acabó con su existencia en poco tiempo, como suele ser habitual.

Tomado de FilmAffinity

Alcoholismo



Mañana lloraré (1955)

Basada en la autobiografía de la actriz y cantante Lillian Roth (Susan Hayward), que conquistó el estrellato en Hollywood, siendo una adolescente; también fue fulgurante su descenso a los infiernos del alcoholismo, al no poder superar la muerte del que iba a ser su marido.

Tomado de FilmAffinity

Cáncer



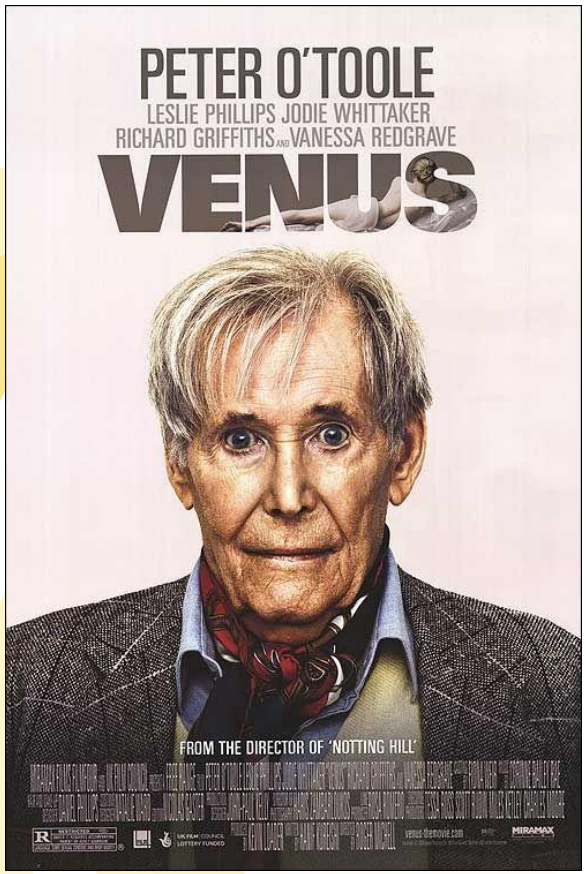
1952

Vivir (IKIRU)

Kanji Watanabe es un viejo funcionario público que arrastra una vida monótona y gris, sin hacer prácticamente nada. Sin embargo, no es consciente del vacío de su existencia hasta que un día le diagnostican un cáncer incurable. Con la certeza de que el fin de sus días se acerca, surge en él la necesidad de buscarle un sentido a la vida.

Tomado de FilmAffinity

Patología prostática



2006

Venus

Es una película sobre la vejez humana. Escudriñada a través de la vida de tres ancianos. Maurice, el protagonista, se reúne desde hace tiempo por las mañanas en un café de Londres con Ian y Donald. Maurice oculta a sus allegados su enfermedad por el *odio a la compasión*.

En una revisión, aparentemente rutinaria, su médico le realiza un tacto rectal en el que descubre una próstata patológica.

Maurice ingresa para que le realicen una prostatectomía.

La cinta resalta la práctica de despistaje del cáncer de próstata en personas mayores y el valor del tacto rectal.

Tomado de FilmAffinity

Atención sanitaria



La muerte del Sr. Lazarescu

De noche, solo en casa, el Sr. Lazarescu comienza a sentirse mal. Su decisión de llamar a una ambulancia será el inicio de una angustiosa odisea. De hospital en hospital, se irá enfrentando a diagnósticos contradictorios y a médicos fríos e impasibles, mientras el tratamiento para su cura es retrasado incesantemente . El Sr. Lazarescu descenderá, poco a poco, a los abismos de la noche en Bucarest.

Tomado de FilmAffinity

2005



El director plasma el último peregrinaje (de un hospital a otro) de un hombre que padece la deshumanización del sistema de salud. Un mundo donde reinan la indiferencia, la burocracia, la desgana y el desinterés por el prójimo, pero también alberga gestos de compasión y destellos de solidaridad.

Atención sanitaria



2010



Cuidadores

Los familiares de personas con enfermedades degenerativas se reúnen varias veces a lo largo de año y medio. En esos encuentros hablan de sus temores, de sus experiencias y, sobre todo, aprenden a relativizar las duras y, a veces, embarazosas situaciones que deben afrontar cada día.

Los miembros del grupo son conscientes de su inestabilidad emocional y de su necesidad de ser escuchados. Al mismo tiempo, el seguimiento personalizado de cada uno de estos cuidadores en sus propios domicilios permite reflejar su realidad personal, familiar y social.

Tomado de FilmAffinity

Muerte súbita y muerte prematura

***Un grito en la noche* (2000)**

Al día siguiente de nacer, el hijo de Angie Russ muere de forma súbita





***Una vida prematura* (1993)**

- **Relata los sufrimientos de los padres de una niña prematura de 25 semanas de gestación.**
- **Tras un parto normal, el bebé debe permanecer en el hospital durante varios meses en estado grave.**
- **La condición clínica no evoluciona adecuadamente y la situación llega a ser insostenible.**

El sufrimiento

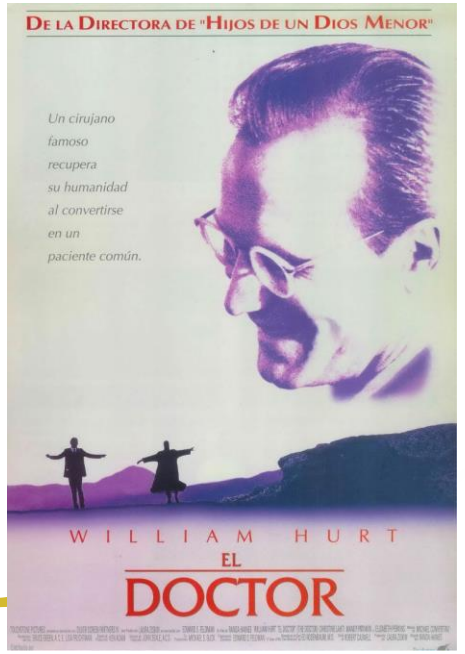


***La escafandra y la mariposa* (2007)**

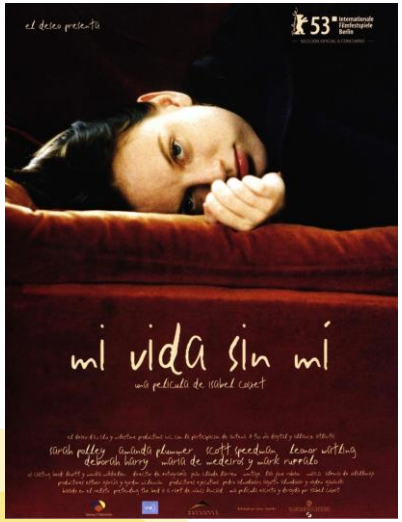
- **Jean-Dominique Bauby, redactor jefe de *Elle*, sufrió en 1995 un síndrome de cautiverio cerebral al padecer una lesión en el tronco encefálico. Tras recuperarse del coma, su único medio de comunicarse con el exterior fue el parpadeo de su ojo izquierdo.**
- **Se pone de manifiesto el sufrimiento, el deseo de vivir, el entorno familiar cariñoso, los cuidados paliativos (médicos, enfermeras, logopedas)**

***El doctor/ The Doctor* (1991)**

- **El médico toma la propia medicina y comprende el sufrimiento de los pacientes y la deshumanización**
- **Hay un personaje secundario, una mujer, con la que establece relación el protagonista, que sufre un cáncer terminal testigo de las quejas del doctor, como paciente.**



Cuidados paliativos



Mi vida sin mí (2003)

- **A sus 23 años Ann tiene dos hijas, un marido, unos padres disfuncionales y un trabajo de limpiadora en la universidad.**
- **Su existencia se viene abajo cuando le diagnostican un cáncer de ovario bilateral metastásico.**
- **Sólo le quedan unos meses de vida. Decide mantenerlo en secreto y hacer lo que considera necesario antes de morir.**



Comunicar malas noticias



Cuidados paliativos



Testamento vital



Aceptación, autonomía

Tratamiento experimental

Mi vida (1993)

- **A Bob Jones le cambia la vida al saber que su esposa espera un hijo y al conocer que padece un carcinoma renal con metástasis pulmonares, por el que probablemente no le conocerá. Por ello decide grabarle sus sentimientos**
- **Aspectos a destacar:**
  - **Tratamiento experimental**
  - **Aceptación**
  - **Sufrimiento**
  - **Cuidados paliativos domiciliarios**



Eutanasia/ Suicidio asistido



Million Dollar Baby (2004)

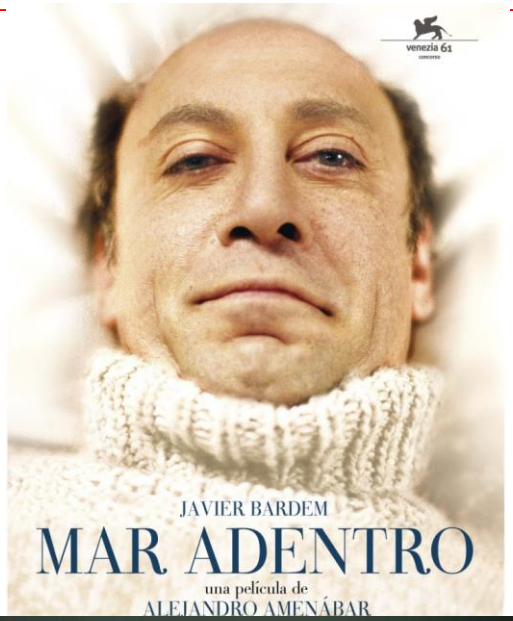
- En transcurso de un combate de boxeo Maggie Fitzgerald queda tetrapléjica y desea morir.
- El peso de la responsabilidad abruma a su entrenador, Frankie Dunn.





Mar adentro (2004)

- La vida se hace insoportable para Ramón Sampedro tras quedar tetrapléjico y permanecer encamado casi treinta años.





Suicidio



***Muerte de un viajante* (1985)**

- **"William Loman siempre soñó con el éxito para él y para su familia, pero llegado a la madurez ve que sus deseos no se han cumplido, más bien todo lo contrario, su vida es un fracaso, acaban despidiéndole de su trabajo de viajante, y sus dos hijos, en los que había puesto tantas esperanzas, son un desastre".**
- **"El hijo mayor es un cleptómano, que no le soporta por sus pasadas infidelidades y el pequeño es un mujeriego fantasioso".**
- **"La idea del suicidio empieza a rondar la mente de Loman".**
- **Desastre laboral y familiar --> suicidio**

El duelo

***Tierras de penumbra* (1993)**

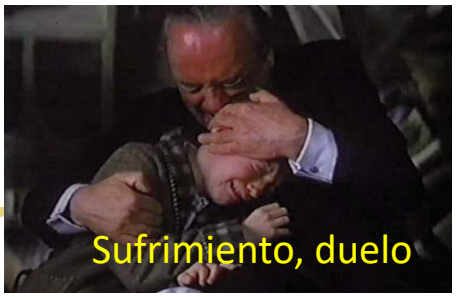
- **”Biopic” sobre el amor entre el escritor británico C.S. Lewis (*Las crónicas de Narnia*), profesor de literatura de Oxford, y la poetisa estadounidense Joy Gresham, que acaba con la muerte de ésta por un cáncer óseo.**







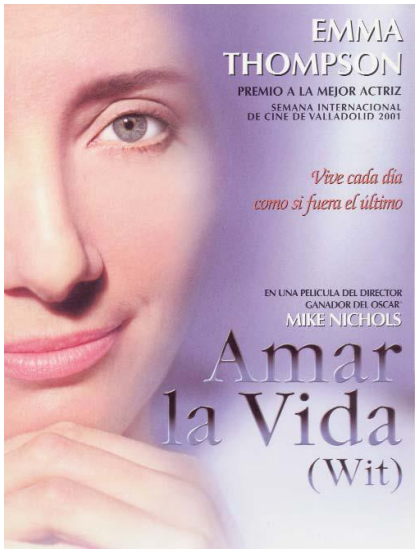




Fases del duelo

***Amar la vida* (2001)**

- **Vivian Bearing es profesora de literatura inglesa, experta en John Donne**
- **Padece un *cáncer ovárico metastásico avanzado***
- **Fases de Kübler-Ross:**
  - **Negación**
  - **Ira**
  - **Negociación**
  - **Depresión**
  - **Aceptación**
- **Quimioterapia experimental**
- **Sufrimiento físico y psíquico**
- **Deterioro**
- **Cuidados paliativos**
- **No encarnizamiento**
- **Soledad**



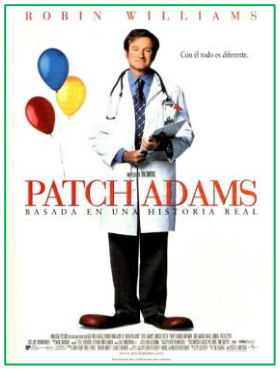




BIOÉTICA Y CINE

Relación clínica

El doctor
El doctor Arrowsmith
No serás un extraño
Patch Adams
Planta cuarta
…/…



Vivencia de la enfermedad

El hombre elefante
Elling
La escafandra y la mariposa
…/…



Relación con la enfermedad

Johnny cogió su fusil
Mi pie izquierdo
…/…



Inicio y final de la vida

Las normas de la casa de la sidra
El secreto de Vera Drake
Mar adentro
Million dollar baby
Las invasiones bárbaras
Mi vida sin mí
…/…



Investigación

A corazón abierto
Al cruzar el límite
Gattaca
El experimento Tuskegee
…/…





ALGUNAS EXPERIENCIAS

RMC

Bioética clínica y narrativa cinematográfica

Antonio Blanco Mercadé

Servicio de Otorrinolaringología del Hospital de León. Comité de Ética Asistencial del Área de Salud de León (España).

Correspondencia: Antonio Blanco Mercadé. Hospital de León. 24071 - León (España).

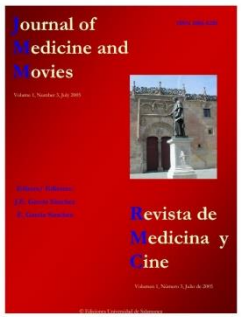
e-mail: ablame@ono.com

Recibido el 28 de enero de 2005; aceptado el 22 de abril de 2005

Resumen

La relación clínica se establece para conseguir la curación o el alivio de un enfermo concreto. El médico está acostumbrado a tomar decisiones técnicas en condiciones de incertidumbre, pero maneja peor aquellos casos en los que se presenta un conflicto de valores y las decisiones que tiene que tomar son de carácter ético. Entonces la bioética clínica puede ayudar, por medio de la reflexión filosófica y la deliberación, a tomar las mejores decisiones, de ellas que son más prudentes. La enfermedad es para el ser humano una experiencia biográfica en el contexto de su propia vida y, al igual que esta, tiene una estructura narrativa. El cine puede transmitir conocimientos y despertar sentimientos en el espectador, quien a su vez interpreta la narración desde sus experiencias previas al tiempo que se siente afectado por ella y la incorpora a su vida como una experiencia propia más. El cine refleja muy bien la concreción, las circunstancias y el contexto individual y social en que ocurren las cosas y demuestra ser un medio idóneo para describir la enfermedad como experiencia individual y como fenómeno social, no sólo como un hecho biológico o una entidad nosológica abstracta.

Palabras clave: bioética, narrativa, enfermedad, clínica, cine.



RMC

El cine en la docencia de la medicina: cuidados paliativos y bioética

Wilson Astudillo Alarcón[1] y Carmen Mendinueta Aguirre[2]

[1]Centro de Salud de Bidebieta-La Paz. San Sebastián y [2]Centro de Salud de Astigarraga. Gipuzkoa (España).

Correspondencia: Wilson Astudillo Alarcón. Bera Bera 31, 1º Izda. 29009, San Sebastián (España).

e-mail: wastu@euskalnet.net

Recibido el 10 de diciembre de 2006; aceptado el 20 diciembre de 2006

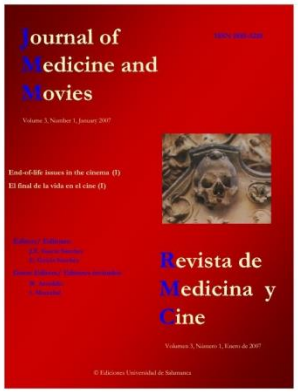
Resumen

El cine, como escaparate de la vida humana y de sus avatares, es una herramienta muy valiosa para el estudio de aquellas situaciones más trascendentales para el ser humano: el dolor, la enfermedad y la muerte. Su idiosincrasia y características (carácter lúdico, impacto sensorial y emocional, etc.) lo dotan de "habilidades formativas" en muchas situaciones insuperables siempre y cuando esté respaldado por una definición de objetivos rigurosa y un diseño docente lógico, coherente y estructurado.

En este sentido, el abanico de películas útiles en educación médica es amplísimo, tanto que es difícil no sólo realizar una compilación de títulos y tramas, sino fundamentalmente realizar una selección de aquellas que abordan a la enfermedad desde perspectivas interesantes para la docencia. En el presente artículo se hace hincapié en dos aspectos fundamentales de la medicina actual, con múltiples zonas de contacto e intersecciones: las enfermedades –y pacientes- terminales y la bioética. En el primer caso se analizan películas repletas de elementos humanos y científicos que las convierten en instrumentos docentes sumamente atractivos tanto para el estudio amplio y profundo de diferentes enfermedades terminales como para el análisis de su impacto individual y colectivo: *El Doctor/ The Doctor, Amar la vida/ Wit, Vivir/ Ikiru, Volver a empezar, Las invasiones bárbaras/ Les invasions barbares, La habitación de Marvin/ Marvin's Room, Patch Adams* o *Planta 4ª.*

El segundo tema abordado, la bioética, es imprescindible en la práctica médica y posiblemente ostenta un mayor peso específico en el campo de los cuidados paliativos. Como elemento facilitador de la toma de decisiones subyace en temas tan candentes como la eutanasia, el suicidio asistido, la responsabilidad del médico, etc., magníficamente plasmados en películas como *El experimento Tuskegee/ Miss Evers´Boys, Philadelphia, El fugitivo/ The fugitive, El jardinero fiel/ The constant gardener, Million dollar Baby* o *Mar adentro.*

Palabras clave: enseñanza de la medicina, final de la vida, bioética, cuidados paliativos.



R M C

El primado de la autonomía en *Mi vida sin mí* (2002): un ejemplo de metodología para la ética médica

Antonio Casado da Rocha

Departamento de Filosofía de los Valores y Antropología Social. Universidad del País Vasco/ Euskal Herriko Unibertsitatea (España).

Correspondencia: Antonio Casado da Rocha. Departamento de Filosofía de los Valores y Antropología Social. Universidad del País Vasco/ Euskal Herriko Unibertsitatea. Tolosa etorbidea, 70. 20018 San Sebastián (España).

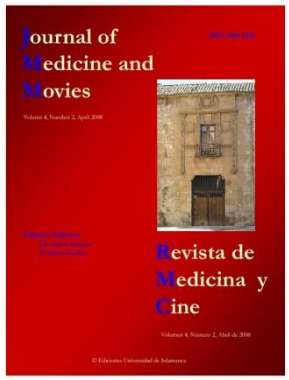
e-mail: antonio.casado@ehu.es

Recibido el 12 de marzo de 2008; aceptado el 30 de marzo de 2008

Resumen

Este artículo propone la película *Mi vida sin mí* como representativa de la creciente importancia de la autonomía del paciente terminal en la sociedad moderna de comienzos del siglo XXI. Tras presentar el conflicto moral básico que mueve la historia, se esboza la contribución de la bioética a la configuración de una alternativa autonomista al tradicional modelo paternalista en la relación médico-paciente, utilizando la obra de Diego Gracia como referente de la ética clínica en lengua española. Para profundizar en la deliberación moral sobre el final de la vida, se pone a prueba una versión de la metodología propuesta en 2001 por ese autor para el análisis de casos en bioética, utilizando la narración cinematográfica como un material de trabajo particularmente rico y versátil.

Palabras clave: autonomía, metodología, bioética, deliberación.



R M C

Cartas a Nora de *Invisibles* (2007): la enfermedad de Chagas desde la perspectiva bioética

Gabriel Ródenas Cantero[1], Diego José García Capilla[2]

Universidad de Murcia. Avda. Teniente Flomesta, n.º 5. 30003 Murcia (España).

Correspondencia: Diego José García Capilla. Universidad de Murcia. Avda. Teniente Flomesta, n.º 5. 30003 Murcia (España).

e-mail: digarcia@um.es

Recibido el 15 de diciembre de 2008; aceptado el 16 de marzo de 2009



Resumen

La historia *Cartas a Nora*, la primera de cinco que componen la película *Invisibles* (2007) dirigida por Isabel Coixet sirve como motivo para elaborar una crítica de la situación actual de la enfermedad de Chagas a partir de las herramientas conceptuales de la bioética. Siguiendo el esquema del razonamiento moral, se pasa desde el caso particular al principio bioético de justicia (que es uno de los cuatro que conforman los principios morales básicos de esta disciplina). Este planteamiento lleva a un esquema de retroalimentación: del caso particular al refuerzo de la denuncia crítica de la injusticia de la situación actual de la enfermedad y viceversa. El análisis de la estructura formal intenta fortalecer lo expuesto, aunque introduciendo matices que se consideran imprescindibles para una completa comprensión del tipo de narración que se presenta. Se expone que se trata de un falso documental, explicando su estructura formal y aclarando que no supone tratar el tema de forma irrespetuosa. El objetivo principal de la historia, desde la perspectiva formal, es sensibilizar, evitando métodos directos, para intentar hacer visible lo invisible o, más bien, aquello que no queremos ver.

Palabras clave: Enfermedad de Chagas. Bioética. Justicia. Documental. Sensibilización social.

Uso del cine comercial en la docencia de Bioética en estudios de Biología

[1,2]Magí Farré Albaladejo, [3]Jorge Pérez Sánchez

[1]Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona (España).

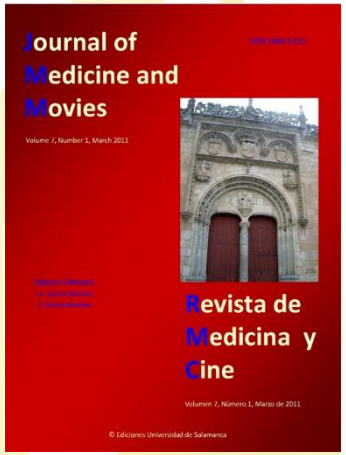
[2]IMIM: Instituto de Investigación Hospital del Mar (España).

[3]Facultad de Ciencias de la Salud y de la Vida. Universidad Pompeu Fabra (España).

Correspondencia: Jorge Pérez Sánchez. Facultad de Ciencias de la Salud y de la Vida. Universidad Pompeu Fabra. c/ Dr. Aiguader, 80. 08003 Barcelona (España).

e-mail: jordi.perez@upf.edu

Recibido el 9 de agosto de 2010; aceptado e[illegible] septiembre de 2010



Resumen

En el presente artículo narramos la experiencia del uso del cine comercial en la docencia de la Bioética con estudiantes de Biología de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona. Durante los tres últimos cursos académicos (2007-2010) proyectamos tres películas para fomentar el aprendizaje de principios bioéticos y para estimular la discusión sobre temas relevantes previstos en el programa de la asignatura. A partir de la participación de los estudiantes y sus resultados académicos, la actividad ha sido muy bien valorada.

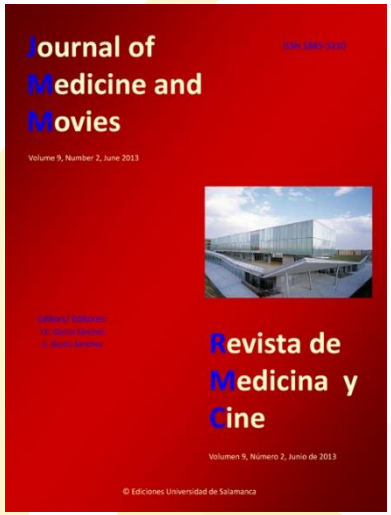
Palabras clave: Bioética, cine, enseñanza, estudiantes de Biología.

Reflexiones bioéticas a través del cine

Rubinsten Hernández Barbosa[1,2]

[1]Instituto Superior de Pedagogía. Maestría en Didáctica de las Ciencias. Universidad Autónoma de Colombia.
[2]Docente Catedrático de bioética. Universidad Distrital Francisco José de Caldas (Colombia).
Correspondencia: Rubinsten Hernández Barbosa. Calle 12 B. No 4-31. Universidad Autónoma de Colombia. Bogotá (Colombia).
e-mail: rhbjd@hotmail.com

Recibido el 16 de enero de 2013; aceptado el 29 de enero de 2013.



Resumen

En este texto se describe una experiencia de aula llevada a cabo con estudiantes de tercer semestre de Licenciatura en Química de la Universidad Distrital Francisco José de Caldas de Bogotá, Colombia, que resalta el uso del cine como estrategia didáctica para el análisis de temáticas del programa de bioética. Su uso se fundamenta porque el cine permite mostrar acciones concretas, reales o no, que potencian de una u otra manera la relación existente entre la vida y la ética, fortaleciendo su papel desde la interdisciplinariedad, permitiendo mostrar diferentes reacciones frente a los hechos, que de manera particular puede mostrar el séptimo arte. Se parte de unas ideas generales del marco conceptual que sustenta el proyecto, luego se describen las etapas del mismo, se muestran ejemplos de los talleres y sus componentes organizativos, y finalmente se hacen algunas consideraciones sobre los resultados obtenidos y los aspectos a tener presentes al momento de realizar una propuesta similar.

Palabras clave: bioética, cine, educación, estrategia didáctica.

El mandato del nacimiento. Cuestiones bioéticas y biopolíticas en la serie *El cuento de la criada*

Irene CAMBRA BADII[1], Paula Belén MASTANDREA[2], María Paula PARAGIS[2]

[1]Universidad de Buenos Aires – CONICET. [2]Universidad de Buenos Aires (Argentina).

Autor para correspondencia: Irene Cambra Badii. Correo electrónico: irenecambrabadii@gmail.com

Recibido el 6 de noviembre de 2017; aceptado el 10 de enero de 2018.

Cómo c[illegible] artículo: Cambra Badii I, Mastandrea PB, Paragis MP. El mandato del nacimiento. Cuestiones bioéticas y biopolíticas en la serie *El cuento de la criada*. Rev Med Cine[illegible]t] 2018;14(x): xx-xx.

Resumen

El presente artículo se propone abordar las cuestiones bioéticas y biopolíticas que se desprenden del análisis de la serie televisiva *El cuento de la criada* (2017), la cual hace eco de la característica distintiva del sistema patriarcal respecto de la concepción de la mujer: el mandato social de la maternidad. Frente a un cine dimisionario en cuanto a las cuestiones de género, este tipo de ficción dibuja un nuevo panorama en el que plantearse estas temáticas vuelve a ser pertinente, aportando una lectura novedosa a partir de la narrativa bioética. Este material permite analizar el proceso de la gestación desde aspectos singulares de la trama que son importantes destacar: de acuerdo a las políticas del régimen totalitario imperante, las mujeres fértiles deben convertirse en gestantes. En este sentido, enfatizamos el término "gestante", ya que las criadas no son consideradas madres de esos niños/as por nacer, ni se espera de ellas su posterior crianza. A partir del abordaje de las singularidades situacionales que se desprenden del relato es posible realizar un análisis que difiere de una intención generalizante, para poder así centrarnos en el caso por caso y contemplar la complejidad que la cuestión reviste.

Palabras clave: bioética, biopolítica, gestación por sustitución, serie televisiva.



¡MUCHAS GRACIAS!



El Cine y la Medicina

Perspectiva ética y deontológica

Segovia 25 de Mayo de 2018

V Congreso Nacional de Deontología

Tomás Casado

El Cine y la Medicina



El Cine y la Medicina

- En la época helenística el mayor valor de las artes se le daba a la Poesía.
- En el sistema educativo Carolingio: La Gramática, la Retórica y la Dialéctica.
- En el Manifiesto de las Siete Artes de Canudo en 1911 se incluye como **Séptimo Arte al Cine**.
- Arquitectura, Escultura, Pintura, Música, Poesía - Literatura y Danza son las seis primeras.
- **Quizás el Arte Primario, como la mayor de las Artes ó Arte Suprema sea LA COMUNICACIÓN**.

El Cine y la Medicina



- **¿?La Medicina es un Arte ¿?**
- **Es Ciencia**. Es conocimiento, habilidades, empirismo, "ojo clínico", conocer la realidad del paciente, es experiencia y es sentido común. (Dr Ponce)
- W. Osler la definía como "**La ciencia** de la incertidumbre y **el arte** de la probabilidad".
- Además se añade la personalidad del médico.
- **Se es un "artista"** cuando se hace bien la tarea, se es técnicamente excelente, se tiene una visión integral del paciente y de la situación, y se hace un trato personal y cercano.

El Cine y la Medicina

- **La tradición artística y cultural de los médicos** españoles viene de antiguo:
- Siglo XII: Averroes y Maimónides.
- Siglo XVI: Andrés Laguna.
- Siglo XX: Pio Baroja, Marañon, Ramón y Cajal, Lain Entralgo … Siglo XXI: José Antonio Abella …
- El enfermo **desea que le trate un médico "artista", que le resuelva su problema** de salud con eficiencia.
- Diferencias de fármacos y personas implican un verdadero **arte para la consecución de resultados brillantes**.

- **La capacidad de leer el dolor, el don de escuchar, la virtud de no ser indiferente y el deseo de ir más allá, son el corazón del Arte de la Medicina. (Canguilhem)**

- **El cine / El séptimo arte**

Es **arte visual.**

Es **materia de ocio, estudio y reflexión** sobre situaciones de extraordinaria importancia en la historia del ser humano:

Nacimiento, amor, alegría, enfermedad, dolor y muerte.

En soledad y en compañía.

El Cine y la Medicina

- **EL CINE**
  - Carácter lúdico y de placer intelectual.
  - Valor de impacto: Imagen, sensorial y emocional.
    - Conjunción con otras artes. (Música, poesía, literatura, teatro …)
    - Cultura.
    - **Valor extraordinario en el aspecto formativo.**
    - **Reflexión > Aprendizaje > Conocimiento.**

- **La actuación sanitaria debe regirse siempre por principios éticos.**

- Como decía Luis Buñuel " En esta vida todo el tiempo que no se dedica al amor, es tiempo perdido".

- **El médico debe tener una formación intelectual básica profunda**, y una **base emocional y de sensibilidad** que le permita apreciar como se siente el ser humano.

El Cine y la Medicina



El Cine y la Medicina

- La conjunción de estas tres "Artes":

- **Medicina**

- **Cine**

- **Comunicación**

- No puede ser desaprovechada

- **Ponentes:**

- **Dres**

  - **D. Enrique García Sánchez**

  - **D. José Manuel Solla Camino**

El Cine y la Medicina

- **Dr. García Sánchez**
  - Catedrático de la Universidad de Salamanca.
  - Área de Microbiología. Departamento de Ciencias Biomédicas y del Diagnóstico. Facultad de Medicina.
  - Miembro Consejo Editorial Revista Española de Quimioterapia.
  - Vicerrector de Docencia de la Univ. de Salamanca.
  - Evaluador de Agencias de Calidad Universitaria.
  - Editor de la Revista Electrónica : Revista de Medicina y Cine.
  - Presidente de la Comisión de Ciencias de la Salud del Programa Verifica de ANECA (Grado, Máster y Doctorado).
  - Publicaciones, conferencias, comunicaciones. ..

El Cine y la Medicina

- **Dr. Solla Camino**
  - Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria.
  - Expresidente de SEMG.
  - Presidente y fundador de la Fundación SEMG Solidaria.
  - Fundador y Co-Director de la Productora Tamagaz Films.
  - Premio Internacional de Cine Médico en Estoril (Portugal).
  - Premio Nacional de Humanidades y Cooperación Solidaria.
  - Vocal Nacional de Médicos Rurales de la OMC.
  - Exdelegado y Chairman de la UEMO.
  - Miembro de la Comisión Central de Deontología.
  - Películas, publicaciones, acción solidaria, escuelas,…

El Cine y la Medicina



V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018

Mesa 6

"Construyendo el futuro de la Deontología Médica. Nuevo Código"

D. Juan Antonio Pérez Artigues

Comisión Central de Deontología

OMC Organización Médica Colegial de España | Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

V Congreso Nacional De Deontología Médica

Segovia 2018

CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA MÉDICA

GUÍA DE ÉTICA MÉDICA

OMC



OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

OMC | ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

COMISIÓN CENTRAL DE DEONTOLOGÍA Y DE DERECHO MÉDICO



Construyendo el futuro de la Deontología Médica. Nuevo Código.

Nuevo Código Deontología Médica

OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CCD
AHG

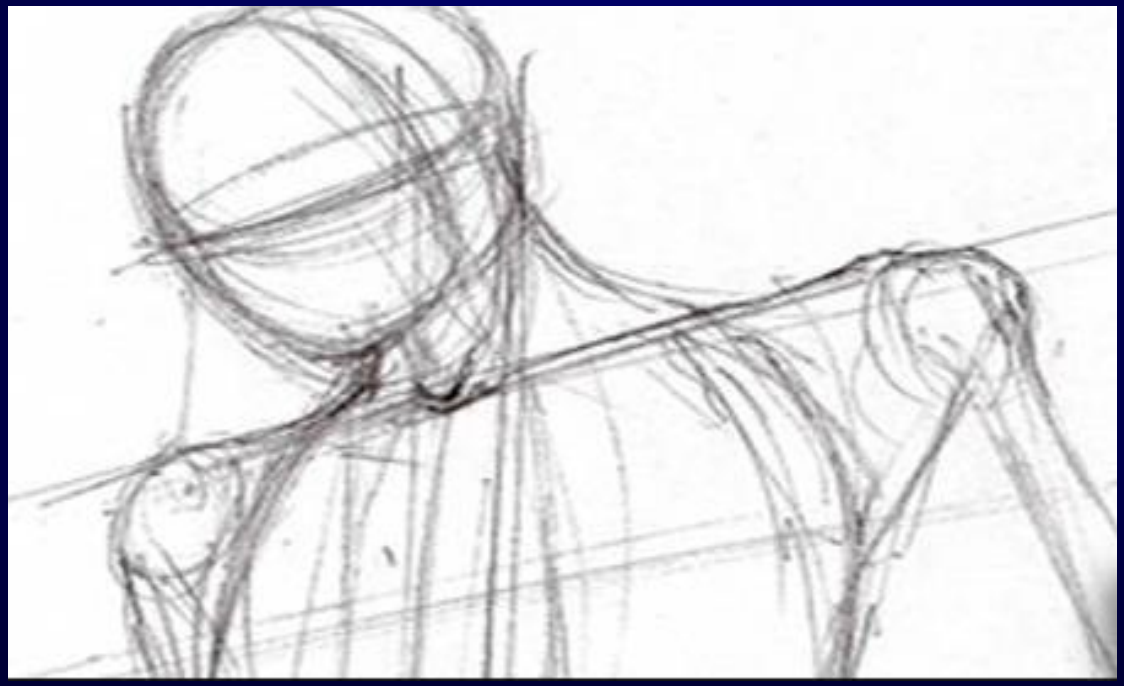
- El médico y la Violencia
- De la Responsabilidad
- El médico y los nuevos medios de comunicación

Nuevo Código
Deontología Médica

OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CCD
AHG

FASE ... EN ESTUDIO
BORRADOR



Nuevo Código Deontología Médica

OMC | ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CCD
AHG

❑ El médico y la Violencia







Nuevo Código Deontología Médica

OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CCD
AHG

❑ El médico y la Violencia

La violencia es un **GRAVE PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA** por su elevada morbimortalidad.



ESP | AME | BRA | CAT | ENG NEWSLETTER SUS

EL PAÍS

AVANCE Consulta la primera página de EL PAÍS, edición Europa, del 24 de mayo »

La violencia, problema de salud pública

En España se denuncian más de 20.000 actos violentos al año, desde lesiones a homicidios

Nuevo Código Deontología Médica

OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CCD
AHG

❑ El médico y la Violencia

El médico tiene el DEBER DE COMBATIRLA

prestará su colaboración activa para erradicarla

MÉDICOS Y PACIENTES .COM 10 AÑOS

FIEM 2018

Entidades médicas Latino-Iberoamericanas expresan su firme compromiso para luchar contra la violencia de género

Entidades médicas Latino-Iberoamericanas han expresado su firme compromiso para tomar medidas contra la violencia de género, un problema que consideran de "salud pública de primera magnitud" que afecta a las mujeres a lo largo de todas las etapas de su ciclo de vida y en el que los médicos tienen un papel fundamental en la prevención y detección. Así lo pusieron de manifiesto en el XI Foro Iberoamericano de Entidades Medicas (FIEM), celebrado en Toledo

Madrid | 15/05/2018 | medicosypacientes.com/T.A. |

Nuevo Código Deontología Médica

OMC | ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CCD
AHG

❑ El médico y la Violencia

DETECCIÓN VIOLENCIA DE GÉNERO

DIARIO MEDICO.COM

Pacto de Estado
contra la violencia de género

PREVENCIÓN PRECOZ EN ATENCIÓN PRIMARIA

La vía sanitaria, destacada en el arranque del pacto contra la violencia de género

El año del Pacto de Estado contra la violencia de género da paso a un 2018 en el que éste empezará a cristalizar. Una de las 26 medidas que empezarán a aplicarse será la detección precoz en el ámbito sanitario.

Redacción | 30/12/2017 10:42

❑ El médico y la Violencia

DETECCIÓN MALOS TRATOS INFANTILES

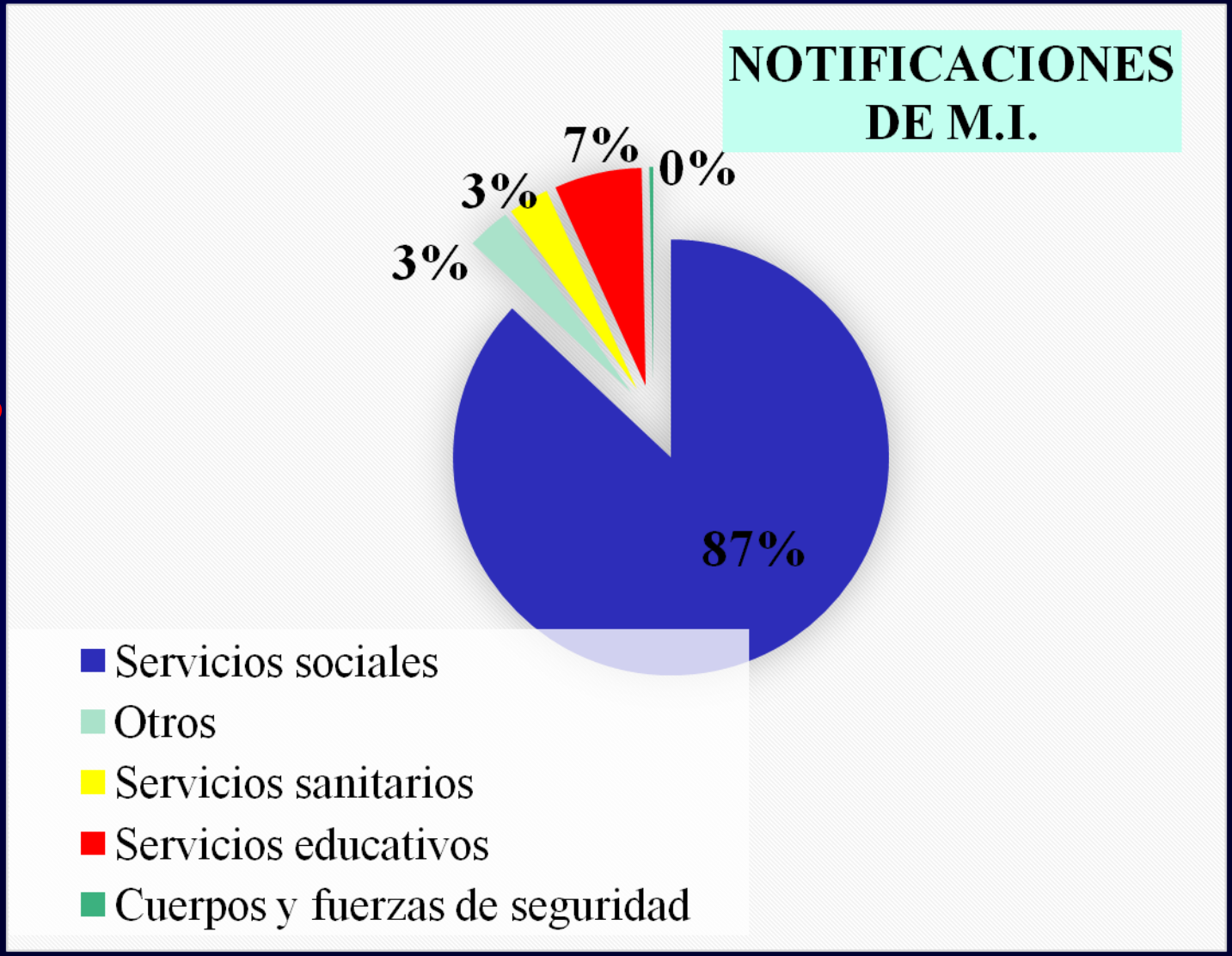
GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

Maltrato infantil en cifras

- 1/100 niños en España sufre maltrato.
- En España se detectan de media, **37 casos de posibles víctimas de maltrato familiar cada día.**
- Es la segunda causa de mortalidad pasado el periodo neonatal y antes de los 5 años
- **En 2015 se detectaron 13818 menores víctimas de 17149 tipos de abuso;**
- Por edades, el grupo más numeroso es entre 11-14 años.

❑ El médico y la Violencia

DETECCIÓN
MALOS
TRATOS
INFANTILES



Nuevo Código Deontología Médica

OMC | ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CCD AHG

❑ El médico y la Violencia

DETECCIÓN MALOS TRATOS PERSONAS MAYORES

Organización Mundial de la Salud

Acerca de la OMS



Aumenta el maltrato a las personas de edad: según la OMS, afecta a uno de cada seis ancianos

14 de junio de 2017 | Comunicado de prensa | GINEBRA

Nuevo Código Deontología Médica

OMC | ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CCD
AHG

❑ El médico y la Violencia

LOS MÉDICOS DEBEN CONOCER, PREVENIR, DIAGNOSTICAR Y TRATAR.

DIARIO MEDICO.COM

QUÉ HACER DESDE LA CONSULTA

La violencia de género está infradiagnosticada

El 24% de mujeres ha sufrido abusos y el 60% preferiría relatar el problema a su médico antes que a la policía o a servicios sociales

Laura G. Ibañes | 20/06/2017 00:00

Nuevo Código Deontología Médica

OMC | ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CCD
AHG

❑ El médico y la Violencia

LOS MÉDICOS DEBEN CONOCER, PREVENIR, DIAGNOSTICAR Y TRATAR.



Decálogo elaborado por la Dra. María Castellano

Los médicos son decisivos en la prevención de la violencia familiar

La Dra. María Castellano, catedrática de Medicina Legal y Forense de la Universidad de Alcalá de Henares y vocal de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial (OMC), realizó un decálogo sobre la lucha contra la violencia familiar, que presentó en Badajoz, en el marco de las 'XXI Jornadas Internacionales Mediterráneas de Medicina Legal', organizadas por el Dr. Mariano Casado

Badajoz | 12/04/2016 | medicosypacientes.com

Nuevo Código Deontología Médica

OMC | ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CCD
AHG

❑ El médico y la Violencia

LOS MÉDICOS DEBEN CONOCER, PREVENIR, DIAGNOSTICAR Y TRATAR.

VIOLENCIA DE GÉNERO

La OMC alerta: Muchos casos de maltrato se diagnostican como ansiedad

El presidente de la Organización Médica Colegial ha admitido este martes que "está excesivamente medicalizado" el conflicto de la violencia machista, de tal forma que muchos casos son diagnosticados como ansiedad o depresión



> El médico de Primaria solo detecta entre un 5 y un 10% de los casos de violencia de género denunciados

Nuevo Código Deontología Médica

OMC | ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CCD
AHG

❑ El médico y la Violencia

En ningún caso silenciarán estas conductas, estando OBLIGADOS A DENUNCIARLAS

DIARIO MEDICO.COM

OBLIGACIÓN INEXORABLE

Los sanitarios deben denunciar incluso la sospecha de violencia de género

Teresa Peramato Martín afirma que los médicos están obligados a denunciar cualquier posible caso de violencia de género que detecten en consulta, "ya sea sospecha o un conocimiento certero".

Nuria Monsó. Madrid | dmredaccion@diariomedico.com | 28/10/2013 00:00

compartir Compartir Like 0 Twittear

☆☆☆☆☆ (1 voto) | 7 comentarios imprimir | tamaño

Los médicos están obligados a denunciar cualquier posible caso de violencia de género que detecten en consulta, "ya sea sospecha o un conocimiento certero", ha afirmado Teresa Peramato Martín, adjunta de la Fiscal de la Sala Delegada de Violencia sobre la mujer. La

Nuevo Código Deontología Médica

OMC | ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CCD
AHG

❑ El médico y la Violencia

En ningún caso silenciarán estas conductas, estando OBLIGADOS A DENUNCIARLAS

ASTURIAS

ASTURIAS | OVIEDO | GIJÓN | AVILÉS | CUENCAS | SIERO Y CENTRO | ORIENTE | OCCIDENTE | MÁS CONCEJOS | EDUCACIÓN | UNIVERSIDAD | STARTINNOVA

Los sanitarios podrán trasladar al fiscal sus sospechas de maltrato a mujeres

Sanidad renueva el protocolo de atención a víctimas de violencia de género e incluye a las que sufren explotación sexual y mutilación genital



ELENA RODRÍGUEZ OVIEDO

Me gusta 327

27 julio 2016
02:26

Nuevo Código Deontología Médica

OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CCD AHG

❑ El médico y la Violencia

BUSCANDO LA MAYOR PROTECCIÓN DE LA VÍCTIMA

confianza, apoyo, información y orientación

protección de su seguridad y la garantía de sus derechos.



Nuevo Código Deontología Médica

OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CCD AHG

❑ El médico y la Violencia

DOCUMENTOS MÉDICO LEGALES

deber de conocerlos: veraces, objetivos y prudentes

DIARIO MEDICO.COM



El parte médico es clave en la detección de la violencia doméstica

Nuevo Código Deontología Médica

OMC | ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CCD
AHG

❑ El médico y la Violencia

MALTRATADORES

evaluados, tratamiento, reinserción social



Nuevo Código Deontología Médica

OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CCD AHG

❑ De la Responsabilidad





Enrique Villanueva Cañadas

Nuevo Código Deontología Médica

OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CCD
AHG

❑ De la Responsabilidad

Relación médico paciente:

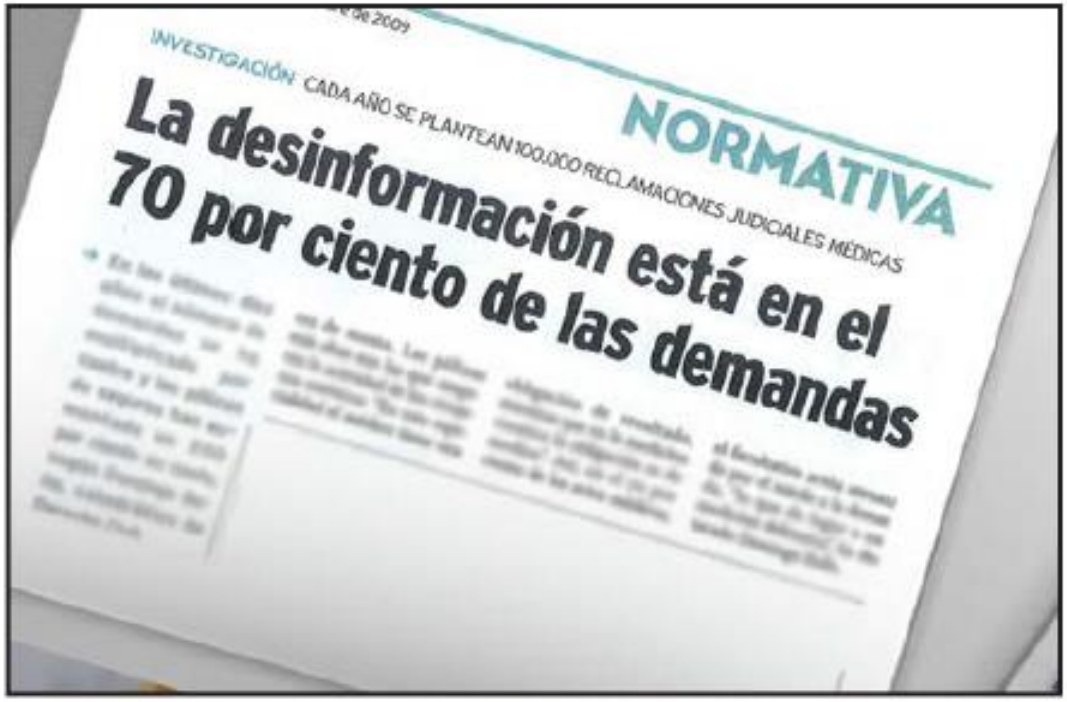
lealtad, veracidad y honestidad

EMPATÍA
La clave del éxito



❑ De la Responsabilidad

Información … CI



http://www.diariomedico.com/2009/09/29/area-profesional/normativa/desinformacion-esta-70-ciento-demandas

❑ De la Responsabilidad

PROTOCOLOS o GUÍAS DE ACTUACIÓN

DIARIO MEDICO.COM

NORMATIVA

4 de Septiembre de 2003

Guías de actuación: el aliado del juez para valorar el acto médico

La clave de la sentencia de la Audiencia Provincial de Barcelona -no absuelve, pero sí revoca la prisión al sustituirla por una multa y elimina la pena de inhabilitación impuesta en primera instancia- está en el valor que los magistrados dan a una actuación médica que no rebasó los límites del protocolo de actuación.

❑ De la Responsabilidad

ASUMIR LOS ERRORES

Si comete errores debes reconocerlos

SORRY WORKS!



❑ De la Responsabilidad

ASUMIR LAS RESPONSABILIDADES

- ¿reconocer la culpa médica generada y sus causas? -subjetividad-
- ¿reconocer y asumir las consecuencias y sus daños? -concausas-
- ¿registrar todos los sucesos adversos en la HC?
- ¿debe el médico directamente promover resolución conflictos?

❑ De la Responsabilidad

ASUMIR LAS RESPONSABILIDADES

- ¿promover resolución conflictos?

DIARIO MEDICO.COM

CONDENA AL PAGO DEL ARTÍCULO 20

Duro varapalo judicial a las aseguradoras sanitarias

El Pleno de la Sala Civil del Supremo ha condenado a las compañías prestadoras de servicios sanitarios a pagar los intereses de mora del artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro en resoluciones por mala praxis médica. Con esta sentencia algunas indemnizaciones pueden duplicarse. El abogado Carlos Sardinero valora el fallo.

Soledad Valle. Madrid | 12/02/2018 13:21

❑ De la Responsabilidad

Obligación de denunciar las conductas o disposiciones que generen riesgo o daños a los pacientes



❑ De la Responsabilidad

Obligación de denunciar las conductas o disposiciones que hayan generado riesgo o daños a los pacientes

TRIBUNALES | Más de 21 años en coma

La familia de Antonio Meño será indemnizada con un millón de euros





❑ De la Responsabilidad

MEDICINA DEFENSIVA



CD 2011 Artículo 21.2.

Las exploraciones complementarias no deben practicarse de manera rutinaria, indiscriminada o abusiva.

La medicina defensiva es contraria a la ética médica.

Nuevo Código Deontología Médica

OMC | ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CCD
AHG

❑ De la Responsabilidad

MEDICINA DEFENSIVA



laverdad.es

Edición: Murcia | Ir a Edición Albacete » Ir a Edición Alicante » | Personalizar

Portada Local Deportes Economía Más Actualidad Gente y TV Ocio Participa Blogs Servicios

Región Murcia Cartagena Lorca Comarcas Fiestas ADEMÁS Cultura Opinión Turismo Fotos Vídeos

Estás en: Murcia - La Verdad > Noticias Murcia > Noticias Región > Resonancias y TAC se multiplican

REGIÓN MURCIA

Resonancias y TAC se multiplican

El aumento de pruebas diagnósticas es imparable; los expertos denuncian un «abuso»

07.06.10 - 01:24 - JAVIER PÉREZ PARRA jpparra@laverdad.es | MURCIA.

reproducción asistida están intentando frenar.

❑ De la Responsabilidad

SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL

garantizar las indemnizaciones de los pacientes por daños y perjuicios derivados de sus actuaciones profesionales

UNIÓN PROFESIONAL



OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

❑ De la Responsabilidad

- COLECTIVO DE PROFESIONALES
- ENTIDADES CORPORATIVAS
- CUALQUIER OTRA FORMA DE EJERCICIO MÉDICO COLECTIVO.



Nuevo Código Deontología Médica

OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CCD AHG

❑ De la Responsabilidad



DIARIO MEDICO.COM

CONGRESO NACIONAL DE DEONTOLOGÍA MÉDICA

La Deontología de la profesión cuestiona al seguro de salud

Piden que las aseguradoras de servicios médicos observen la Ley de Sociedades Profesionales. Las entidades deberían colegiarse y garantizar que haya médicos en su gobierno.

Soledad Valle. Madrid | soledad.valle@unidadeditorial.es | 05/06/2017 00:00

OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

❑ De la Responsabilidad

> "Las aseguradoras deben ajustarse a la norma para garantizar al paciente, al asegurado, que su actuación se ajusta a la Deontología médica"



Ejercicio corporativo

Nuevo Código Deontología Médica

OMC | ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CCD AHG

❑ De la Responsabilidad

HONOR PROFESIONAL DEL MÉDICO

Medios a su alcance … romper el secreto profesional …

Defensa del Colegio



❑ El médico y los nuevos medios de comunicación





OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

❑ El médico y los nuevos medios de comunicación

Redes sociales

Comunicaciones a través de internet

Redes informáticas

Telefonía móvil, teléfono

Radio, televisión

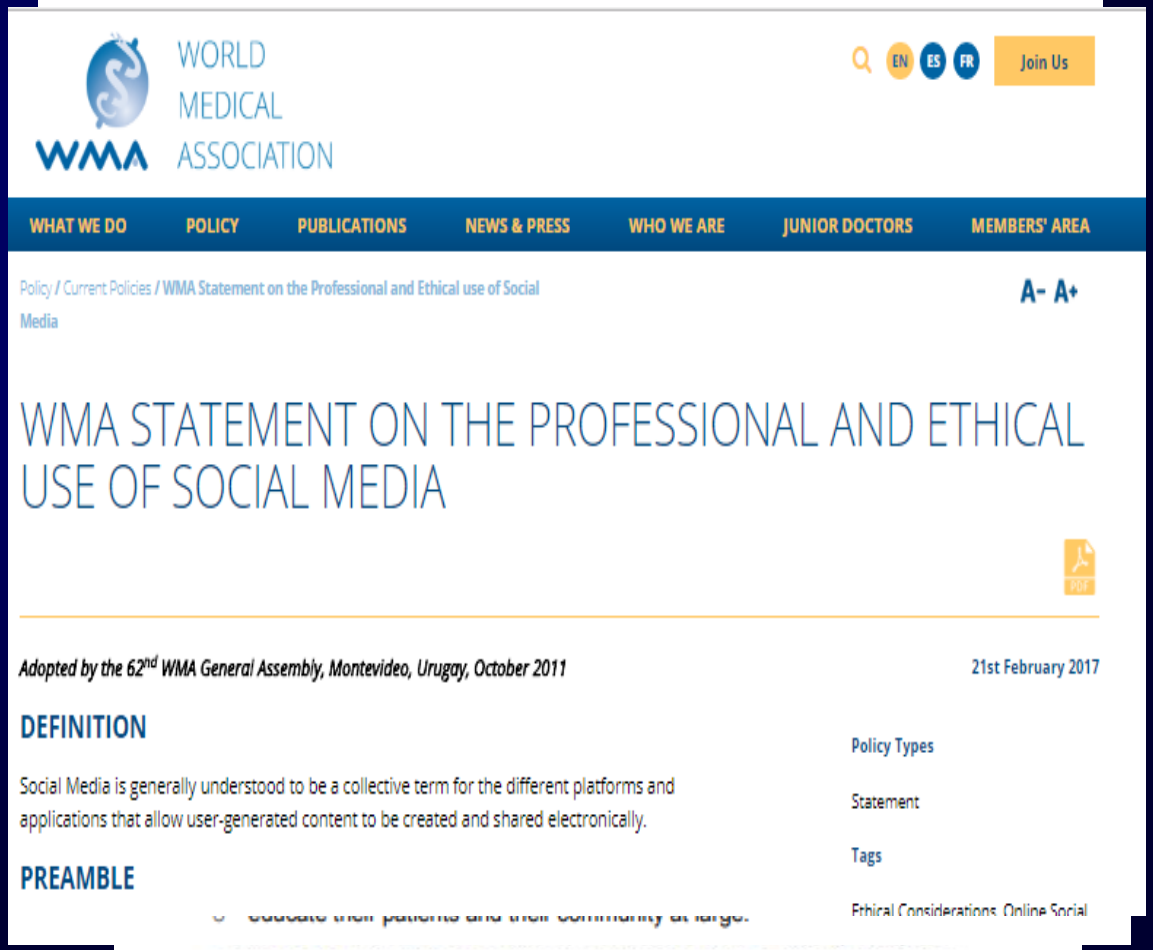
Nuevo Código Deontología Médica

OMC | ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CCD
AHG

❑ El médico y los nuevos medios de comunicación

FUNDAMENTOS



WORLD MEDICAL ASSOCIATION

EN ES FR Join Us

WHAT WE DO | POLICY | PUBLICATIONS | NEWS & PRESS | WHO WE ARE | JUNIOR DOCTORS | MEMBERS' AREA

Policy / Current Policies / WMA Statement on the Professional and Ethical use of Social Media

A- A+

WMA STATEMENT ON THE PROFESSIONAL AND ETHICAL USE OF SOCIAL MEDIA

Adopted by the 62nd WMA General Assembly, Montevideo, Urugay, October 2011

21st February 2017

DEFINITION

Social Media is generally understood to be a collective term for the different platforms and applications that allow user-generated content to be created and shared electronically.

Policy Types

Statement

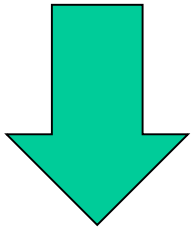
Tags

Ethical Considerations Online Social

PREAMBLE

❑ El médico y los nuevos medios de comunicación

- Identificación mutua
- Confidencialidad
- Vías de comunicación



SEGURIDAD DEL PACIENTE

❑ El médico y los nuevos medios de comunicación

CONFIDENCIALIDAD, SECRETO Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

- configuración de privacidad de dichos medios
- imágenes o fotografías de un paciente: finalidad y CI
- almacenamiento de datos:¡¡medidas de seguridad!!
  - encriptación o cifrado de archivos -

❑ El médico y los nuevos medios de comunicación

- Relación médico paciente
- Relación con otros profesionales
- Base científica, profesionalidad y prudencia

Charlatanismo



Nuevo Código Deontología Médica

OMC | ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CCD AHG

❑ El médico y los nuevos medios de comunicación

- Actitud e Imagen del médico: lenguaje
- Límites: separar lo profesional de lo personal



Nuevo Código Deontología Médica

OMC | ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CCD
AHG

❑ El médico y los nuevos medios de comunicación

Atención médica a distancia TELEMEDICINA



DIARIO MEDICO.COM

INICIO | ÁREA PROFESIONAL | ÁREA CIENTÍFICA | OPINIÓN / PARTICIPACIÓN | MULTIMEDIA | FORMACIÓ

Sanidad | Profesión | Normativa | Gestión | Entorno | La consulta |

Portada > Área Profesional > Gestión

CONSELLO DA XUNTA

Telemedicina en Galicia: el 40% de la AP la usa

Los datos indican que la telemedicina sigue ganando peso en atención primaria: casi cuatro de cada diez médicos del primer nivel (el 38,45 por ciento) utilizan este servicio.

María R. Lagoa. Vigo. | dmredaccion@diariomedico.com | 28/04/2014 00:00

❑ El médico y los nuevos medios de comunicación

PUBLICACIONES:

- rigor publicaciones científicas
- objetivos: asistencial, docencia; promoción salud pública
- comprensible, veraz, ponderada y prudente
- requisitos mínimos blog: identificación, currículo, opiniones

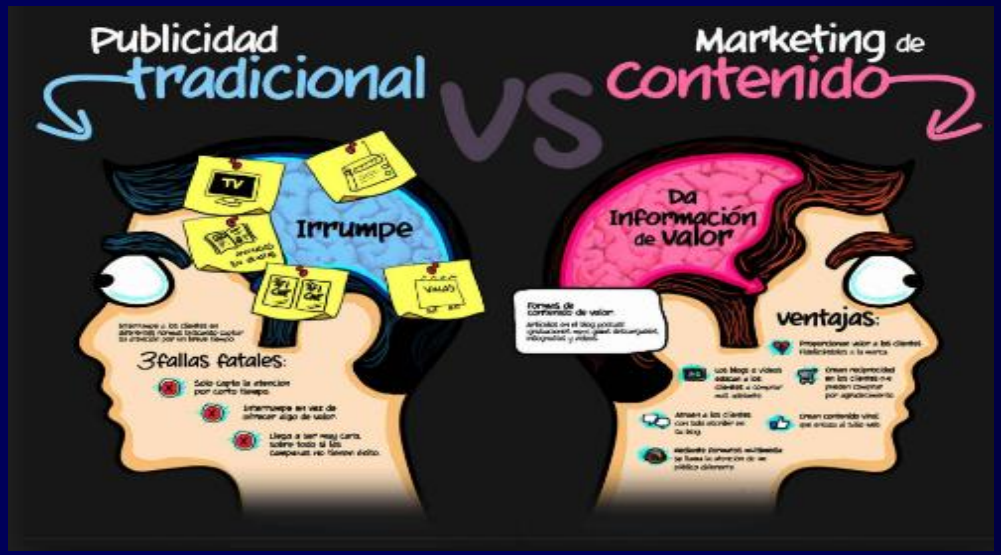


Nuevo Código Deontología Médica

OMC | ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CCD
AHG

❑ El médico y los nuevos medios de comunicación



- PUBLICIDAD
- MARKETING
- BRANDING

deberán cumplir las normas establecidas

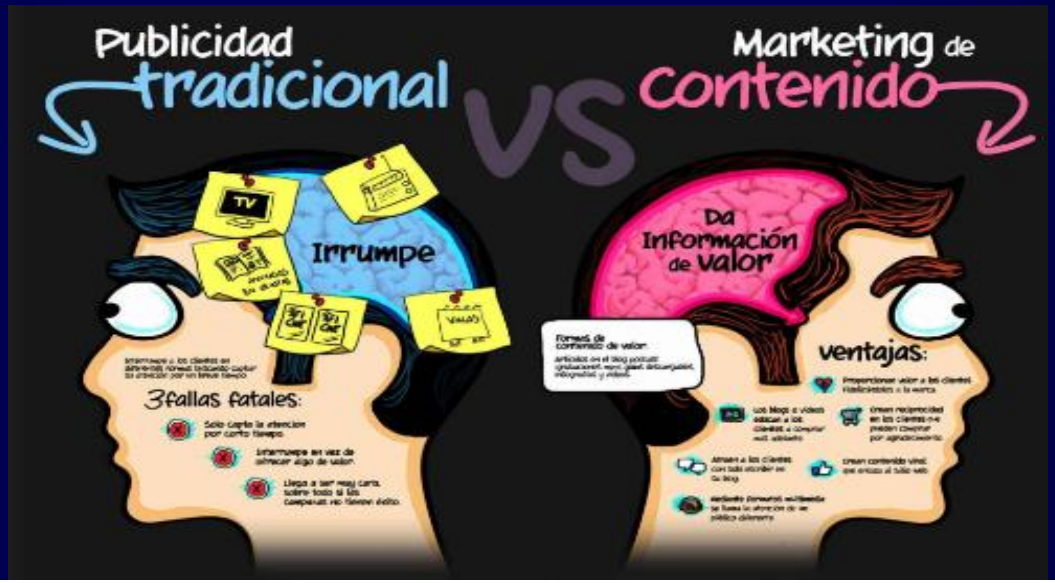
respecto a la publicidad en este Código

Nuevo Código Deontología Médica

OMC | ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CCD
AHG

❑ El médico y los nuevos medios de comunicación



PÁGINAS WEB - BLOG

¿deben declarase los patrocinios recibidos?

Si aparece publicidad, especificar si avalan la misma

Nuevo Código Deontología Médica

OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CCD
AHG



Construyendo el futuro de la Deontología Médica. Nuevo Código.

buscando el bien del enfermo





MUCHAS GRACIAS

V Congreso Nacional De Deontología Médica

Segovia 2018

OMC

ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS



Construyendo el futuro de la Deontología Médica. Nuevo Código

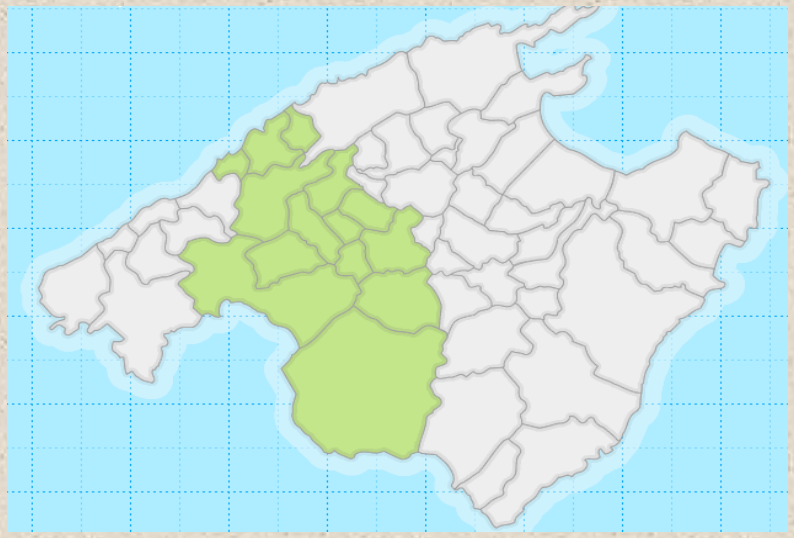
Juan Antonio Pérez Artigues
Comisión Central de Deontología

OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

Material y Métodos

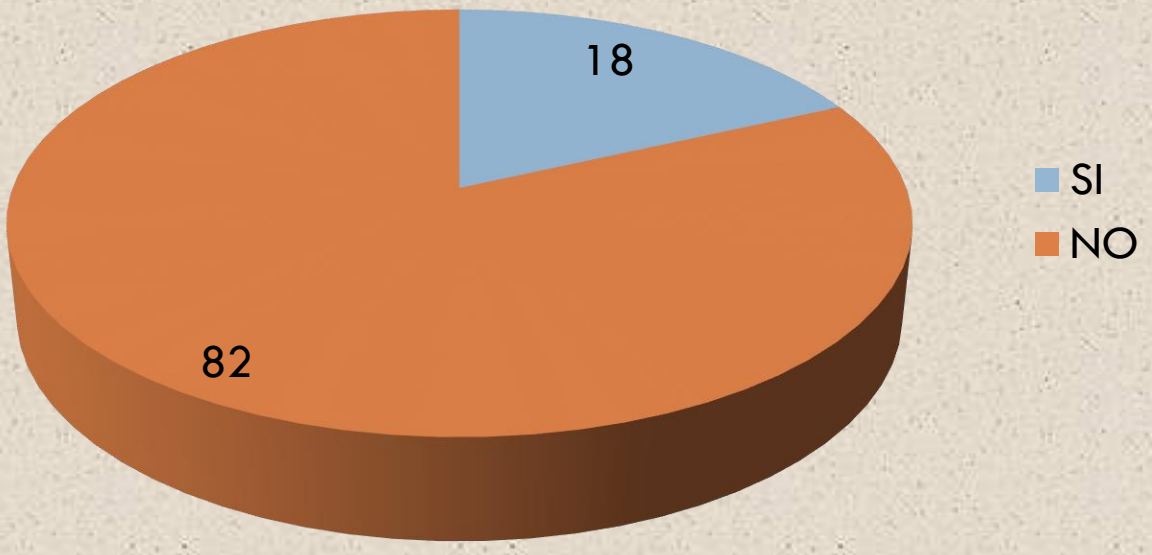
Tipo y ámbito de estudio

- Estudio descriptivo realizado en Mallorca, entre julio y octubre de 2013, mediante encuesta autocumplimentada.



- **SECTOR MIGJORN**: Hospital Son Llátzer: 262 médicos
  14 Centros de salud: 161 médicos
  Residentes: 191
  N Total: 542

CONOCIMIENTO DEL CODIGO

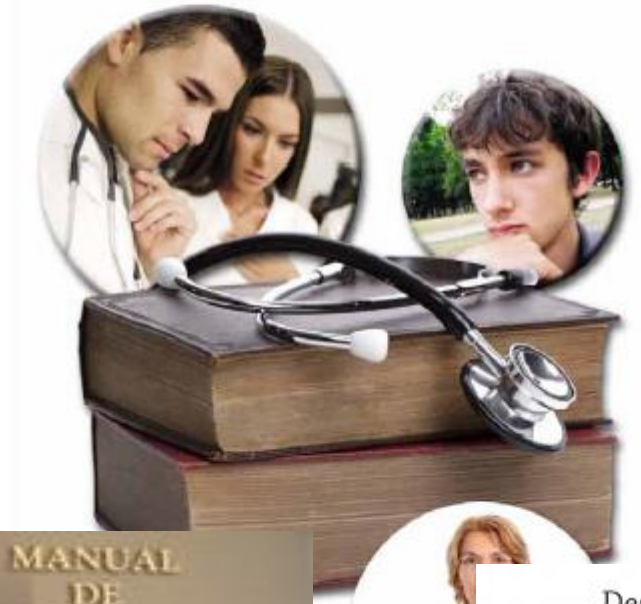




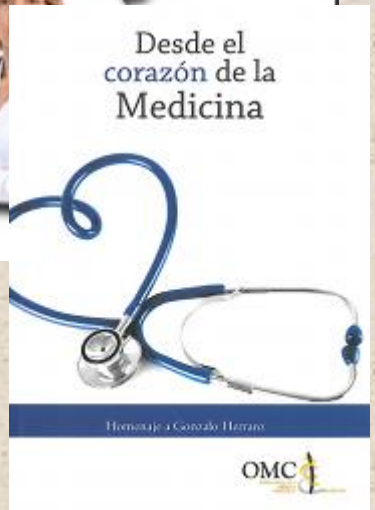
TÍTULO DE EXPERTO EN ÉTICA MÉDICA

Presentación y Guía del Curso

Dr. Juan José Rodríguez Sendín, *Presidente de la Organización Médica Colegial*
Dr. Rogelio Altisent, *Director Académico*








Cuétara
ARTIACH
DINORUEVOS
¡DESCÁRGATE LA APP Y CRÍA DE TU PROPIO DINOSAURUS!
Dinosaurus
La galleta de CEREALES
+ 7 VITAMINAS
8 uds
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA PEDIATRÍA
Cuétara
Tosta Rica
6 VITAMINAS HIERRO
CALOR CEREALES
Pediatria


FUNDACIÓN ESPAÑOLA DEL CORAZÓN
Clásico
-50% GRASA 0% ANIMAL
CON ACEITE DE OLIVA VIRGEN EXTRA
174g



Declaración sobre

Los conflictos ético-deontológicos que plantea la publicidad avalada por instituciones, organizaciones y sociedades científico-médicas

Febrero/2016



Declaración sobre

LA VACUNACIÓN PEDIÁTRICA

Febrero de 2016



Declaración sobre
LA ASISTENCIA MÉDICA AL MENOR EN SITUACIONES DE RECHAZO AL TRATAMIENTO

Mayo 2016





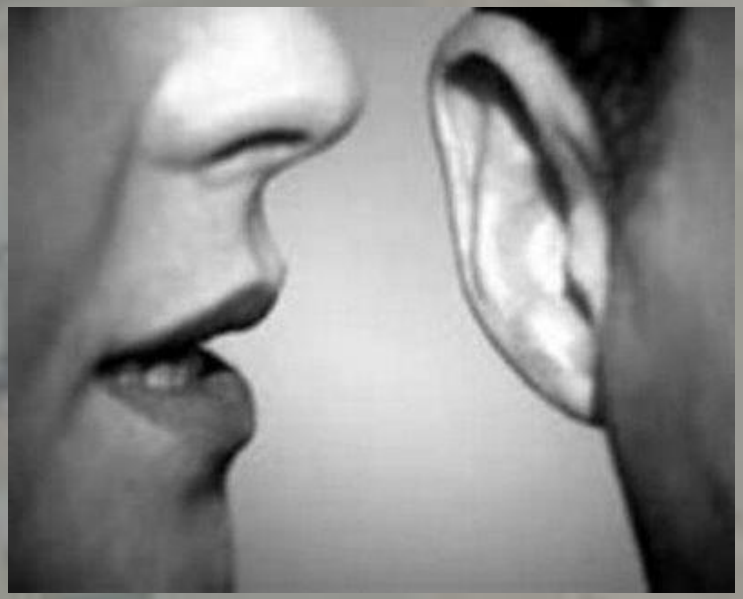
LOS LÍMITES DEL SECRETO MÉDICO FRENTE A LA PROTECCIÓN A TERCEROS



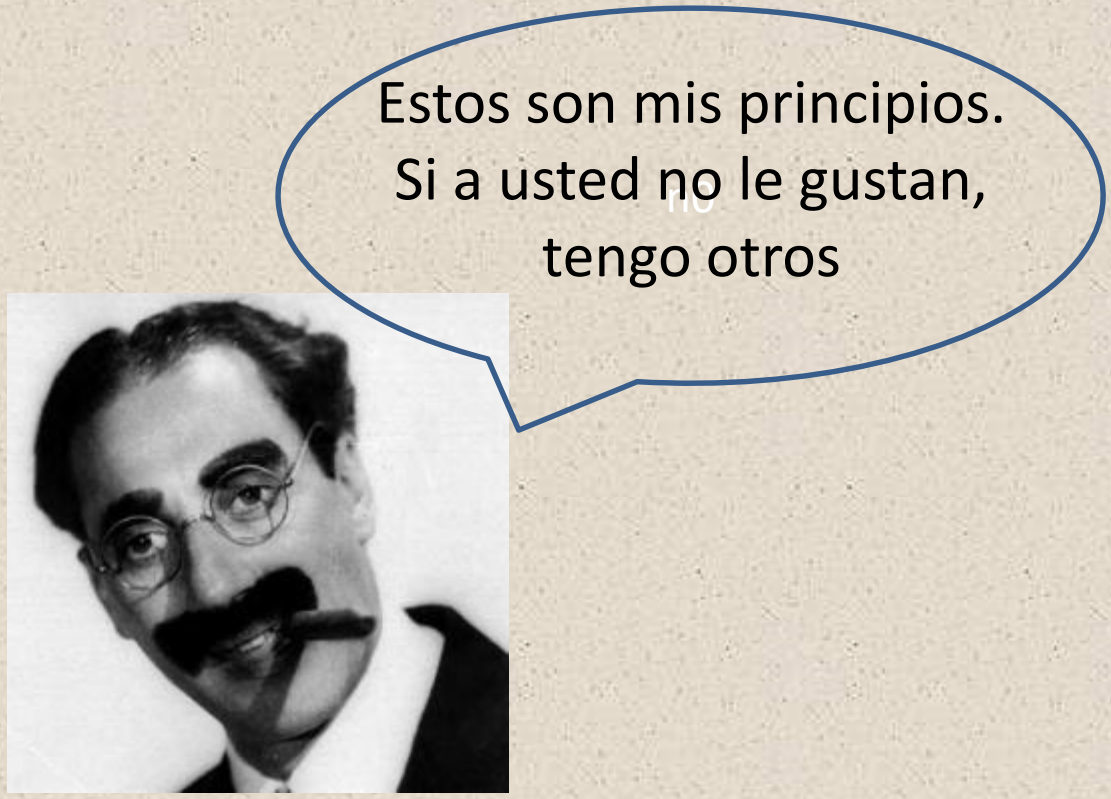
Declaración sobre

EL SECRETO MÉDICO, PROTECCIÓN SOCIAL Y PREVENCION DE RIESGOS LABORALES

Julio de 2017



¿Cómo actualizar el CDM?



CÓDIGO DE 2011

- Objeción de conciencia
- Pruebas genéticas
- Dopaje deportivo
- Docencia médica



Aportaciones para la actualización del CDM



- *"Es un imperativo deontológico promover la adecuada coordinación entre diferentes especialistas y niveles asistenciales, con el fin de facilitar la coordinación asistencial , la calidad de la atención y la eficiencia de los recursos. Esta coordinación debe ser alentada por los responsables de la gestión sanitaria promoviendo el contacto personal entre facultativos y la cooperación en los planes de cuidado del paciente"*

PRIMER BORRADOR DE LA ACTUALIZACIÓN DEL CDM 2011



BORRADOR DE LA ACTUALIZACIÓN DEL CDM 2011 (MAYO 2018)



GRACIAS POR SU ATENCIÓN

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018

Posters del V Congreso

1 - Consentimiento informado y big data de salud

2 - Regulación deontológica del consentimiento informado

3 - Argumento deontológicos en torno a la seguridad del paciente

4 - COM Huesca - Nuestros casos

5 - Informe Clínico / informe pericial

OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

6 - Sedación paliativa

7 - Medicina deportivo y reconocimientos médicos

8 - ¿Debemos prescribir placebos?

9 - Publicidad excesiva en redes sociales

10 - Peritos y Deontología

Poster 1

"Consentimiento informado y big data de salud"

Dª. Pilar León Sanz

Comisión de Deontología del Colegio Oficial de Médicos de Navarra

Consentimiento informado y big data de salud

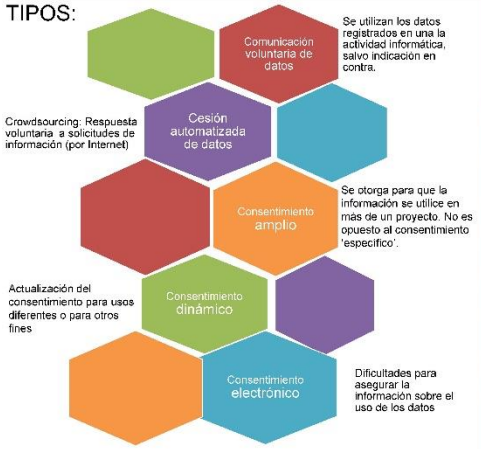
V CONGRESO NACIONAL DE DEONTOLOGÍA MÉDICA
24, 25 y 26 de mayo
SEGOVIA 2018

Pilar León Sanz
Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Navarra

El análisis de grandes bases de datos relacionados con la salud ha adquirido un enorme interés debido al gran potencial que posee para avanzar en el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades; también para fomentar hábitos y prácticas saludables.

- Existe una gran sensibilidad respecto a la vulnerabilidad que pueden implicar para las personas.
- El consentimiento informado: garantía para proteger la autonomía y la responsabilidad de las personas en la asistencia médica y en la investigación (UDBHR, 2005 6).

TIPOS:



Características Big Data	Implicaciones bioéticas: Consentimiento	Propuesta-Requisitos Consentimiento amplio/uso secundario de datos
- Diversidad en el origen datos - Incertidumbre resultados - Diversidad profesionales - Decisiones sobre el flujo de la información - Uso secundario de los datos - Dificultad de comprensión - Reidentificación - Perfiles personales - 'Identidades de grupo'	• Específico • Derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a los datos propios.	a. Fundamento legal b.Evaluación por un CEI c. Procedimientos que eviten accesos no autorizado d. Interés público de la investigación e. Imposibilidad de obtener un nuevo consentimiento f. Recopilación de acuerdo con requisitos éticos y legales

CONCLUSIONES:

- ✓ Los Big Data Salud son algo más que un gran número de fuentes de datos.
- ✓ Las buenas prácticas en el manejo de los Big Data Salud dependen:
  - del respeto de los derechos de los individuos
  - y de las mejoras que pueda introducir en la atención al paciente individual y en la salud de la sociedad, en general.

BIBLIOGRAFÍA:

Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Código de Deontología Médica. Madrid, 2011
EU. Regulation 2012/0011 of the European Parliament and of the Council on the protection of individuals with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data
EU. Regulation 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data, and repealing Directive 95/46/EC. Official Journal of the European Union, 2016.
International Medical Informatics Association. Code of Ethics for Health Information Professionals, 31 January 2011.
León P. Bioética y explotación de grandes conjuntos de datos. En: Carnicero J. y Rojas D. (Coord.). La explotación de datos de salud: Retos, oportunidades y límites. Pamplona: Sociedad Española de Informática de la Salud, 2016, pp. 25-41.
Nuffield Council on Bioethics. The collection, Linking and Use of Data in Biomedical Research and Health care: Ethical Issues. 2015.
Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OECD). Guidelines on the Protection of Privacy and Transborder Flows of Personal Data. 2013
UNESCO. Report of the International Bioethics Committee of UNESCO on Big Data and Health. Paris, 2017
UNESCO. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. Paris, 2005. USA. Big Data: Seizing Opportunities, Preserving Values. Washington D.C., Executive Office of the President, 2014.
WMA. Declaration of Taipei on Ethical Considerations Regarding Health Databases and Biobanks 2016

Poster 2

"Regulación deontológica del consentimiento informado a través de las normas aprobadas por la Organización Médica Colegial de España"

Alejandro Corral I.
Casado Blanco M.

Comisión de Deontología ICOMBA

V CONGRESO NACIONAL DE DEONTOLOGÍA MÉDICA

REGULACIÓN DEONTOLÓGICA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO A TRAVÉS DE LAS NORMAS APROBADAS POR LA ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA.

Alejandro Corral I., Casado Blanco M.

Comisión de Deontología ICOMBA

ICOMBA
ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE BADAJOZ

El Consentimiento Informado, se constituye como el modelo de relación éticamente vigente en la actualidad
"corolario de una relación médico paciente basada en la mutua confianza y no una prueba documental que nos exima o exculpe de una responsabilidad profesional".

(Prof. Villanueva Cañadas)

Objetivo
Exponer la evolución del Consentimiento Informado, desde la Deontología médica española a lo largo del siglo XX, teniendo en cuenta:
- Autores que lo han abordado en el siglo XX (*Luis Alonso Muñoyerro, Francisco Peiró , Gregorio Marañón, Gonzalo Herranz*)
- Normas deontológicas aprobadas por la Organización Médica Colegial (OMC).

Luis Alonso Muñoyerro (1888-1968)
"Código de Deontología Médica", en 1934.
- Referencia a la relación médico enfermo desde el más absoluto paternalismo.
- Mención expresa, aunque de una forma genérica, a las excepciones de la obligación del consentimiento.
- Hacía referencia al C.I. en la investigación y defendía la autonomía del paciente antes de someterse a una investigación.



Francisco Xavier Peiró (1883-1969)
"Manual de Deontología Médica", en 1944.
- Orientado a libro de texto de la asignatura.
- La relación médico enfermo era considerada como paternalismo puro.
- En cuanto al C.I. sólo lo entendía aplicable en el campo de la cirugía, si bien hablaba de "operaciones serias" .



Gregorio Marañón (1887-1960)
- Para él la ética médica era una ética de la virtud y, por tanto, imposible de enseñar pues forma el núcleo de la "vocación". De ahí que rechazase los códigos.
- Planteamiento paternalista de la medicina.
- La idea del C. I., como forma de participación en la toma de decisiones, estaba ausente totalmente de su pensamiento, tanto en lo relativo a la medicina asistencial como a la investigación.



Gonzalo Herranz (1931-...),
"Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica" (1992)
- La relación médico paciente que defiende Herranz es claramente superada por la concepción paternalista tradicional.
- En cuanto al C. I. se alinea con el contenido en el código de referencia, asumiendo el giro radical que había dado la ética contemporánea en cuanto al derecho al respeto a la autonomía del paciente se refiere..



Decálogo del Consentimiento Informado (2016):
1.-Informar y ser informado son derechos y deberes fundamentales.
2.-La información y el CI son de enorme trascendencia legal, según la ley 41/2002
3.-Modo de practicarlos.
4.-Carácter y contenido de la información de un CI
5.-Respeto a negarse a recibir información. Casos de gravedad o mal pronóstico
6.-Forma del CI: verbal o escrito.
7.-Límites o excepciones al CI
8.-Consentimiento por representación
9.-Consentimiento en menores e incapaces.
10.- Conclusión: Cada caso clínico y cada paciente pueden plantear una situación distinta, por lo que el médico debe conocer la exigencia legal y aplicarla correctamente. Con criterio general, siempre prevalecerá la autonomía del paciente o lo que más y mejor favorezca sus intereses y, teniendo en cuenta de que cada paciente tiene sus peculiaridades, difícilmente su caso encajará en un CI estándar.

REGLAMENTO DE LA OMC, (8 de Septiembre de 1945):
"Normas deontológicas para los médicos españolescolegiados".
NO había constancia del reconocimiento a la autonomía del paciente y de su derecho a un consentimiento libre e informado.
- *"han de realizarse las que están indicadas y que tengan probabilidades de éxito, con el consentimiento del interesado, del padre o del tutor que deba asumir la responsabilidad del consentimiento, según los casos".*
- *"obligación del médico de advertir cuando llega el peligro de muerte"*

CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA de 1979
Obligación de respetar los derechos de los pacientes: el derecho a la información sobre diagnóstico y pronóstico, apelando a valores tan fundamentales como el respeto a la vida y a la dignidad de la persona.

CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA DE 1999
-Referencia explícita y detallada del derecho del paciente al C.I. en el artículo 10
1.-Derecho del paciente a recibir información sobre su enfermedad.
2.-Obligación del médico a dársela con delicadeza y comprensible.
3.- Respeto a la decisión del paciente de no ser informado.
4.- Derecho del paciente a conocer cuál es el médico responsable.
5.-Proporcionar información suficiente y ponderada por escrito, cuando exista un riesgo significativo.
6.-Condiciones especiales (menor de edad, incapacitado o situación urgente) en las que el médico deberá prestar los cuidados que le dicte su conciencia profesional, ante la ausencia de representante o familiar.

CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA Médica de 2011
Referencia al C.I. no sólo como norma ética sino por su relevancia en la relación médico-paciente y su repercusión jurídica.
Capítulo III *"relaciones del médico con sus pacientes"*. Artículo 12:
1.- *El médico respetará el derecho del paciente a decidir libremente, después de recibir la información adecuada sobre las opciones clínicas disponibles. Es deber del médico respetar el derecho del paciente a estar informado en todas y cada una de las fases del proceso asistencial. Como regla general, la información será la suficiente y necesaria para que el paciente pueda tomar decisiones.*
2.- *El médico respetará el rechazo del paciente, total o parcial, a una prueba diagnóstica o a un tratamiento. Deberá informarle de manera comprensible y precisa de las consecuencias que puedan derivarse de persistir en su negativa, dejando constancia de ello en la historia clínica.*

Conclusiones
El Código de Deontología del año 2011, da una especial importancia al consentimiento informado, no sólo como norma ética para los médicos, sino elemento relevante en la relación médico-paciente y por su repercusión jurídica. De ahí que desde la óptica de la deontología médica, se establece una equiparación de estas normas de manera coincidente con la ley, lo que sin duda conlleva una cierta tranquilidad para el médico español.

Bibliografía:
Decreto de 8 de septiembre de 1945 por el que se aprueba el "Reglamento de la Organización Médica Colegial". BOE. 14/09/1945; (257): 1729-43.
Simón Lorda, P. y Concheiro Carro, L. (1993), El consentimiento informado: teoría y práctica (I). Med. Clin., vol 100, n°. 17.
Organización Médica Colegial. Código de ética y Deontología Médica, 1999. OMC. Revista del Consejo General de Colegios Médicos de España. 1999; 66:21-24 y 29-31.
Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica de la Organización Médica Colegial" del año 2011
López Gómez M. Aspectos éticos y legales del consentimiento informado en anestesiología. Estudio en el Complejo Hospitalario de Toledo. Tesis Doctoral. Universidad de Salamanca. 2011

OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CONGRESO NACIONAL DE DEONTOLOGÍA MÉDICA

Poster 3

"Argumentos deontológicos en torno a la seguridad del paciente"

Pérez Arias Ángel, Marcilla Areces Eduardo, Fernández Colomer Belén, González García Manuel, Suarez Coto Raquel

Comisión de Deontología del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Asturias

OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS



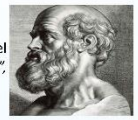
Argumentos deontológicos en torno a la seguridad del paciente

Pérez Arias Ángel, Marcilla Areces Eduardo, Fernández Colomer Belén, González García Manuel, Suarez Coto Raquel
Comisión de Deontología del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Asturias

OBJETIVO

Analizar los capítulos y artículos del Código de Deontología Médica que, implican de una forma implícita o explicita, a la seguridad del paciente.

ANTECEDENTES



Hipócrates, siglo V a.C. formula el aforismo *"primun non nocere"*, fundamento del principio bioético de *"no maleficencia"*.

JUSTIFICACIÓN

Éticamente existen tres tipo de argumentaciones:

1. Teleológicas (consecuencialistas)
2. Deontológicas (principalistas)
3. Deliberativas (ética de la responsabilidad)

EL CÓGIGO DEONTOLÓGICO Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Preámbulo

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

Capítulo I: Definición y ámbito de aplicación

Deontología: *"conjunto de principios y reglas éticas que han de inspirar y guiar la conducta profesional del médico"* (art 1).

Capítulo II. Principios generales

Prácticas seguras basadas en la evidencia (Formación continuada, creación de una cultura de seguridad, adecuar la capacidad, favorecer la trasmisión de información y comunicación, seguridad del medicamento) (art. 7.3).

Capítulo III. Relaciones del médico con sus pacientes

- Información/comunicación/participación. Toma de decisiones informadas y compartidas. Estrategia de pacientes por su seguridad (art 12.1).
- Sistema de notificación y declaración de errores a pacientes y organización, anotaciones y registros de efectos adversos (art 17.1).
- Historia clínica electrónica, digitalización, confidencialidad, recopilación de información (art 19.9).

Capítulo IV. Calidad de la atención médica

Evidencia científica (art. 21.1), presión asistencial/ factor tiempo (art 21.3 y 22.1), capacitación profesional (art 22.2 y 3), uso seguro de medicamentos, productos no autorizados (art 23), intrusismo (art 24), prácticas eficaces (art 26.1-2).

Capítulo V. Secreto profesional del médico.

Redes sociales (art 27.4 y 5; 28.2 y 3; 29.1 y 30).

Capítulo VI. La objeción de conciencia

Objeción de ciencia (art 33.2).

Capítulo VII. Atención médica al final de la vida

Obstinación terapéutica *"hacer o no hacer esa es la cuestión"*, sedación paliativa, adecuación del esfuerzo, eutanasia, sedación en la agonía, enfermos frágiles y ancianos (art 36.1-3; 36.5).

Capítulo VIII. Las relaciones de los médicos entre si y con otros profesionales de la salud

Enemistad entre médicos, ocultación de errores, legibilidad de órdenes médicas, prescripciones verbales y telefónicas entendibles, comunicación entre profesionales y pérdida de la continuidad asistencial (art 37-39).

Capítulo IX. Relaciones con la Corporación Médica Colegial

Cumplimiento de los deberes deontológicos (art 43, 44.1), actuación de oficio ante conductas inadecuadas (art 44.4), deberes corporativos en la organización sanitaria y condiciones de trabajo (art 44.7).

Capítulo X. Trabajo en las instituciones sanitarias

Mejora continua, fallos del sistema, trabajo en equipo y mejora de los sistemas de comunicación entre profesionales, desarrollo de sistemas de certificación y acreditación de la calidad, creación de una cultura de seguridad (art 45). Compromiso explícito del equipo directivo, dotación de recursos suficientes (art. 47).

Capítulo XI. Trasplante de órganos.

Diagnostico de muerte (art 49.1); donantes vivos (49.3), Trasplante de tejidos compuestos y drogas inmunosupresoras (art 50).

Capítulo XII. Reproducción humana.

Información sobre prácticas sexuales seguras y trasmisión de enfermedades (art 51.2, 3 y 5), manipulación sobre embrión y feto (art 53.1), información de pruebas prenatales (54.1-2).

Capítulo XIII. Pruebas genéticas.

Enfermedades hereditarias y fiabilidad de las pruebas, utilidad de la misma y resolución del problema(art 58).

Capítulo XIV. Investigación médica sobre el ser humano

Información y consentimiento, medicina basada en la evidencia (art 59.2).

Capítulo XV. Tortura y vejación de la persona

Formas de maltrato y denuncias (art 60.1).

Capítulo XVI. Dopaje deportivo.

Mejora de resultados en el deporte y drogas (art 61).

Capítulo XVII. Médicos peritos

Capacitación del perito (art 62.9).

Capítulo XVIII. Docencia médica

Incomodidades a los paciente (art 63.5).

Capítulo XIX. Publicaciones profesionales

Falsificación e invención de datos (art 64.3).

Capítulo XX. De la publicidad

Pseudociencias y pseudoterapias especialmente en pacientes vulnerables, publicidad engañosa y prudencia, discreción, objetividad, veracidad (art 65).

Capítulo XXI. Economía y honorarios

Incentivos a la prescripción farmacéutica, ensayos clínicos con medicamentos (art 66.6).

Conclusiónes

1. La seguridad del paciente es un tema intrinsecamente ético, tanto personal como de las organizaciones sanitarias.
2. Es un componente fundamental de la calidad asistencial que, responde al principio clásico de *"primun non nocere"* y del resto de principios bioéticos.
3. Nuestro Código Deontológico en todo su articulado recoge explícita e implícitamente aspectos de la seguridad del paciente.

Poster 4

"NUESTROS CASOS"

Burdeus Gómez, M.R., Rodríguez Torrente, M., Morros Díaz, E., Gracia Arnillas, R.M., Pelegrin Valero, C.M.

Comisión de Deontología del Colegio Oficial de Médicos de Huesca

COMSION DEONTOLOGICA
COLEGIO DE MEDICOS DE HUESCA. NUESTROS CASOS

Burdeus Gómez, M.R., Rodríguez Torrente, M., Morros Diaz, E., Gracia Arnillas, R.M., Pelegrin Valero, C.M.

11 reclamaciones documentadas referidas a actuaciones médicas. (Julio 2014 y Julio 2017. -3 años-)

PROTOCOLO DE ACTUACION
- Análisis del contenido: quien denuncia a quien y motivo
- Texto del escrito y documentación aportada.
- Comparecencia del denunciado, si procede.
- Otras indagaciones.

→

PROPUESTA DE LA C.D.
- Estudio de los artículos del C.D. que pudieran verse afectados
- Conclusión y Propuesta.
- Remisión de la misma a la J.D.

→

DICTAMEN Y ACTUACIÓN J.D.
- Contestación de la J.D. al reclamante / reclamado si procede.
- Carta / Citación presencial

DENUNCIANTE	CONCLUSION C.D.	ACTUACION J.D.
1.- Hija de paciente que denuncia una mala atención por parte del MAP en atención domiciliaria. Art 8.1 RELACIONES DEL MEDICO CON SUS PACIENTES	1.- **No trasgresión** del CD pero recordar la adecuada actitud relación m-p-y déficit de comunicación.	1.-Citación del Medico con la J.D. del Colegio. **Se le recuerda la necesidad de adecuada actitud y comunicación M-P.**
10.- Familia de un paciente que ingresa con enfermedad terminal para Tto. paliativo en Clínica privada. Se denuncian retrasos en el Tto. e información contradictoria. Art 44.7. RELACIONES CON LA CORPORACION MEDICA COLEGIAL	10.- **No hay datos objetivos de mala praxis o conculcación deontológica,** aunque si hubo un retraso en la administración de la medicación y se detecta una inexistencia de protocolo en la organización de la comunicación del Centro Medico.	10.- CARTA a la familia CARTA al Centro Medico con las conclusiones y para que adapten las medidas correctoras oportunas
7.- Paciente que ha sufrido accidente de trafico con lesiones que precisan rehabilitación denuncia al medico rehabilitador por mala atención que deriva en solicitud de cambio de especialista. Art 8.2 RELACIONES DEL MEDICO CON SUS PACIENTES	7.- **No hay reproche deontológico** pero recordar al medico la importancia de la comunicación durante el proceso asistencial	7.- CARTA
8.- Paciente que presenta reclamación por descortesía, negación a su identificación, negativa a emitir informe clínico, incumplimiento de horario de la cita, y deslealtad contra el S.P. de Salud. Art.21.3 CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA Art.45.2 TRABAJO EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS Art 5.3 LEALTAD DEL MEDICO CON SU PACIENTE	8.- **No hay reproche deontológico** pero recordar al medico la importancia de la comunicación e identificación en el proceso asistencial	8.-CARTA
9.- Familia de un paciente ingresado en hospital por cuadro confusional que denuncian la incorrecta actuación de varios facultativos y desacuerdo con el informe medico de alta. Art.22.1 CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA Art 25.2 CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA	9.- **no hay reproche deontológico** pero recordar al medico el cuidar al máximo la redacción del informe de alta, para así evitar malas interpretaciones	9.- CARTA
2.- Madre que denuncia al pediatra por mala praxis en la atención medica a su hijo afecto de una enfermedad congénita neurológica. Art. 37.3,38.3,39.1 RELACIOES DE LOS MEDICOS ENTRE SI Y CON OTROS PROFESIONALES 20.3 RELACIONES DEL MEDICO CON SU PACIENTE	2.- **No existe mala praxis ni conculcación del CD**	2.- CARTA
4.-Reclamación por mala praxis, conducta negligente y resolución de conflictos entre proveedor y usuario contra medico estomatólogo. Art.12.1-2-3 RELACION DEL MEDICO CON SUS PACIENTES Art.25.2 CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA	4.- a.- No se aprecia mala praxis 4.- b. - **La CD no es estancia para conflictos** P-U.	4.- CARTA
5.- Medico Hematólogo presenta copia de escrito /comunicado que también presenta a la gerencia de su centro, no consta denuncia, ni documentación.	5.- No competencia de CD	5.- CARTA
3.- Paciente que presenta una copia de reclamación presentada ante el SAP, sin concretar denuncia ni aportación de documentación.	3.- No competencia de CD	3.- CARTA
6.-Visado de publicidad para la apertura de una consulta de Medicina Estética. Art.24 CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA	6.- * Eliminar la referencia a especialidad de medicina estética que no existe como tal. * No figure listado de procedimientos específicos.	6.- CARTA
11.-Reclamación por honorarios abusivos. Art.66.2y3 ECONOMIA Y HONORARIOS LEY DEL CONSUMIDOR Directrices de la CCD sobre Publicidad Medica Apartado III , Norma 4, punto 7.	11.- No se objetiva conculcación del CD, se aconseja consultar la Ley de defensa del consumidor. Se sugiere que desde el Colegio se recuerde a todos los Colegiados con Ejercicio Privado consultar la Ley de Defensa del Consumidor y Usuario en la gestión de sus Consultas.	11.- CARTA RECOMENDACION COLEGIADOS SMS.

CONCLUSIONES.

5.- Quejas en el trato o actuación medica
2.- Por mala praxis
1.- Honorarios abusivos
1.- Visado de publicidad
2.- No competencia de CD

RESOLUCION:

Ningún caso de MALA PRAXIS,
Ningún caso de SANCION.
1 caso de APERCIBIMIENTO VERBAL
7 casos NOTIFICACIÓN de resolución POR ESCRITO.

Las mas frecuentes han sido de LA RELACION MEDICO - PACIENTE Y LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

1.- Visado de publicidad → MEDICIA ESTETICA (+ Frecuentes)
5.- Reclamaciones de la Sanidad Publica: 1 en atención domiciliaria
4 en CEX Hospitalarias
3.- Reclamaciones de Medicina Privada : 1 ingreso CUIDADOS PALIATIVOS
1 ESTOMATOLOGIA
1 ORL

CONGRESO NACIONAL DE DEONTOLOGÍA MÉDICA

Poster 5

"INFORME CLÍNICO/ INFORME PERICIAL: DIFERENCIAS."

Marcilla Areces Eduardo, Pérez Arias Ángel, Fernández Colomer Belén, González García Manuel, Suarez Vega Cristina

Comisión de Deontología del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Asturias

OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

V CONGRESO NACIONAL DE DEONTOLOGÍA MÉDICA



INFORME CLÍNICO/ INFORME PERICIAL: DIFERENCIAS.

Marcilla Areces Eduardo, Pérez Arias Ángel, Fernández Colomer Belén, González García Manuel, Suarez Vega Cristina
Comisión de Deontología del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Asturias

OBJETIVO

Para dar respuesta a la solicitud de expedientes sancionadores frente a médicos por la realización de informes, supuestamente periciales, habiendo actuado como clínicos.



CONSIDERACIONES DEONTOLÓGICAS

Según el CDM: Capítulo XVII: Art. 62:

"El cargo de perito es incompatible con haber intervenido como médico asistencial de la persona peritada."

¿QUÉ ES EL INFORME MÉDICO PERICIAL?

Gisbert Calabuig:

Conocer las consecuencias que un suceso determinado ha tenido sobre la integridad psicofísica y la salud de la persona, para obtener una evaluación final que permita al juzgador establecer las consecuencias exactas del mismo: penales, laborales, económicas, familiares, morales, etc.

¿QUÉ MODELO DE INFORME SE UTILIZA?

B.O.E. , Núm. 228 Miércoles 23 de septiembre de 2015 Sec. I. Pág. 84473 I.

LEY 35/2015

de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

¿QUÉ ÁMBITOS ABARCA?

Abarca tres grandes áreas:

Ámbito privado

Relaciones contractuales establecidas previamente entre particulares: seguros del automóvil, de vida, etc.

Ámbito administrativo

Médicos de los equipos de valoración de incapacidades (EVIS), de los equipos de valoración y orientación (EVO), de las mutuas de accidentes.

Ámbito jurídico

- Penal: agresiones, accidentes de tráfico, accidentes laborales, etc.
- Civil: accidentes de tráfico, principalmente.
- Social (laboral): determinación de minusvalías; disconformidad con los dictámenes de los EVIS que versan sobre incapacidades profesionales.
- Contencioso-administrativo: disconformidad con los dictámenes de los tribunales médicos del Ejército, de las Fuerzas de Seguridad del Estado, etc.

EL INFORME CLÍNICO, ASISTENCIAL, CONSTA DE:

1- Motivo de Atención.
2- Antecedentes.
3- Hª actual.
4- Exploración Física.
5- Pruebas Complementarias,
6- Impresión Diagnóstica,
7- Tratamiento.
8- Fecha y Firmas

EL INFORME PERICIAL: MODELO

1- IDENTIFICACIÓN DL PERITO
2- DATOS GENERALES
3- FUENTES DEL INFORME
4- INFORME MÉDICO
5- CONSIDERACIONES MÉDICO-LEGALES
6- VALORACIÓN DE LESIONES TEMPORALES
7- VALORACIÓN DE SECUELAS
8- DAÑOS MORALES POR SECUELAS
9- DAÑOS MORALES POR PÉRDIDA DE CALIDAD DE VIDA POR SECUELAS Y DE FAMILIARES.
10-PERJUICIO PATRIMONIAL:RHB, PRÓTESIS, AYUDAS TÉCNICAS, DE MOVILIDAD, 3ª PERSONA, DE MOVILIDAD..

IDENTIFICACIÓN DEL PERITO

D……..Licenciado/Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de….., colegiado en el Ilustre Colegio de Médicos de……con nº de colegiado…. realiza el presente informe sobre lesiones ocasionadas en……..a D/Dña……..con fecha……..

Conforme al Art. 335.2 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, al emitir el dictamen manifiesto bajo juramento que he actuado y actuaré con la mayor objetividad posible, tomando en consideración tanto lo que pueda favorecer como lo que sea susceptible de causar perjuicio a cualquiera de las partes y que conozco las sanciones penales en las que pudiera incurrir si incumpliera mi labor como perito, a petición de…..

CONSIDERACIONES MÉDICO-LEGALES:

Existencia de criterios de causalidad médico legal entre el accidente y las lesiones sufridas:

Anatómico o topográfico:	Sí___	No ___
De intensidad o proporcionalidad:	Sí___	No___
Criterio cronológico:	Sí	No
Criterio de continuidad sintomática:	Sí	No
Criterio de evolución lógica lesional:	Sí___	No___
Criterio de ausencia de estado patológico anterior:	Sí	No

LESIONES TEMPORALES:

PERJUICIO PERSONAL POR PERDIDA TEMPORAL DE CALIDAD DE VIDA
(Tabla 3.A y 3.B- Ley 35/15)
Fecha de estabilización lesional……..
Tiempo de estabilización lesional…… (días totales)
Días de perjuicio muy grave…
Días de perjuicio grave……..
Días de perjuicio moderado…
Días de perjuicio básico….

PERJUICIO POR SECUELAS:

1- SECUELAS FUNCIONALES Y ESTÉTICAS

La determinación de las secuelas y de su gravedad e intensidad se realiza de acuerdo con el baremo médico contenido en la tabla 2.A.1.

2-POR PERDIDA DE CALIDAD DE VIDA : INCAPACIDAD

Actividades esenciales de la vida diaria y de desarrollo personal.

PERJUICIO PATRIMONIAL:

E(Tabla 2.C –Ley 35/15)
-Ayuda de tercera persona.
-Prótesis/Órtesis.
-Rehabilitación domiciliaria/Ambulatoria,
-Ayudas técnicas, Adecuación de la vivienda.
-Gastos previsibles de asistencia sanitaria futura.
-Pérdida de autonomía que afecta a la movilidad.

OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

V CONGRESO NACIONAL DE DEONTOLOGÍA MÉDICA

Poster 6

"SEDACIÓN PALIATIVA. UN DEBER DEONTOLÓGICO"

Autores: López Lirola Emilia Mª, Losilla Maldonado Mª Amparo, Fiol Ruíz Gabriel, Vázquez Gutierrez Francisco José, Lucena García Silvia

Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Almería

OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

V CONGRESO NACIONAL DE DEONTOLOGÍA MÉDICA

Colegio Oficial de Médicos de Almería



SEDACIÓN PALIATIVA. UN DEBER DEONTOLÓGICO

Autores: López Lirola Emilia Mª, Losilla Maldonado Mª Amparo, Fiol Ruíz Gabriel, Vázquez Gutierrez Francisco José, Lucena García Silvia
Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Almería

La sedación paliativa es la disminución deliberada de la conciencia del enfermo mediante la administración de fármacos apropiados con el objetivo de evitar un sufrimiento insostenible causado por uno o más síntomas refractarios (aquel que no puede ser adecuadamente controlado con los tratamientos disponibles, aplicados por médicos expertos, en un plazo de tiempo razonable). Puede ser continua o intermitente y su profundidad se gradúa buscando la dosis mínima que logre el alivio sintomático.

La sedación paliativa en la agonía es la que se utiliza cuando el enfermo se encuentra en sus últimos días u horas de vida para aliviar un sufrimiento intenso. En esta situación la sedación es continua y tan profunda como sea necesario para aliviar dicho sufrimiento.

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

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

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.

OBJETIVOS:

- Determinar la frecuencia de sedaciones paliativas en una Unidad de Cuidados Paliativos.
- Analizar los motivos por los que fue indicada la sedación paliativa y la medicación más usada.

METODOLOGÍA:
Estudio restrospectivo sobre las sedaciones paliativas realizadas durante un año en una Unidad de Medicina Paliativa Hospitalaria.
Se analizan las variables: edad, sexo, tipo de cáncer, indicación y decisión, voluntades anticipadas, motivo y tipo de sedación, fármacos usados y duración de la misma.

RESULTADOS

De un total de 179 fallecimientos precisaron sedación paliativa en situación de últimos días 42 pacientes.
En todos los casos la sedación fue indicada por el facultativo responsable de la asistencia del paciente ante la presencia de síntomas refractarios y se contó con el consentimiento del propio paciente y/o familiares directos.
Estuvo consensuada con el resto del equipo y quedó reflejada en la historia clínica. En ninguno de los casos hubo discrepancia de criterios.
Sólo un caso tenía registrada las voluntades anticipadas.

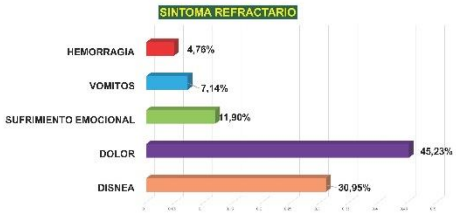


Media de edad 66,64 años (DT 12,72) min.:32 años, máx: 94 años.

El 95,23% (n=40) fueron sedados con Midazolam.

El 4,76% (n=2) precisaron asociación Midazolam+ Haloperidol







CONCLUSIONES

- **El 23,46% de los pacientes que fallecen en la Unidad de Cuidados Paliativos precisan sedación paliativa por la presencia de síntomas refractarios.**
- **El dolor fue el síntoma refractario más frecuente, seguido de la disnea y el sufrimiento emocional.**
- **El midazolam es el fármaco más usado para la sedación, en todos los casos continuada y el tiempo medio hasta el fallecimiento fue de 2 días.**

OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

Poster 7

"UN CAMBIO NECESARIO. Medicina deportiva y reconocimientos médicos"

Autores: Martínez Calduch, Blanca. Jiménez de Aldasoro, Maria Antonia. García Guerrero, Julio. Boix Rajadell, Vicente. Ventura Alvarez, Mario Eliseo

Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Médicos de Castellón

V CONGRESO NACIONAL DE DEONTOLOGÍA MÉDICA

UN CAMBIO NECESARIO

Medicina deportiva y reconocimientos médicos

Martínez Calduch, Blanca. Jiménez de Aldasoro, María Antonia. García guerrero, Julio. Boix Rajadell, Vicente. Ventura Álvarez, Mario Eliseo.
Comisión de Deontología. Colegio Oficial de Médicos de Castellón.

INTRODUCCIÓN

Recientemente un joven de 15 años falleció de "muerte súbita" mientras disputaba un partido de fútbol base en un pueblo de Valencia. El Servicio de Urgencias, se desplazó de forma inmediata al campo de futból, pero solo pudo confirmar la muerte del joven.
Este caso, ha vuelto a poner de manifiesto que no existen criterios claros en lo que respecta a los requisitos de salud previos que tienen que ser exigidos a las personas de cualquier edad que decidan practicar deporte. Este problema incide en la práctica asistencial diaria de los médicos, en la emisión de certificados o informes para realizar deporte.
Proponemos reflexionar sobre el tema desde la Deontología Médica.

CONFLICTOS DEONTOLÓGICOS

Artículos del Código de Deontología Médica en los cuales nos podemos encontrar interesados por dicho tema:

-Cap. II (Principios Generales), en sus Art. 5.1 y 5.3. Art. 7.2. Responsabilidad social del médico.

-Cap. III (Relaciones del Médico con sus Pacientes), Art. 20.3.Presiones del entorno.

-Cap. IV (Calidad de la Atención Médica), Art. 21.2.Gestion ética de los recursos.

-Cap. XVI (Dopaje Deportivo), Art. 61.4. Competente.

CONCLUSIONES

1- La practica deportiva, puede exigir previamente exámenes de salud que valoren la aptitud de la persona para realizarla.

2- Estos exámenes deben ser trazados y realizados por médicos instruidos para dicha actividad, que cuenten con los recursos y medios necesarios para ello.

3- Planteamos a la Comisión Central de Deontología que aborde el tema en la redacción del nuevo CDM. Cambiando el capítulo actual de "Dopaje Deportivo" por otro más completo referido a la Medicina y Deporte.

BIBLIOGRAFIA

1-Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

2-Ley 2/2001, de 22 de marzo, de la Generalitat, del Deporte y de la Actividad Física de la Comunitat Valenciana.

3-Código de Deontología Médica. OMC, Madrid 2011.CapítuloXVI. Art. 61,4.

4-"El buen quehacer del médico".

5-"Manual de Ética y Deontología Médica".OMC. Madrid, 2011(págs. 263-270)

OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

Poster 8

"¿Debemos prescribir placebos? Aspectos asistenciales y éticos"

Autores: Verd Vallespir S, Juan Verger V, Pérez Artigues JA, Casado Campolongo F, Gual Catany C.

Comité de Ética Asistencial, Atención Primaria de Mallorca (COMETA-AP)

¿Debemos prescribir placebos? Aspectos asistenciales y éticos

Verd Vallespir S, Juan Verger V, Pérez Artigues JA, Casado Campolongo F, Gual Catany C.
Comité de Ética Asistencial, Atención Primaria de Mallorca (COMETA-AP)

INTRODUCCIÓN

En la 2ª Guerra Mundial, se agota la morfina en las trincheras. El Dr. Harry Beecher sigue operando con suero. En 1955 publica revisión de 15 estudios mostrando eficacia del placebo en el 35% de los pacientes

Mecanismos:

Inconsciente, condicionamiento clásico. *Ader 1982, Goebel 2002*

Consciente, las expectativas, sugestión, efecto Hawthorne, comunicación. *Barefoot 2011*

En la última década se demuestra la eficacia de los placebos declarados. *Sandler 2008, Kapchutk 2010, Kelley 2012, Carvalho 2016, Schaefer 2016*

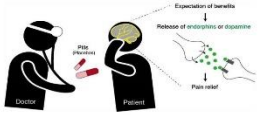
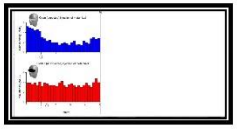


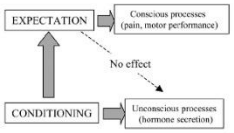
Fig 1. Alivio dolor, endorfinas, dopamina, médico y paciente

Fig 2. Metamizol (abierto/oculto)



Benedetti F, Physiol Rev 2013

Fig 3. Expectation-Conditioning



Benedetti Benedetti F. J Neurossci. 2003

DISCUSIÓN

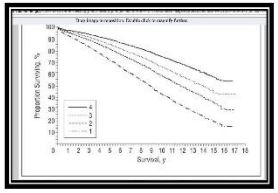
El tratamiento es superior al placebo en la misma medida en que el placebo es superior a no dar tratamiento.

El Colegio de Médicos alemán está a favor del placebo en la clínica diaria. El estadounidense está en contra, no así su Instituto Nacional de Bioética. *Harris 2012*

Según encuestas en diferentes países, la mitad de los médicos y una cuarta parte de los pacientes están en contra del uso del placebo puro (cápsulas inertes)

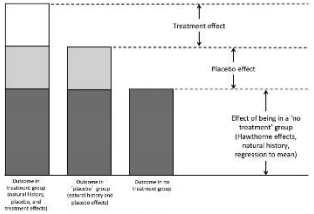
El 15% de los médicos usa los puros pero el 90% usa los impuros (medicamentos de probadas ineficacia y reacciones adversas) *Meissner 2012, Pabel 2013, Hull 2013, Howick 2013*

Fig 4. Curva de supervivencia tras coronariografía según expectativas



Barefoot J. Arch Med 2011

Fig 5. Tratamiento vs placebo vs nada



Howick J. PLOS One 2013.

CONCLUSIONES

Los nuevos conocimientos sobre mecanismos de acción del placebo, eficacia y la opinión de los pacientes al respecto, junto con la reciente aplicación de los placebos declarados ,que no atentan con la autonomía del paciente, hacen necesario abrir el debate .

Fig 1. https://thepsychogrok.com/2017/12/09/the-drug-that-does-it-all/
Fig 2.https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3962549 .Fig 4./PMC3634672.Fig 5./PMC3655171/figure
Fig 3. http://www.jneurosci.org/content/23/10/4315

Poster 9

¿Puede considerarse publicidad excesiva la difusión en redes sociales de la participación de los médicos en congresos y publicaciones?"

Autores: Fiol Ruiz, Gabriel; López Lirola, Emilia; Abad Vivas-Perez, José Ignacio; Galera Samaniego, Margarita; Checa González, Manuel.

Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Almería

Colegio Oficial de Médicos de Almería



¿PUEDE CONSIDERARSE PUBLICIDAD EXCESIVA LA DIFUSIÓN EN REDES SOCIALES DE LA PARTICIPACIÓN DE LOS MÉDICOS EN CONGRESOS Y PUBLICACIONES?

Fiol Ruiz, Gabriel; López Lirola, Emilia; Abad Vivas-Perez, José Ignacio; Galera Samaniego, Margarita; Checa González, Manuel.

Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Almería

El uso actual de las redes sociales ha modificado las tendencias de marketing permitiendo una mayor y más ágil difusión de las ofertas empresariales. Ser visibles significa gestionar una buena reputación. El médico también utiliza estos recursos para promover y divulgar sus conocimientos y asentar un prestigio profesional. La trayectoria en la red van dejando un rastro que configura el branding y la identidad de marca del profesional.

¿Hasta dónde puede considerarse que la difusión online de logros profesionales o participación en congresos sea publicidad excesiva o deontológicamente cuestionable?

Abordamos esta cuestión sobre un caso presentado en nuestra Comisión Deontológica.

Se trata de un colegiado que expresa su queja y malestar por la excesiva información en prensa y en la red de otro profesional de su misma especialidad que expone reiteradamente sus participaciones en congresos nacionales e internacionales, publicaciones en revistas de prestigio y avances tecnológicos de su clínica. Incluye múltiples testimonios de pacientes que relatan el éxito en términos de salud obtenido gracias a la actuación profesional de este médico y de sus compañeros de la clínica que dirige.

El Código de Ética y Deontología Médica recoge en su artículo 65 algunos aspectos en los que podíamos encontrar elementos de crítica en los que basar la discusión de este caso:

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



"2.-La publicidad está reservada a los espacios y medios específicamente dedicados a este fin. El ciudadano debe percibir con claridad que se trata de un mensaje publicitario. Debe quedar claramente diferenciado el mensaje publicitario de la comunicación del avance científico.

"3.- La publicidad médica ha de ser objetiva, prudente y veraz, de modo que no levante falsas esperanzas o propague conceptos infundados. El médico podrá comunicar a la prensa y a otros medios de difusión no dirigidos a médicos, información sobre sus actividades profesionales"

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

La Comisión Deontológica concretó que analizando la amplísima documentación remitida por el colegiado denunciante no se aprecia transgresión evidente del artículo 65, si bien puede ser considerada en ocasiones al borde de los puntos 2 y 3 del mismo.

CONCLUSIÓN

Las redes sociales ofrecen una gran oportunidad para divulgar las capacidades del médico y posicionarse como experto dentro de una comunidad. Contribuyen a potenciar la reputación online y la identidad de marca. Sin embargo la prudencia y el decoro profesional siguen constituyendo señas de identidad que la profesión médica no debe dejar de observar.

CONGRESO NACIONAL DE DEONTOLOGÍA MÉDICA

Poster 10

"Peritos y Deontología. Deontología Compartida"

Hidalgo Carballal, Antonio. García Rico, María Arántzazu. Ávila Zarco, María José.

Subdirección de Cuenca del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Albacete, Cuenca y Guadalajara. Ministerio de Justicia.

OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

PERITOS Y DEONTOLOGÍA. DEONTOLOGÍA COMPARTIDA Y TRABAJO EN EQUIPO.

COMPARATIVA DE LOS CÓDIGOS DEONTOLÓGICOS DE MÉDICOS, PSICÓLOGOS Y TRABAJADORES SOCIALES EN EL ÁMBITO FORENSE.

Hidalgo Carballal, Antonio. García Rico, María Arántzazu. Ávila Zarco, María José.
Subdirección de Cuenca del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Albacete, Cuenca y Guadalajara. Ministerio de Justicia.

INTRODUCCIÓN

El **asesoramiento pericial** de los colegiados médicos ante Juzgados y Tribunales de Justicia, es una cuestión ya de antiguo valorada en el ámbito de la Deontología Profesional, en virtud de la incuestionable importancia del dictamen del experto en cuestión en relación a la adecuada resolución judicial del caso, al ser necesario el conocimiento de las normas morales a observar en la evacuación de este particular tipo de informes facultativos.

No siendo el experto médico el único a quien la legislación encomienda esta especial labor de asesoramiento científico, comparamos en la presente comunicación las directrices deontológicas a observar por los tres colectivos profesionales más involucrados en el enjuiciamiento de sucesos con connotaciones sanitarias a **nivel bio-psico-social**: los médicos, los psicólogos y los trabajadores sociales, siendo el eje común de sus tres Códigos de Deontología el respeto a la **VERDAD** en sus dictámenes periciales, como manifestación del compromiso básico de integridad y honradez, principios fundamentales de esta parcela de la profesión.

Es tal la importancia que el Jurista concede a este aspecto que de su vulneración no sólo se derivará el acaecimiento de una infracción disciplinaria de las contempladas en nuestros Estatutos dentro de la categoría de las graves (*"…emisión de informes o expedición de certificados con falta a la **VERDAD**"*), sino que el Código Penal (actualizado a 3 de Noviembre de 2016), castiga en su artículo 459 al Perito que faltare a la ***VERDAD*** maliciosamente en su dictamen, con la pena de prisión (2-3 años) y multa (6-12 meses), así como con la inhabilitación especial para profesión u oficio, empleo o cargo público, por tiempo de 6 a 12 años. La propia Ley 1/2000 de 8 de Enero de Enjuiciamiento Civil (actualizada por Ley 42/2015, de 5 de Octubre), exige en su art.335.2 que el Perito *"deberá manifestar bajo juramento o promesa de decir **VERDAD**, que ha actuado y en su caso actuará con la **mayor OBJETIVIDAD** posible, tomando en consideración tanto lo que pueda favorecer como lo que sea susceptible de causar perjuicio a cualquier de las partes…"*.

TRIADA PERICIAL BIO-PSICO-SOCIAL FORENSE

Retomando la Triada pericial objeto de esta comunicación (Médico/Psicólogo/Trabajador Social Forenses), debemos retrotraernos 13 años, cuando en 2004 la ***L.O. 1/2004 de 28 de Diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género***, en su Disposición Adicional Segunda ("*Protocolos de Actuación*"), se estableció la organización de los servicios forenses (Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses), contando con la creación de ***Unidades de Valoración Forense Integral***, servidas por médicos, psicólogos y trabajadores sociales forenses, los cuales acceden por oposición del Ministerio de Justicia y se encuentran a su único y exclusivo servicio, encargándose de ofrecer a las víctimas una valoración bio-psico-social materializada en el preceptivo informe conjunto.

•Este **dictamen pericial conjunto**, fruto del trabajo interdisciplinar, necesariamente ha de respetar de manera más que escrupulosa las **directrices deontológicas exigidas por sus respectivos Colegios profesionales**, máxime ante víctimas tan vulnerables y especialmente cuando se ven involucrados menores de edad.

Comparando los tres Códigos en cuestión (Médicos VII-2011; Psicólogos 06-III-2010 y Trabajadores Sociales 9-VI-2012), evidenciamos similitudes entre ellos en relación a determinados aspectos de la función pericial, tales como la calidad, deber de veracidad, objetividad, prudencia, confraternidad, lucha contra el intrusismo y charlatanismo, deber de información y secreto o formación continuada.

•En el caso de los **Médicos**, del total de 66 artículos, 19 contienen cuestiones a observar por los Peritos; en los **Psicólogos** de 61 artículos, 19 se aplican a las pericias, y en los **Trabajadores Sociales** del conjunto de 69, 23 tratan estas cuestiones.

CÓDIGO DEONTOLOGÍA	MÉDICOS	PSICÓLOGOS	TRABAJADORES SOCIALES
CALIDAD.	Art. 7.2., 7.5. Art.21.1 Art. 45 Art.46.1	Art. 6	Art. 9. Art. 43.
VERDAD. Objetividad. Honestidad.	Art. 20.1	Art. 15	Art. 8, 16 Art. 53.
PRUDENCIA. Incluido el deber de abstención por incapacidad.	Art. 5.4 Art. 22.1 Art. 62.4	Art. 6 Art. 12, 17-18 Art. 24, 29 Art. 48	
INTRUSISMO.	Art. 24	Art. 14 Art. 51	Art. 66.
CHARLATANISMO.	Art. 28.1		
DEBER DE DENUNCIA.	Art. 26.8 Art. 45.2		
CONFRATERNIDAD CON OTRO PERITO.	Art. 37.1, 2,3 Art. 38.3,4	Art. 22	Art. 64.
INCOMPATIBILIDAD ASISTENCIAL.	Art. 62.5		
IDENTIFICACIÓN. Información.	Art. 10 Art. 62.6	Art. 25 Art. 42	Art. 12 Art. 18.
SECRETO	Cap. V, art. 27 a 31 Art. 9.1. Art. 62.3, 9	Art. 39-41 Art. 43-44 Art. 46	Art. 11, 22, 26, 29 Art. 31. Cap. VI, art. 36-41. Art. 48
FORMACIÓN CONTINUADA	Art. 7.3. Art. 46.1		Art. 44

OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

V Congreso Nacional De Deontología Médica

Segovia 2018

OMC

ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018

Entrevistas



OMC Organización Médica Colegial de España | Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

V Congreso Nacional De Deontología Médica

Segovia 2018



OMC

ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018

Fernando González Urbaneja

Licenciado en Ciencias Políticas y graduado por la Escuela de Periodismo de la Iglesia (1972)



OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

V Congreso Nacional De Deontología Médica

Segovia 2018



OMC

ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018

Dra. María Castellano Arroyo

45 años de experiencia en el campo de la Medicina Legal y Forense y ser la primera catedrática de una facultad de Medicina en España



OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

V Congreso Nacional De Deontología Médica

Segovia 2018



OMC

ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018

Dr. Juan José Rodríguez Sendín

Miembro de la Comisión Central de Deontología



OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

V Congreso Nacional De Deontología Médica

Segovia 2018



OMC

ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

V Congreso Nacional De Deontología Médica

Segovia 2018

OMC

ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018

Entrevistas

MÉDICOS Y PACIENTES .COM 10 AÑOS

OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

V Congreso Nacional De Deontología Médica

Segovia 2018



OMC

ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018

Elevar la Ética y la Deontología a la categoría de lo cotidiano, objetivo de la OMC

El V Congreso de Deontología Médica comenzó en Segovia marcándose como objetivo elevar la ética a la categoría de lo cotidiano, según se puso de manifiesto en la inauguración de una cita que congrega a más de dos centenares de profesionales dispuestos a debatir sobre la ética en la Medicina y, de manera especial, acerca de aquellos temas que próximamente serán incluidos en el nuevo Código Deontológico, cuya publicación está prevista para finales de 2018



Moreno, Dr. Romero, Sanz, López Escobar, Luquero, Sáez Aguado, Dr. Guilabert, Sanz Merino y Dr. Díaz Villarig.

Intervinieron en el acto inaugural Clara Luquero, alcaldesa de Segovia; Carlos Moreno, director general de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad; Antonio Sáez Aguado, consejero de Sanidad de Castilla y León; el Dr. Serafín Romero, presidente de la Organización Médica Colegial; el Dr. Juan José Rodríguez Sendín, presidente de la Comisión Central de Deontología de la OMC; el Dr. José Luis Díaz Villarig, presidente del Consejo Autonómico de Colegios Médicos de Castilla y León; el

OMC Organización Médica Colegial de España | Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

Dr. Enrique Guilabert, presidente del Colegio de Médicos de Segovia; y el Dr. Bernardo Casanova, presidente de la Comisión de Deontología de la institución segoviana.

También estuvieron presentes Pilar Sanz, subdelegada del Gobierno en Segovia; Francisco Javier López Escobar, delegado territorial de la Junta de Castilla y León; José Luis Sanz Merino, director del Área de Administraciones y Personal, entre otras autoridades.

Dr. Romero: "Los asuntos que afectan a la ética de la profesión generan controversia"

El presidente de la Organización Médica Colegial (OMC), Dr. Serafín Romero, destacó que se trata de un congreso que emana de las comisiones deontológicas de los propios colegios y "el hecho de que tengan un encuentro anual sirve para abordar temas de actualidad como las pseudociencias, asunto para el que la corporación ha creado un observatorio empeñado en proteger la salud y en luchar contra un intrusismo que es dañino en el entorno sanitario, o las influencias de las redes sociales y las nuevas tecnologías".

Explicó que los asuntos que afectan a la ética de la profesión, "no son temas de blanco o negro, generan controversia" y precisan que se revisen a lo largo del tiempo. "Nos encontramos en un momento de actualización y revisión de nuestro Código Deontológico y parte de lo que aquí se analice va a incidir en la nueva versión", señaló el Dr. Romero, que puso en valor el éxito de organización del Colegio de Médicos de Segovia y subrayó que la cita cuenta con representación de médicos europeos, procedentes de Portugal en este caso, "porque la profesión tiene un compromiso con trasladar y discutir cómo piensan los médicos de España".

El presidente de la OMC comentó que "nos gustaría aspirar a un código común europeo, al igual que hemos planteado a los colegas latinoamericanos una carta de principios éticos que unen a los profesionales". Destacó que uno de los objetivos de la organización es que se reconozca la relación médico-paciente como patrimonio inmaterial de la humanidad.

Sáez Aguado: "Los valores éticos del médico están presentes en el día a día de la sanidad"
El consejero de Sanidad de Castilla y León, Antonio Sáez Aguado, expuso que el Código de Deontología exige los médicos responder ante sus pacientes y "esos valores están muy presentes en el día a día de la sanidad". También resaltó el compromiso que establece del "buen uso que hacen los médicos de los recursos del SNS". A ello añadió que todos los responsables del sistema público, políticos y profesionales, "tenemos la obligación de mantenerlo, preservarlo y mejorarlo".

Carlos Moreno: "Los propios profesionales establecen pautas normativas para regular sus actuaciones"
Carlos Moreno, director general de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad, destacó que la reflexión ética sobre la práctica médica ha estado presente desde los orígenes de la profesión y ha acompañado su desarrollo a lo largo de la historia. Tradicionalmente, son los propios médicos quienes analizan y revisan los fundamentos deontológicos de su labor, cuestionan su quehacer profesional, formulan recomendaciones o establecen pautas normativas para regular sus actuaciones.

En estas últimas décadas "ha crecido el interés en el mundo por los aspectos de la conducta humana, y además se ha venido construyendo un vínculo entre ciencia y las humanidades, que contribuye a un proceso en el que se van entreverando discursos filosóficos sobre ética, deontología, ética médica, bioética y sus implicaciones en la investigación en salud, y cuyo tema central demandan la observancia de actitudes morales y fundamentos para elegir y decidir en orden al bien", detalló.

Dr. Guilabert: "Somos conscientes de la responsabilidad y el compromiso que tenemos con la sociedad"
Por otro lado, los intervinientes quisieron destacar en sus intervenciones la relevancia de la Deontología para su profesión. De este modo, el Dr. Enrique Guilabert apuntó la relevancia que tiene "el hecho de introducir la Deontología en los médicos jóvenes". Asimismo, incidió en que los médicos "somos conscientes de la

responsabilidad y el compromiso que tenemos con la sociedad, una exigencia que nos obliga a trabajar para ofrecer una garantía a los pacientes y a disponer de una guía de actuación de nuestros actos".

Reconoció que "ahora todos sabemos que son los miembros de la Comisión Deontológica de cada Colegio los que aportan los conocimientos y la experiencia para que sus juntas directivas puedan adoptar decisiones justas y adecuadas, sabiendo que no son fáciles y, en ocasiones, poseen una dificultad que requiere tiempo y dedicación para su resolución".

Dr. Rodríguez Sendín: "La Medicina sin ética y deontología no sería lo que es"

El presidente de la Comisión Central de Deontología de la OMC, Dr. Juan José Rodríguez Sendín, explicó que "la Medicina sin ética y deontología no sería lo que es, se convertiría en un oficio más" y aseguró que "hasta hace pocas décadas era un espacio que se reservaba a cierto tipo de compañeros muy estudiosos, pero el compromiso de la organización ha ido encaminado a llevarlo a todos los profesionales y a todos los actos asistenciales que se desarrollan a diario".

En la inauguración quedó patente la importancia de debatir sobre temas es el de las megabases de datos. "Esos datos van a ser manejados siempre, a priori, con beneficio para las personas, pero no quiere decir que no tengan riesgo", apuntó el Dr. Rodríguez Sendín, quien reconocía que aunque en el Congreso de Segovia no se van a tomar decisiones respecto al nuevo Código, sí esperaba que los congresistas se enriquezcan "con cuestiones, con debates, con casos muy particulares en los que se resuelven las cosas de manera muy diferente". "Vamos a hablar con quienes vengan al Congreso sobre los cambios, pero no sobre los cambios en sí, que serán discutidos por todos los colegiados de España", añadió el Dr. Rodríguez Sendín.

Dr. Díaz Villarig: "La propia profesión puede sancionar a un médico por su comportamiento"

Además, sobre las decisiones que pueden llegar a tomar las Comisiones de los Colegios respecto a un comportamiento éticamente cuestionable, el Dr. Díaz Villarig incidió en que "lo bueno que tiene una profesión como la nuestra es que, independientemente de la sanción que pueda tener un médico como ser humano, la propia profesión puede sancionarlo por su comportamiento". Por último, la alcaldesa de Segovia, Clara Luquero, resaltó el compromiso de los médicos "con la sociedad, con los seres humanos, por lo que es imprescindible con compromiso deontológico" y la actualización de los dilemas éticos que se analizarán en el congreso.

V Congreso Nacional De Deontología Médica

Segovia 2018

OMC

ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018

Dr. Abel Novoa: “Los médicos tienen que ser los que pongan las normas en su relación con la industria”

El Dr. Abel Novoa, presidente de la Plataforma No Gracias, abordó en el V Congreso de Deontología Médica los conflictos de intereses a los que se ven expuestos los médicos en sus consultas, especialmente tras el papel relevante que ha adquirido el marketing en la sociedad



Explicó que “la manera más obvia es la visita de un representante que va a las consultas para informar de los medicamentos, al tiempo que ofrece cursos, material docente, le invita a congresos... A veces le invita a comidas o a eventos de todo tipo, y se ha visto que esta influencia, estas relaciones comerciales, influyen en la prescripción”.

También subrayó que “la mayoría de los médicos creen que no, pero las evidencias dicen que sí influyen y que los facultativos que tienen más relaciones de este tipo con la industria tienen perfiles prescriptores de peor calidad. Utilizan más medicamentos de marca, que están fuera de las recomendaciones terapéuticas y utilizan más fármacos con los pacientes”

OMC Organización Médica Colegial de España | Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

Además, puso de manifiesto que “los médicos tomamos decisiones de acuerdo con unos protocolos o guías de práctica química que elaboran las sociedades científicas. Éstas son instituciones muy importantes. Normalmente están constituidas alrededor de especialidades o áreas de conocimiento y esas sociedades científicas son las responsables de realizar documentos muy importantes donde se sintetiza la información que utilizan los médicos. Sabemos que hoy en día la mayoría de las sociedades científicas de todo el mundo tienen una gran dependencia de la industria farmacéutica en su financiación. Reciben mucho más dinero de la industria farmacéutica que de otras fuentes y sabemos también que esto influye en cómo se elaboran las recomendaciones y los protocolos. Esto está causando un daño importante”.

El Dr. Novoa incidió en que se calcula que la mitad de los protocolos realizados por las mejores sociedades científicas del mundo tienen sesgos metodológicos importantes que están distorsionando las recomendaciones. “Es otra manera de cómo la industria influye en la prescripción de los médicos de esa manera”, afirmó.

De forma previa, la agenda de investigación también está dominada por los intereses comerciales. “Sabemos que solamente uno de cada cinco experimentos realizados en Medicina está financiado por el Gobierno o por instituciones no comerciales y sabemos que la mayoría de los experimentos financiados por empresas comerciales van a dar positivo; van a dar resultados que favorezcan el producto investigado. Eso se llama sesgo de financiación y es un sesgo sistemático que habla de que algo está pasando en esos experimentos, que hace que esos experimentos den positivos. A la hora de publicar esos ensayos clínicos sólo se publican los positivos, porque en el caso de los negativos, como el conocimiento pertenece a la compañía, ésta decide no publicarlos”.

A través de un repaso por la historia de las prescripciones médicas, el Dr. Abel Novoa llegó a la conclusión de que "si falla la priorización de la investigación, si falla la fiabilidad del conocimiento, si falla la regulación, si falla la difusión y síntesis del conocimiento, si falla la aplicación del conocimiento… no podemos culpar al médico que va a comer o va a un congreso invitado por la industria"

El ponente terminó diciendo que "si pensamos [los médicos] que la industria es el malo de la película, no vamos a avanzar; el problema es que sus objetivos no son los nuestros" y añadía que es posible tener buenas relaciones con la industria, "pero tienen que ser los médicos los que pongan las normas".

V Congreso Nacional De Deontología Médica

Segovia 2018

OMC

ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018

El desgaste profesional, un problema de salud pública

El 'burn out' es un estado emocional de desgaste profesional que se caracteriza por la desmotivación y el desinterés por el trabajo acompañado de malestar interno e insatisfacción, que según los expertos "es actualmente un grave problema de salud pública" del que hay que considerar su trascendencia, magnitud y vulnerabilidad, según expusieron en el V Congreso de Deontología Médica, celebrado en Segovia



Dr. Altisent, Dra. Pérez Molina-Ramírez y Dr. Ricardo Abengózar.

En la mesa, que estuvo moderada por la Dra. Carmen Pérez Molina-Ramírez, miembro de la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Segovia, participaron el Dr. Rogelio Altisent, director de la Cátedra de Profesionalismo y Ética Clínica de la Universidad de Zaragoza, y el Dr. Ricardo Abengózar, especialista en Medicina de Familia y Comunitaria.

El Dr. Altisent subrayó que el 'burn out' tiene varias víctimas: "el propio profesional, el paciente, el equipo y el sistema sanitario, que es la sociedad". Apuntó que hay que hacer un diagnóstico diferencial entre el "auténtico burn out" con el estrés, el cansancio, la depresión o cualquier otra enfermedad que pueda afectar al rendimiento profesional. Insistió en que "conviene diferenciarlo también con un problema de

relaciones personales dentro del equipo asistencial que genera tensiones, pero no se traduce automáticamente con el desgaste profesional".

Además, comentó que el 'burn out' es una patología profesional "que se debe abordar de manera sistemática e institucional y ahora no estamos haciendo nada, por lo que estamos muy preocupados por la seguridad del paciente porque no se presta atención a una de las mayores causas de errores".

El Dr. Altisent aseguró que estudios norteamericanos señalan que "el 50% de los profesionales ya están afectados y todos los años se suicidan 400 médicos" y aclaró que "aunque nuestro escenario no es el mismo, podemos acabar igual". Expuso que para hacer una prevención primaria hay que "impregnar la formación médica de sentido altruista". En este punto, defendió "una revitalización del sentido vocacional de la profesión, que debería tener repercusión en el aprendizaje de la dimensión ética durante los estudios de grado y en el acceso a la especialidad y la posterior formación".

En cuanto a la prevención secundaria, se mostró partidario de desarrollar "unidades de atención al colegiado para hacer diagnóstico diferencial, reformar los servicios de personal de las instituciones sanitarias para que también se dediquen a la promoción de sus profesionales y ampliar las funciones de salud laboral a la atención del 'burn out'.

El Dr. Abengózar propuso "fomentar un sentido de pertenencia a una comunidad moral, de una profesión milenaria, que comparte desde hace siglos un objetivo: el bien integral del paciente, sentirse afortunado por pertenecer a esta comunidad moral y ver la profesión como una vocación de servicio. Además de ver en cada paciente una nueva oportunidad de don, de servicio y de crecimiento personal".

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018

El médico no debe emplear procedimientos y prescribir medicamentos sin estar basados en la evidencia científica

Los médicos deben saber que algunos grupos de pacientes, como enfermos con cáncer, enfermedades psiquiátricas o crónicas graves, y los niños son particularmente vulnerables a los riesgos asociados con las prácticas pseudocientíficas no contrastadas con métodos de evidencia, según se puso de manifiesto en el V Congreso de Deontología Médica, celebrado en Segovia



Dr. Monés, Dr. Guilabert y Dr. Fernández Torrente.

En la mesa, que estuvo moderada por el Dr. Enrique Guilabert, presidente del Colegio de Médicos de Segovia, participaron el Dr. Joan Monés, profesor emérito de Medicina y Bioética de la Universidad de Barcelona; y el Dr. Jerónimo Fernández Torrente, coordinador del Observatorio contra las pseudociencias, pseudoterapias e intrusismo sanitario de la Organización Médica Colegial (OMC).

El Dr. Monés explicó que "los pacientes suelen escoger la medicina complementaria y con menor frecuencia la medicina alternativa. La medicina complementaria es menos problemática, aunque lo

sigue siendo, ya que evita el antagonismo con la medicina científica y favorece la colaboración sin limitadoras exclusiones".

Expuso que "10.000 médicos y 15.000 farmacias prescriben y venden homeopatía en España y 14 millones de españoles los consumen, pero un médico que practica la medicina científica sabe que los procedimientos de la medicina alternativa o complementaria no han sido validados. Por ello, es razonable que advierta y recomiende a sus pacientes no acudir a este tipo de prácticas".

De este modo, recomendó "advertir al paciente, de forma discreta pero firme, sobre los peligros que puede presentar para su salud el acudir a la medicina alternativa. Si el paciente desea complementar el tratamiento de la medicina científica con procedimientos alternativos, el médico que los practica debe de comunicarlo al médico responsable" e invitó a "intentar adaptar lo mejor de la medicina alternativa, es decir, su capacidad de sugestión frente al paciente, e incorporarlo a la práctica diaria de los médicos".

Según el Dr. Monés, "el médico que ejerce alguna medicina complementaria ha de estar en relación directa con los colegas que simultáneamente ejerzan su actividad profesional basada en los conocimientos avalados por la comunidad científica" y recordó que "es mala praxis el que los médicos que ejerzan medicinas complementarias limiten la información necesaria al paciente, con argumentos sesgados y/o demagógicos, y que incluso lleguen a no recomendar o impedir la consulta a médicos cuya práctica profesional se basa en la medicina científica".

También subrayó que "los médicos que ejercen la medicina científica han de respetar la decisión de sus pacientes de ser atendidos por médicos que no la aplican, sin descalificarlos despectivamente, aunque explicando claramente que no hay evidencia de su eficacia y que sus prácticas no están en absoluto avaladas por la comunidad científica".

Por su parte, el Dr. Fernández Torrente, señaló que "el riesgo de asumir que las pseudoterapias, tienen un papel en el tratamiento del sufrimiento humano va unido al debate ético del papel del placebo en la terapéutica".

Incidió en que “para cumplir con la lex artis y desarrollar la praxis buena el médico debe abstenerse de emplear procedimientos y prescribir medicamentos que no estén basados en la evidencia científica o en la eficacia clínica comprobada, aunque el paciente lo consienta”.

Manifestó que “cualquier obstáculo al acceso a este tipo de atención puede considerarse como una pérdida de oportunidad y, por tanto, como un posible fallo del sistema de salud”.

La Seguridad del Paciente se ha consolidado como una de las estrategias prioritarias del Sistema Nacional de Salud Español (SNS), y así es recogida en el Plan de Calidad para el SNS, en el que se explicitan objetivos y acciones para su desarrollo en colaboración con las Comunidades Autónomas, las Sociedades Científicas, los pacientes y las instituciones académicas y de investigación. Estos objetivos están orientados a promover nuevas sinergias en la implantación de políticas para la Seguridad del Paciente que permitan ofrecer una asistencia más segura y de mayor calidad en nuestro Sistema Nacional de Salud.

El Dr. Fernández Torrente, aseguró que “no existen medicinas alternativas, sino intentos de alternativa a la Medicina, sin fundamento científico reconocido” e insitió en que “la razón científica debe formar parte de la “razón ética, y sin la primera no puede construirse la segunda”.

Añadió que “la mejor garantía para las administraciones, los ciudadanos y los pacientes, es una profesión vertebrada adecuadamente, consciente de sus limitaciones, legalmente autorizada, que tenga las normas deontológicas y de autorregulación exigibles y que al mismo tiempo esté sujeta a un control externo”.

El coordinador del Observatorio contra las pseudociencias, pseudoterapias e intrusismo sanitario de la OMC incidió en que las pseudoterapias basadas en la “falsa ciencia “, representan un gran peligro porque existe el riesgo de que los pacientes abandonen terapias médicas efectivas por prácticas que no han demostrado de valor curativo, y esto puede ocasionar graves problemas de salud e incluso la muerte y por la posibilidad más que frecuente de retrasos

peligrosos y “pérdida de oportunidad“ en la aplicación de fármacos, procedimientos y técnicas reconocidas y avaladas por la comunidad científica.

“Independientemente del abandono de un tratamiento médico, algunas pseudoterapias, por sí mismas, pueden tener efectos negativos sobre la salud, suelen producir daños económicos o morales en los pacientes, provocan el encarecimiento de los procesos, que reciben atención múltiple, genera intrusismo en la profesión médica, con un preocupante aumento con el uso de Internet y las sectas están habitualmente relacionadas con las prácticas de pseudociencias”, señaló.

El Dr. Fernández Torrente concluyó que “ningún sanitario debería ofrecer pseudoterapias en su práctica clínica” y que “el médico tiene la obligación de informar al paciente de que las prácticas tradicionales no convencionales, alternativas y/o complementarias no son una especialidad dentro de la medicina científica y, por lo tanto, las formas de capacitación certificada dentro de estas áreas no constituyen una capacitación especializada reconocida por la comunidad científica ni legalmente en la mayoría de los países; ni forman parte , en de los contenidos propios del acto médico”.

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018

Objeción de conciencia: un refugio legal para el médico

La objeción de conciencia es algo inherente e irrenunciable para el facultativo, pero no debe convertirse en un arma con la que desafiar al Derecho. Según quedó reflejado en el V Congreso Nacional de Deontología Médica, celebrado en Segovia, la naturaleza jurídico-constitucional de la objeción de conciencia sanitaria es la de un derecho fundamental, que forma parte del contenido esencial de las libertades del artículo 16 de la Constitución, que en ocasiones provoca que surja un conflicto entre el deber moral del médico y el derecho del paciente



Dr. Casado, Dr. Manzanares y Dr. Zamarrón

En la mesa, que estuvo moderada por el Dr. Juan Javier Manzanares, director de la Fundación Científica del Colegio de Médicos de Segovia, participaron los Dres. Agustín Zamarrón y Mariano Casado, miembros de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial (OMC).

El Dr. Zamarrón subrayó que "la objeción de conciencia es la benévola exención, individualmente otorgada, por motivo moral o religioso al cumplimiento de una ley, norma o legitimo mandato. Las leyes constitutivas del Estado Democrático, originadas en la Ilustración, se asientan en dos principios fundamentales preconstitucionales, la igualdad y la libertad. Consecuente un tercero, la justicia que media

en el equilibrio de los anteriores y de los ciudadanos. Justicia, ahora, no solo coercitiva que ajusta la estructura de la sociedad y sus actores, sino en modo de equidad; justicia equitativa".

Aseguró que "la razón moral que obliga a la obediencia de la ley no es, únicamente, el acatamiento tácito por pertenecer a la sociedad que por tal norma se rige, sino, en expresión de P. Singer por participar en un procedimiento justo en la elaboración, modificación y permanencia de la propia ley. Así, "la jurisprudencia española, a imagen de otras occidentales, asume que la objeción de conciencia no es un derecho fundamental acrítico del ciudadano, sino que aviene a ser derecho individual cuando es reconocido en misma ley por los legisladores, en razonada ponderación de los contenidos materiales a que conviene y en adecuada proporcionalidad a la circunstancia".

El Dr. Zamarrón expuso que las razones que avalan la objeción de conciencia al cumplimiento legítimo de las leyes pueden ser "la falibilidad del humano discurso, que no puede asegurar que sean las leyes democráticas incontrovertibles e imperecederas; tan solo expresión racional de una mayoría; la diferente cesión que para alcanzar común consenso han de hacer grupos e individuos; el distinto peso con que gravita la exigencia de la ley sobre unos y otros; y la mutabilidad de tiempos y costumbres".

Concluyó que "la objeción de conciencia es exención de cumplimiento de una obligación legítima por fundado motivo moral o religioso e individualmente concedida, medio o no compensación a su ejercicio. Y siempre que se anteponga el cumplimiento del derecho que toda ley otorga a los mas, a la benevolente exención de los menos".

Por su parte, el Dr. Mariano Casado expresó que hay que diferenciar la "negativa del médico al cumplimiento de una norma legal por considerarlo contrario a su conciencia, de la negativa de la profesión médica al cumplimiento de una norma legal por vulnerar los valores que defiende e identifica a la profesión médica".

Comentó que la objeción de conciencia "no es un Derecho Humano, que aparece cuando hay un conflicto de valores, sobre el que hay que realizar un acto que es estrictamente individual y tiene un valor de tipo subjetivo". En este tipo

de acto el médico rechaza o niega utilizar material o seguir un procedimiento que estima que es perjudicial para el paciente o carece de eficacia: protocolos, material quirúrgico, técnicas quirúrgicas, fármacos. Sin embargo, en la objeción sobrevenida, inicialmente el médico no objeta, pero posteriormente surge algo que le genera un conflicto de conciencia, que no puede resolver por otro camino que no sea la objeción.

Según el Dr. Casado, existen criterios para la configuración de la objeción de conciencia. Se trata de una pretensión que puede ser invocada cuando "esté sustentada en un imperativo de la ética médica, tenga un carácter individual, con primacía del conflicto interno del sujeto sobre cualquier pretensión de repercusión social, sea manifestada a título personal, como lógica consecuencia de la naturaleza personal del acto de la conciencia para cada sujeto, por ello, no puede ni debe ser invocada por terceros y se formalice públicamente, por lo común en los tribunales ordinarios, pero también en órganos especiales, como las Comisiones de Ética, Investigación o Bioseguridad y órganos internos de control".

El experto recordó que "la objeción de conciencia es un derecho que el médico tiene y que hacer uso del mismo no implica un abandono del paciente, pues el mismo médico que se manifiesta objetor debe facilitar que la atención al paciente sea llevada a cabo. Uno de los elementos esenciales para poder ejercer la objeción de conciencia es que el médico muestre su postura y su posición en el momento de comenzar a trabajar en un determinado centro sanitario o en un servicio médico, lo cual conlleva a que ese específico médico no tenga que llevar a cabo un determinado acto para el que previamente se ha mostrado y manifestado su objeción de conciencia".

V Congreso Nacional De Deontología Médica

Segovia 2018

OMC

ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018

El médico en las redes sociales, desde la Ética y la Deontología Médica



González Urbaneja, Dr. Bátiz, Dr. Garrote y Dr. Casanova.

Las redes sociales no sólo se pueden emplear como parte de ocio, sino como una herramienta médica. Por este motivo, la competencia que ofrece la formación profesional hace que las opiniones de los facultativos, en ocasiones, puedan considerarse como referentes, según se puso de manifiesto en el V Congreso de Deontología Médica

En la mesa 'Ética y Deontología en las redes sociales', que estuvo moderada por el Dr. Bernardo Casanova, presidente de la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Segovia, participaron el periodista Fernando González Urbaneja, miembro de la Comisión de Arbitraje, Quejas y Deontología de la FAPE; el Dr. Jacinto Bátiz, secretario de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial (OMC); y el Dr. Juan Manuel Garrote, secretario general de la OMC.

OMC Organización Médica Colegial de España | Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

González Urbaneja señaló que “las libertades y derechos de información y expresión tienen límites y exigencias cuando tropiezan con otras libertades y derechos de los ciudadanos que también hay que proteger. Por eso, cuando chocan los derechos hay que ponderar cuál prevalece”. Los principios éticos no cambian, aunque entran en una nueva dimensión “por la revolución que impone internet, las nuevas tecnologías de las que nacen las redes sociales que son hechos, datos, no elegibles, de los que es difícil sustraerse”, explicó el periodista.

Incidió en que “cada día sabemos más de los riesgos, de las necesidades de proteger la intimidad, los datos personales y, sobre todo, el acceso. Sabemos más de la necesidad de educación, de prevención de olfato para no dejarse embaucar, porque sabemos que hay que filtrar, recelar, no dejarse llevar por la emoción o las preferencias”.

También comentó que “se trata de tiempos asombrosos, complicados, en los que la libertad individual está amenazada, pero también de tiempos de oportunidades porque nunca hubo tanta gente educada y alerta como ahora”. En este punto, se mostró partidario de “romper mitos, descorrer velos, introducir cautelas y garantías y exigir compromiso con nuestro propio destino”. Por último, aseguró que “la ética forma parte del tratamiento para sanar nuestra sociedad y esa ética empieza por uno mismo, en nuestro trabajo cotidiano”.

Por su parte, el Dr. Jacinto Bátiz, secretario de la Comisión Central de Deontología de la OMC, subrayó que “puede ser recomendable aprovechar el poder amplificador de las redes sociales para realizar una labor divulgadora, siempre que el uso y la participación conlleven un comportamiento acorde con los principios del profesionalismo médico”.

El Dr. Bátiz insistió que con el Código de Deontología Médica 2011 “se puede controlar las infracciones de los médicos en las redes sociales, aunque se está actualizando y se incluye un capítulo nuevo, donde se contemplan el uso deontológico de estas herramientas” y comentó que “para manejar asuntos como promoción de medicinas alternativas, publicidad engañosa, venta de fármacos en las redes las Comisiones de Deontología deben actuar de oficio”.

Respecto al cómo afecta la imagen de unos pocos médicos que están en las redes al colectivo médico, el Dr. Bátiz manifestó que no creo que influya, "porque hay otros médicos que están en las redes y prestigian con sus aportaciones a la profesión".

El Dr. Juan Manuel Garrote, secretario general de la OMC, explicó las ventajas de las redes sociales que sirven para "aprender, compartir, colaborar, encontrar, descubrir, promocionar y encontrar" en un entorno de red profesional. Detalló que existen diferentes tipos de redes: de médicos para médicos, de médicos para pacientes, de empresas médicas para médicos, de empresas médicas para pacientes, de instituciones médicas para médicos o para ciudadanos y para pacientes y/o ciudadanos sobre sanidad/medicación.

Sobre el rol de los usuarios en relación con las redes sociales, el Dr. Garrote expuso que el 24% son creadores, el 36% conversadores, el 36% críticos, el 23% coleccionistas, el 68% seguidores y el 73% seguidores y añadió que uno de los grandes problemas que surgen es "no saber diferenciar el ámbito personal del profesional".

También puso como modelo a seguir la gestión que hace el Dr. Salvador Casado de las redes sociales, que le ha convertido en un 'influencer'. Además, puso algún ejemplo de situaciones que pueden presentarse al facultativo, como aceptar una solicitud de amistad en redes sociales de alguien que su nombre le suena familiar, pero que en su imagen de perfil aparece un paisaje. Después de mirar a través de su página de perfil, en realidad es uno de sus pacientes, que envía un mensaje para avisar que no puede acudir a su próxima cita clínica, pero le gustaría saber sus resultados histológicos de una prueba ordenada mientras estaba en el hospital y arroja un comentario sobre algunas fotos que vieron de tu familia tomando el sol en la playa.

En última instancia, se refirió al decálogo de la Asociación Médica Mundial, que recoge que "las redes sociales proporcionan nuevas vías de comunicación con los pacientes, el público en general y otros profesionales de la salud. Sin embargo, es necesario considerar diversos aspectos para garantizar un uso profesional seguro, útil y dentro de la legalidad y de los requerimientos éticos necesarios". Este documento incide en configurar altos niveles

de privacidad en las distintas plataformas, garantizar la confidencialidad de la información de los pacientes, y "asegurarnos de que ningún paciente pueda ser identificado por la combinación o la suma de información disponible en la red".

Además, recomienda no ofrecer consejos médicos personalizados en las redes y si se utilizan para servicios de información general o promoción de la salud, es importante especificar claramente sus objetivos, características de uso y limitaciones y debe incluirse en el registro de la historia clínica electrónica cualquier interacción relevante que se haya establecido en las redes.

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018

Big data, conflictos de intereses y redes sociales, centran los nuevos temas de la actualización del Código Deontológico



Los Dres. Blanco Mercadé, Pérez Artiques, Hernández Gil y Rodríguez Sendín

El V Congreso de Deontología Médica, celebrado en Segovia, abordó la actualización que se está realizando del Código Deontológico y que estará lista para finales de año o los primeros meses de 2019. Entre los temas que han sido llevados al primer plano del debate figuraban aquellos casos en los que la legislación y el Código Deontológico se contradicen, la exigencia propia en los conflictos de intereses y la crítica ante la permisividad de la publicidad engañosa o la importancia de inculcar el Código entre los médicos jóvenes

OMC | Organización Médica Colegial de España | Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

En la mesa ‘Construyendo el futuro de la Deontología Médica. Nuevo Código’ intervinieron el Dr. Juan José Rodríguez Sendín, presidente de la Comisión Central de Deontología de la OMC; y los doctores Ángel Hernández, Juan Antonio Pérez Artigues y Antonio Blanco Mercadé, miembros de la misma.

El Dr. Rodríguez Sendín señaló respecto a los conflictos de intereses que "la innovación biomédica hoy por hoy se ha convertido en el mecanismo más perverso de transferencia de dinero público a bolsillos privados que existe”, con cierta frecuencia a cambio de nada o de sufrimiento. "Algunos médicos son unos títeres peligrosos en manos de intereses financieros fuertes que marcan lo que la profesión médica tiene que hacer, se han dejado deteriorar moralmente por intereses ajenos a nuestra profesión, mientras que otros lo hemos permitido con nuestro silencio y pasividad", incidió.

Otro asunto de relevancia en el Código será la inteligencia artificial y big data, tema sobre el que el Dr. Rodríguez Sendín expuso que "la investigación como imperativo moral supone que la misma ha de ponerse al servicio de la humanidad con el fin de buscar respuestas a los problemas de salud y extender lo antes posible sus logros a todos los seres humanos que puedan beneficiarse de ella". Además, comentó que "esto es absolutamente novedoso y los hipotéticos beneficios pueden estar en respuestas más agiles, control del gasto en función de resultados, pero es cierto que aparecen muchos riesgos".

Por su parte, el Dr. Juan Antonio Pérez Artigues recalcó que “el médico tendrá que asumir que, dentro del profesionalismo, no sólo tiene que estar al día de los conocimientos técnicos, sino que debe saber cuáles son sus deberes respecto al Código", antes de adelantar que la actualización del documento tratará, entre otros asuntos, la calidad de la atención y la definición del acto médico especializado, cuestiones sobre el secreto médico y el tutor MIR como figura ejemplarizante, la continuidad asistencial entre niveles y especialistas o la responsabilidad de las sociedades científicas ante actuaciones que vayan en contra de la Deontología.

El Dr. Antonio Blanco Mercadé explicó que "la sociedad es cambiante, los códigos éticos son plurales y no hay una moral única que se imponga", por eso se han recuperado temas que en 2011 no se llegaron a tratar y que ahora la actualidad ha vuelto a poner el foco sobre ellos, como las pseudociencias.

Respecto a esta actualización del Código, el Dr. Ángel Hernández apuntó que abordará la violencia de género, "porque el médico tiene el deber de combatirla y prestar su colaboración activa para erradicarla", y también juega un papel importante en la detección de agresiones a niños o ancianos. Otro apartado relevante será el de la responsabilidad, porque "la relación médico-paciente debe sustentarse en la lealtad, veracidad y honestidad, y el profesional tiene la obligación de denunciar las conductas o disposiciones que generen riesgo o daños a los pacientes". Además, tratará la influencia de las redes sociales, área en la que conviene "separar lo profesional de lo personal, y se deberán cumplir las normas establecidas en el Código respecto a la publicidad".

V Congreso Nacional De Deontología Médica

Segovia 2018

OMC

ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018

El Dr. Gómez Sancho da una lección de cómo tratar la vida cuando se acerca la muerte



El Aula Magna de la IE University acogió una lección sobre cómo tratar a la vida en los momentos previos a la muerte, a cargo del del experto en cuidados paliativos Dr. Marcos Gómez Sancho, quien puso el prólogo a la inauguración del V Congreso Nacional de Deontología Médica, con una ponencia que, como señaló el Dr. Enrique Guilabert, presidente del Colegio de Médicos de Segovia, "conmocionó y emocionó a todos los presentes"

La intervención del Dr. Gómez Sancho, cargada de palabras y sonidos, abordó en primer lugar, y como introducción a la misma, el conflicto que crea morir rodeado de máquinas. "Nos sometemos gustosos a estos tratamientos si queremos salvar la vida, pero si tenemos un cáncer avanzado, nadie quiere morir solo", apuntó el Dr. Marcos Gómez Sancho antes de señalar cómo, a menudo, "se hace demasiado para retrasar la muerte y demasiado poco, y tarde, para aliviar el sufrimiento".

Con más de doscientas personas pendientes de cada una de sus diapositivas, el médico segoviano realizó una presentación en la que se iban intercalando citas de la Biblia, de 'El caballero de la rosa', de escritores como Jacinto

Benavente, Góngora, Quevedo, Cervantes, Azorín o Dostoievski o pensadores como Confucio, Ghandi o Sócrates, con sonidos como el de Pablo Neruda o León Felipe recitando, o como con los de Camarón o Demis Roussos cantando.

Cualquier cita o melodía sobre la vida o sobre la muerte complementaban a una serie de reflexiones en las que el Dr. Marcos Gómez Sancho explicó lo que significa para un enfermo morir en un entorno digno del ser humano, lo complicado que parece en la actualidad fallecer en casa o el sentimiento de culpa y carga que muchos pacientes tienen en sus últimos días de vida.

Las distintas fases por las que atraviesan los pacientes terminales y sus familiares —y cómo en muchas ocasiones los estados no coinciden en el orden, dificultando así el proceso—, el temor a morir solo o el concepto y el peligro de la soledad en el siglo XXI, o la necesidad de irse tranquilo y con la conciencia en paz que muchos enfermos experimentan, también eran tratados por el ponente, quien no olvidaba hacer referencia a las necesidades religiosas y espirituales de algunos enfermos.

“Los médicos debemos aliviar el dolor y el sufrimiento de nuestros pacientes; aliviar el dolor es más fácil, pero cuando no conseguimos aliviar del todo el sufrimiento, le toca al paciente buscar sus medios”, indicó Marcos Gómez Sancho, quien terminaba hablando sobre la reconciliación y el arrepentimiento y sobre cómo para muchas personas morir es descansar. “No piensen siempre que morir es lo peor que nos puede pasar”, aconsejó el encargado de pronunciar la conferencia inaugural, antes de concluir su presentación dejando al público asistente con las palabras de Juan Ramón Jiménez y su 'viaje definitivo'.

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018

Dr. Fernández Torrente: "Los productos utilizados de forma alternativa para afecciones graves constituyen un fraude sin evidencia científica"



El Dr. Jerónimo Fernández Torrente, tesorero de la OMC y coordinador del Observatorio contra las pseudociencias, pseudoterapias, intrusismo y sectas sanitarias de la Organización Médica Colegial, defiende con insistencia que "los productos utilizados para afecciones graves de los pacientes constituyen un fraude sin ninguna evidencia científica", tema sobre el participó en el V Congreso Nacional de Deontología Médica

Usted es coordinador del Observatorio de la OMC contra las pseudociencias, pseudoterapias, intrusismo y sectas sanitarias, creado hace exactamente un año. ¿Por qué la OMC se plantea la creación de este observatorio en 2017?

No es una decisión que surja arbitrariamente, sino después de un análisis crítico de este universo pseudocientífico y pseudoterapeútico existente y que tantos problemas ocasiona a las profesiones y a los ciudadanos. Como resultado de este análisis profesional y científico acordamos que hay que disponer de una herramienta profesional

y colegiada efectiva, porque, entre otras cosas, existe un déficit claro de formación específica en este ámbito, falta un funcionamiento en red colegial estructurado y estas prácticas se nos están colando en nuestras entidades colegiales y en nuestros centros de trabajo con la permisividad de algunos gerentes y para mal ejemplo de la profesión.

¿En qué momento una sociedad como la española, bien formada y educada en su mayoría, decide que es mejor confiarle su salud a la pseudociencia?

Lo cierto es que en los últimos estudios de encuesta oficiales publicados se confirma la baja utilización de las pseudoterapias en la población general, a pesar de que el número de personas que reconocen conocerlas es alta. El consejo de amigos y familiares es la forma en la que se difunden más fácilmente. También es preciso destacar el alto grado de uso de los servicios sanitarios públicos que existe; realmente vivimos en una sociedad médico-dependiente.

El problema es multifactorial, y por tanto necesita acciones desde múltiples ámbitos; desde cultivar de jóvenes el espíritu crítico mediante el estudio de los sesgos cognitivos o las falacias argumentales, algo que podrían cubrir sin problemas asignaturas como Filosofía o Biología, hasta la formación específica sobre pseudoterapias a los profesionales sanitarios, pasando por campañas de información generales a la ciudadanía o el potenciamiento de los filtros críticos en los medios de comunicación al tratar temas de salud. Además, habría que elevar la suspicacia en todo tipo de supuestas charlas sanitarias en universidades, ayuntamientos u otros lugares de difusión típica en los que la charlatanería aprovecha para colgarse méritos y supuesta credibilidad en forma de escudos oficiales en carteles promocionales.

Todas estas medidas de información y prevención tampoco estarían completas sin una proactividad a la hora de perseguir los movimientos que suponen un riesgo de salud pública para la sociedad.

Desde la OMC se propuso presentar ante la Fiscalía General una lista de un centenar de webs a cerrar, algunas de ellas creadas por médicos, ¿qué opina de que sus propios compañeros les hayan llegado a llamar 'inquisidores'?

Ningún profesional médico colegiado ejerciendo una actividad lícita y científica honesta en nuestro país tiene esa percepción que usted apunta. Las webs sanitarias y con contenidos de salud sin sello acreditador de contenidos científicos validados y sin el respaldo de entidades acreditadas científicamente o profesionalmente son altamente peligrosas y han de ser denunciadas sin reparos.

No somos la Santa Inquisición ni el faro de Alejandría; denunciamos las pseudoterapias engañosas y, sobre todo, las más peligrosas por responsabilidad profesional y colegial médica y por nuestro compromiso con el buen quehacer médico, la salud y la seguridad en la atención a los ciudadanos y los pacientes.

Quizás la homeopatía es la práctica más extendida entre estas pseudoterapias, recomendada incluso por algún médico, ¿qué medidas se toman desde la OMC para frenar estas actuaciones por parte de los profesionales?

La utilización de productos homeopáticos que nosotros no reconocemos como verdaderos medicamentos constituye una falsa terapia basada en una pseudociencia que es la homeopatía, que tampoco reconocemos como rama de la Medicina científica ni como especialidad médica ni como área de capacitación específica médica con reconocimiento legal en nuestro país. Estos productos utilizados de forma alternativa o complementaria para afecciones graves en los pacientes constituyen un fraude sin ninguna evidencia científica más allá del posible efecto placebo, por lo que han de ser retirados de la venta en oficinas de farmacia y no han de sustituir en ningún caso a un medicamento validado científicamente para una enfermedad concreta.

Pero no sólo está la homeopatía; entre las pseudoterapias más peligrosas están todas aquellas que tienen que ver con el ámbito de la denominada Nueva Medicina Germánica, que engañan a la gente con falsas esperanzas de curación de todo tipo de enfermedades, desde el cáncer a la malaria, el sida o el autismo.

¿Y en cuanto a los pacientes? ¿Considera que se está haciendo el trabajo suficiente para hacer entender a las personas que la medicina alternativa puede ocasionar serios perjuicios?
Nosotros no reconocemos el término medicina alternativa ni medicina complementaria para referirse a este tipo de prácticas, que no tienen reconocimiento legal ni sustrato académico reconocido que las soporte, ni evidencia científica que las respalde, ni crédito en la comunidad científica y académica internacional.

Nuestro compromiso con los pacientes es el de informar sobre la verdadera ciencia, los tratamientos efectivos y basados en datos, la buena calidad del acto médico en la asistencia, la relación de confianza médico-paciente que ha de ser preservada en todo momento y la seguridad en los actos y actuaciones médicas.

¿Qué interés económico hay detrás de todas estas pseudociencias?
Tenemos constatadas muchas empresas, varias de las que facturan varios millones de euros al año, cuyo negocio se basa en presentar como terapéuticas y científicas propuestas que no lo son. Ese volumen de facturación y el hecho de que su negocio dependa de estos engaños les permiten sofisticar hasta límites tremendos sus herramientas de comunicación y difusión de mensajes, con campañas de comunicación que nada tienen que envidiar a las de grandes multinacionales. De hecho, algunas de dichas empresas son grandes multinacionales y están asentadas en nuestro país, como Boiron o Heel.

Algunos países como Francia o Alemania —y Suiza por cercanía— vieron surgir varias de las propuestas pseudoterapéuticas que afectan a toda Europa, y la laxitud para acomodarlas “por tradición” en su seno provoca que otras muchas medren sin encontrar una oposición relevante. Hay que modificar las Directivas Europeas que permiten que prácticas pesudocientíficas y pseudoterapeúticas tengan un amparo, totalmente absurdo y discriminatorio en su legislación.

¿Dónde está realmente el debate ético en este asunto?; porque supongo que es algo que trasciende más allá de lo puramente económico, teniendo en cuenta que estas pseudoterapias no son meros placebos…
Vivimos en sociedades desarrolladas en las que, gracias a los avances científicos, hemos progresado notablemente en el tratamiento y alivio de las numerosas enfermedades que aquejan al ser humano. La sociedad en su conjunto espera de los profesionales médicos un abordaje científico y ético de los problemas de salud.

El riesgo de asumir que las pseudoterapias tienen un papel en el adecuado tratamiento del sufrimiento humano va unido al debate ético del papel del placebo en la terapéutica, cuando existe una alternativa terapéutica médica con evidencia científica ó efectiva para el proceso de que se trate.

La razón científica siempre debe formar parte de la razón ética en todas nuestras actuaciones como médicos, y sin la primera no puede construirse la segunda.

¿Sabe si desde los colegios farmacéuticos se está luchando de forma paralela para no suministrar productos de escasa base científica?
No me corresponde a mí opinar desde un punto de vista corporativo institucional de lo que otras corporaciones profesionales del ámbito sanitario deciden; allá cada uno con su forma de actuar y su responsabilidad ante la sociedad, los profesionales a los que representa y los usuarios, clientes o pacientes, a los que se ha comprometido atender con profesionalismo y honestidad. Es evidente que todos hemos de trabajar en beneficio del paciente.

Nosotros lo que estamos propiciando son alianzas con todas las corporaciones profesionales y las asociaciones de pacientes e informadores sanitarios que quieran formar parte de este objetivo común y en ello estamos empeñados. El recientemente creado Observatorio de la OMC contra las pseudociencias, pseudoterapias, intrusismo y sectas sanitarias es una excelente herramienta para informar e intentar evitar este tipo de prácticas y está a disposición de quien quiera acceder a él entrando en la web del CGCOM; y, por supuesto, a disposición y para colaborar en

coordinación con los Colegios Médicos y otros Colegios sanitarios, Consejerías de Sanidad, Administraciones públicas y grupos parlamentarios, Comisiones de Sanidad y Ministerios del ramo.

¿Qué daños está produciendo hoy en día este tipo de terapias en los pacientes?
Estas pseudoterapias basadas en la falsa ciencia representan un gran peligro por varias razones; desde causar graves problemas de salud e incluso la muerte, hasta retrasos peligrosos en la aplicación de fármacos, procedimientos y técnicas reconocidas y avaladas por la comunidad científica, pasando por daños económicos y morales, el encarecimiento de los procesos, el intrusismo en la profesión médica e incluso la entrada a formar parte de algunas sectas.

Muchos de ellos justifican su confianza en estas prácticas porque la Medicina no ha cumplido sus expectativas; ¿hasta qué punto la desesperación, especialmente en pacientes oncológicos, juega un papel importante?
El factor humano es fundamental en todos los aspectos de la vida, y en situaciones de especial fragilidad y vulnerabilidad constituye un reto; no solamente de salud pública y aplicación del estado de los avances científicos, sino un reto personal y familiar de primer nivel, difícil de gestionar en la mayoría de las ocasiones.

Es por ello que el paciente en ésta situación ha de recibir toda la ayuda y el apoyo necesario de los profesionales sanitarios con un trato profesional, humano integral y de excelencia y una información contrastada, fiable y responsable. El estado actual de la ciencia y el increíble avance en las terapias oncológicas actuales permite que cerca del 50% de los cánceres diagnosticados puedan tener un buen pronóstico a los 5-10 años de su diagnóstico, lo cual era totalmente impensable hace escasas décadas. Confiar en los avances científicos y en casos irreversibles en los cuidados al final de la vida significa un avance en la atención cuando estamos en el proceso de enfermar y ha de apartarnos de prácticas engañosas o fraudulentas.

Los médicos deben saber que algunos grupos de pacientes, como pacientes con cáncer, enfermedades psiquiátricas o enfermedades crónicas graves y niños, son particularmente vulnerables a los riesgos asociados con las prácticas pseudocientíficas o pseudoterapeúticas alternativas no contrastadas con métodos de evidencia, y tienen la obligación profesional y ética de informar a sus pacientes de tal circunstancia y, en su caso, denunciar dichas prácticas, si conocen que se están produciendo, a su Colegio Médico.

V Congreso Nacional De Deontología Médica

Segovia 2018

OMC

ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018

Dr. Romero: "Con nuestra actitud y compromiso hemos conseguido que el Código de Deontología sea conocido por los pacientes y por los que determinan las leyes"



Los Dres. Rodríguez Sendín, Blanco Mercadé, Díaz Villarig, Guilabert, Romero, y Casanova.

El presidente de la Organización Médica Colegial, Dr. Serafín Romero, fue el encargado de clausurar el V Congreso Nacional de Deontología Médica, organizado por el Colegio de Médicos de Segovia, que entrega el testigo al Colegio de Médicos de Badajoz que albergará la cita en 2019 y al Colegio de Médicos de Toledo, que lo hará en 2020, y destacó que el Código de Deontología "debe ser conocido por los ciudadanos, los pacientes y los que determinan las leyes"

Participaron en la clausura, además del presidente de la OMC, el Dr. José Luis Díaz Villarig, presidente del Consejo General del Colegios de Médicos de Castilla y León; el Dr. Enrique Guilabert, presidente del Colegio de

OMC Organización Médica Colegial de España | Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

Médicos de Segovia; Dr. Juan José Rodríguez Sendín, presidente de la Comisión Central de Deontología de la OMC; Dr. Antonio Blanco Mercadé, miembro de la Comisión Central de Deontología de la OMC; y el Dr. Bernardo Casanova, presidente de la Comisión de Deontología de Segovia.

El Dr. Romero subrayó que en el Congreso "se han sentado las bases hacia las que nos tenemos que dirigir en el ámbito de la Deontología, desde la controversia y la necesaria reflexión de todos, porque aunque no nos pongamos de acuerdo en la totalidad de los conflictos éticos, saber hacia dónde vamos es lo más importante".

Hizo hincapié en que en los últimos años "la corporación se ha atrevido con temas difíciles y no se ha quedado callada ante ningún debate político, económico y social, especialmente en aquellos que podíaan afectar a los que más necesitan de nosotros, que son los que más sufren y menos tienen". En algunas ocasiones, "ha tocado posicionarnos contracorriente en asuntos como la libertad de prescripción y contra un decreto que dejaba fuera de la asistencia a ciudadanos españoles y extranjeros que nos necesitaban", comentó.

El presidente de la OMC recalcó la importancia de "ser valientes" y subrayó que "hemos planteado una renovación del contrato social desde el profesionalismo médico con el deber de anteponer el interés del paciente por encima de cualquier otro interés, incluido el nuestro". También detalló que existe un "compromiso con la excelencia profesional, con la mejora continua de nuestra capacitación, con la eficiencia en la utilización de los recursos, con la acción colaborativa con otros entornos profesionales y con la compasión, que va en el ADN de la profesión médica, así como con la validación periódica de la colegiación".

También puso de manifiesto que "tenemos un Código de Deontología que considero único y que nos hacer sentir orgullosos cuando lo contrastamos con otros entornos profesionales fuera de España, un Código que es capaz de captar la esencia de nuestros deberes profesionales y que nos impulsa a seguir trabajando para incorporar mejorar continuas, por eso es necesario que los directivos de la OMC estemos en el debate que generamos anualmente en

este congreso". El Dr. Romero explicó que la OMC tiene como objetivo “ser líder en la profesión; asumir y tener un liderazgo creativo, emocional, técnico, humano y, por último, ético”.

Por su parte, el Dr. Enrique Guilabert, presidente del Colegio de Médicos de Segovia, expuso que “una vez finalizado todo, llegado este momento te entra un poco de tristeza”. Así que, con cierta y reciente nostalgia, pero también con la sensación de “haber puesto fin a un viaje que emprendimos hace dos años cerca de treinta personas y que ha supuesto muchas horas de trabajo, pero que han demostrado ser una inversión buenísima”, como apuntaba el presidente de la Comisión de Deontología del Colegio segoviano, el Dr. Bernardo Casanova.

Además, el Dr. José Luis Díaz Villarig, presidente del Consejo General del Colegios de Médicos de Castilla y León, puso en valor el trabajo realizado desde el Colegio de Médicos de Segovia en la preparación y organización del Congreso y lo calificó de "inmejorable".

En las conclusiones que se extraían en las intervenciones finales, el presidente de la Comisión Central de Deontología, Dr. Juan José Rodríguez Sendín, deseó que los miembros de las Comisiones de Deontología provinciales sean capaces de extender al resto de compañeros de profesión “la ilusión” por la participación en eventos de esta índole. El Dr. Rodríguez Sendín, quien apelaba al espíritu de equipo y de cooperación entre médicos, expresaba también su deseo de “mejorar los mecanismos que, como este Congreso, nos permitan vernos más a menudo para compartir nuestros puntos de estudio”.

V Congreso Nacional De Deontología Médica

Segovia 2018

OMC

ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018



Galeria fotográfica

OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018



OMC Organización Médica Colegial de España | Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018



OMC
ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA
CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

V Congreso Nacional De Deontología Médica

Segovia 2018



OMC | ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018



OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018



OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018



OMC Organización Médica Colegial de España | Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018



OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018



OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018



OMC Organización Médica Colegial de España | Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018



OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018



OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018



OMC Organización Médica Colegial de España | Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

V Congreso Nacional De Deontología Médica

Segovia 2018



OMC

ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018



OMC Organización Médica Colegial de España | Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018



OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018



OMC Organización Médica Colegial de España | Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018



OMC | Organización Médica Colegial de España | Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018



OMC
ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA
CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018



OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018



OMC Organización Médica Colegial de España | Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

V Congreso Nacional De Deontología Médica

Segovia 2018



OMC Organización Médica Colegial de España | Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

V Congreso Nacional De Deontología Médica

Segovia 2018



OMC Organización Médica Colegial de España | Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

V Congreso Nacional De Deontología Médica

Segovia 2018



OMC Organización Médica Colegial de España | Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018



OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018



OMC Organización Médica Colegial de España | Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018



OMC
ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA
CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018



OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018



OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

V Congreso Nacional De Deontología Médica

Segovia 2018



OMC Organización Médica Colegial de España | Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

V Congreso Nacional De Deontología Médica

Segovia 2018



OMC | ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018



OMC Organización Médica Colegial de España | Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018



OMC Organización Médica Colegial de España | Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

V Congreso Nacional De Deontología Médica

Segovia 2018



OMC | Organización Médica Colegial de España | Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018



OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018



OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018



OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018



OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018



OMC
ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA
CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018



OMC | ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

V Congreso Nacional De Deontología Médica
Segovia 2018



OMC
ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA
CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

V Congreso Nacional De Deontología Médica

Segovia 2018



OMC

ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS