“LA DEONTOLOGÍA Y LA ORGANIZACIÓN MEDICA COLEGIAL.

¿QUE HA CAMBIADO EN LAS ÚLTIMOS 40 AÑOS?

Llevo vinculado con responsabilidades al CGCOM desde 1985 con una interrupción de 6 meses, entre que decidí no presentarme a la renovación de la Vocalía Nacional de Medicos Titulares, ahora de Administraciones Públicas, y hasta que el presidente Sierra me llamo y convenció de que me presentara a la Secretaria General. En 38 años he participado en los grupos de estudio y debate de los diferentes Códigos de Deontología excepto del primero de 1978. Y de los acontecimientos que refiero a lo largo de la exposición he tenido la fortuna de asistir a ellos en primera persona.

Muchísimas gracias por la invitación a realizar esta conferencia Inaugural, lo que considero un gran honor que agradezco al Colegio de Sevilla en la persona de su Presidente y amigo . Gracias Alfonso. Y al Presidente de este Congreso y también de la Comisión Central de Deontología, querido Jose Maria Dominguez

Se venían realizando Jornadas nacionales de Deontología Medica. Pero en el 2014 se celebró el I Congreso Nacional de Deontología gracias a la iniciativa del colegio de Vizcaya, por el empeño de su presidente Cosme y Junta Directiva. Hoy comenzamos el VIII Congreso lo cual debemos celebrar

INTRODUCCIÓN

Repasaremos la evolución deontológica de la Organización Medica Colegial (OMC). Voy a intentar acercarme al espíritu y contenidos del primer Código de Deontología (CD) de 1978, nacido tras la Constitución Española del mismo año, que establecía el reconocimiento y la necesidad de regular los colegios profesionales y el ejercicio de los profesionales titulados. Lo voy a comparar con el recientemente aprobado utilizando como puente el segundo CD de 1990. Intercalare acontecimientos con componente ético deontológico y profesional que considero de interés recordar, aunque obviamente no podré hacerlo con todos.

El CD es lo que justifica la existencia de los colegios de médicos y su obligatoriedad y con ella que el Estado nos permita modificarlo, exigirlo y sancionar su incumplimiento. El CD es la razón de la colegiación obligatoria, reconoce y afirma, por encima de cualquier otra conveniencia, el interés del paciente y del buen ejercicio médico.

El CD hoy es un canto a los Derechos del hombre, fundamentado en el respeto que merece la dignidad de todo ser humano. Por ello, la exigencia de las mejores condiciones de ejercicio profesional no constituyen una exaltación corporativa, sino una exigencia ética para servir mejor al paciente.

El CD se construye sobre un pacto entre la sociedad y los médicos; la sociedad por medio del Estado otorga a la profesión médica la capacidad de autorregularse con plena autonomía e independencia; la profesión médica se compromete a ofrecer la mejor respuesta a las necesidades del paciente y de la sociedad.

Un intercambio mutuo de reconocimiento y respeto de su dignidad y derechos como personas. Respeto a la autonomía y libertad del paciente a decidir en todo lo relativo a su salud, tras ser informado con suficiencia y claridad por el medico; y del paciente y sociedad a los valores y principios, del médico preservando así su autonomía e independencia personal.

Pero esto no ha sido siempre de la misma manera. En el 78 ese compromiso y respeto se construía y servía con el medico como actor principal que tomaba en exclusiva las decisiones que afectaban a la salud del paciente. Y el paciente simple espectador pasivo, aunque se actuaba sobre su salud.

La relación entre el médico y el paciente debe ser una relación equilibrada, pero, aunque se desea y propicie no es simétrica ni lo será nunca. El que sufre puede sentir o soportar una extrema vulnerabilidad. En cualquier caso, de ese paciente no se puede esperar ni exigir la misma capacidad de respuesta que cuando se encuentra en plena normalidad. Esta situación cuando está en juego la salud puede dar pie a comportamientos y respuesta erróneas o no deseables por parte del medico. Por todo ello es preciso avanzar en compromisos consensuados que puedan ayudar a resolver las encrucijadas y dilemas que se puedan plantear.

En contrapartida por los derechos, privilegios y atribuciones que nos otorga la colegiación, en todas las versiones del CD, anteriores en el art 3 y ahora en el art. 2 que “*la OMC tiene entre sus objetivos primordiales la promoción y el desarrollo de la Deontología médica. Dedicarán atención preferente a difundir los preceptos de este Código y se obligarán a velar por su cumplimiento”*. Gonzalo Herranz en una publicación titulada: ¿Como interpretamos este mandato?, el código de Deontología Medica, consideraba que el cumplimiento de ese compromiso es prioritario. Si declaramos públicamente los compromisos y respuestas de gran relevancia ética que nos obligamos a cumplir en beneficio de los pacientes y de la sociedad, el CD debería estar en los centros y salas de espera. Si la gente conociera el CD exigiría su cumplimiento y ayudaría a que muchos médicos, que hoy lo desconocen, no tendrían más remedio que tenerlo en cuenta y estudiarlo y por supuesto participar en sus revisiones.

La Asociación Médica Mundial (WMA) establece idéntica recomendación a las organizaciones que la integran: “deben dar a conocer al público en general la existencia de un sistema efectivo y responsable de autorregulación..”, y lo resalta como único medio eficaz contra el intervencionismo del Estado. Este cometido es una asignatura pendiente de la OMC y además constituye una gran oportunidad de reforzar la colegiación.

El CD es necesario e imprescindible, pero hay que cuidarlo tanto en formas como en contenidos, uso y aplicación. El privilegio que disfrutamos como profesión de poder discutirlo, redactarlo, aprobarlo, aplicarlo y sancionar con él, lo establecen los estatutos generales de la OMC y la LOPS en su artículo 4. Sin olvidar que sancionar es una potestad solo atribuible al Estado que de forma excepcional nos otorga el mismo cuando existe incumplimiento del CD.

**De la Elaboración del Código de Deontología**

Comenzó llamándose Código de Deontología medica en 1978, paso a Código de ética y deontología Medica en el 90 y 99, en el 2011 Código Deontología. Manual de ética Médica y ahora vuelve a la de Código de Deontología Medica.

El CD de 1978 se creo cuando era presidente del Consejo General de Medicos el Dr. Jorge Perez Bosque. Presidia Comisión Central de Deontología (CCDD) Jose Luis Pinar Ruidobro (Santander)

Aprovecho para agradecer y recordar a todos los colegas que han participado en la redacción de los diferentes CD y en su representación mencionar a los presidentes de las CCDD: Gonzalo Herranz (1990), Rafael Muñoz Garrido (1999), Marcos Gomez Sancho (2011) y el actual Jose Maria dominguez.

El presidente Dr Perez Bosque en una larga introducción hacía un recuerdo histórico tanto del devenir de la ética médica en España y de los principios religiosos vinculados a ella, como el que ya había ocurrido a nivel internacional. Posteriormente describía el proceso de elaboración, discusión, consulta a toda la profesión y consiguiente aprobación.

Un acuerdo de la Asamblea General de 24 julio 1976 a propuesta del presidente Perez Bosque, considerando los múltiples códigos que ya existían en Europa y en el mundo mas desarrollado. Tras una elaboración por la Comisión nombrada a tal efecto y formada por miembros de la Asamblea General y de la CCDD, se envió a todos los colegios para formularán alegaciones y realizar una redacción definitiva. En octubre de 1977 se envía a toda la colegiación adjuntándolo al Avance Informativo de noviembre de 1977, para que en el plazo de 1 mes hicieran alegaciones, que una vez recibidas son estudiadas en varias sesiones por la CCDD que eleva a definitivo el texto que se presenta y aprueba en la Asamblea general 7 de abril de 1978.

El 17 de noviembre de 1978 se envía al Ministerio de Sanidad para que lo sancionara justificándolo al ser la OMC una corporación de derecho público. La Sanción y felicitación del Ministro Rovira Tarazona se recibe el 23 abril de 1978 proclamando la vigencia del primer CDDM. Desde el CD de 1978 hasta el actual ninguno de los anteriores se había sometido a consideración y propuestas de la colegiación.

El CODIGO 2022 ha retomado la formula adoptada en la elaboración del del CD de 1978, el borrador inicial elaborado por la CCD, fue enviado a los colegios y después a la colegiación para la realización de alegaciones y propuestas Habiéndose recibido primero 3500 alegaciones de los colegiados, y en una segunda revisión de los colegios 500 nuevas alegaciones. Todas las alegaciones recibidas fueron valoradas por la CCD, que tras una redacción definitiva se envía de nuevo a los miembros de la Asamblea General para proceder a su discusión y aprobación definitiva en Asamblea General. Esto no es baladí porque la naturaleza de la OMC, según figura en el capítulo 1º del CD, es democrática y no tendría mucho sentido que lo que debe ser una obligación de los colegiados no se facilitara y no tuvieran la oportunidad de participar. Quizás en esta participación y en la extensión del conocimiento del CD este el fundamento del desconocimiento y valoración que del mismo tiene la colegiación.

Desde el Código de 1978, que ya comprometía la única disposición adicional del mismo, hay un proceso constante de depuración del articulado, o bien introduciendo nuevos artículos que responden a la evolución de medicina y sociedad. El CD de 1978 tenía XIX capítulos y 130 artículos simples, sin apartado alguno. Si necesitaba alguna ampliación o aclaración se construía otro artículo. El CD de 1990 XVII capítulos, 44 artículos con subapartados de cada artículo, ordenados de lo más general de la norma a lo más concreto. El de 1999 tenía XVII capítulos y 45 artículos. El CD del 2011 tenía XXI capitulo y 66 artículos. El actual del 2022 tiene XXVI capítulos y 94 artículos. ¿Porque este crecimiento?

Hay capítulos que son constantes en todas las versiones como: I) definición y ámbito de aplicación, II) Deberes generales de los médicos, III) del médico al servicio del paciente, IV) de la calidad de la atención médica, Secreto médico. En las versiones anteriores especialmente en la del 2011 surgieron nuevos capítulos como: atención médica al final de la vida, objeción de conciencia, reproducción humana, pruebas genéticas investigación médica sobre el ser humano, tortura y vejación de la persona y dopaje deportivo. En el CD recientemente aprobado algunos capítulos se han desdoblado y han aparecido nuevos capítulos como seguridad del paciente, telemedicina y tecnología de la información y la comunicación, inteligencia artificial y bases de datos sanitarios, que describen muy bien en las entrevistas realizadas a otros miembros de la CCDD en fechas pasadas y en la revista Medicos y Pacientes.

Lo cierto es que el CD actual es algo mas que un texto de normas de obligado cumplimiento. Además de normativo el CD es una guía de conducta profesional, que debe tener un límite, pues la buena conducta del médico constituye un vasto territorio que será difícil ocupar e interpretar a la totalidad, más complejo aun es darle carácter normativo a todo lo que requiere interpretación.

El CD desgrana y orienta sutilmente sobre comportamientos adecuados de los médicos a situaciones que no pueden ser establecidos por Ley. Por ello tras la publicación del CD del 2011 consideramos necesario la creación de un manual de ayuda para interpretar y aplicar el articulado del CD: Manual de Ética y Deontología Medica, que tuve el honor de presentar y que dirigió espléndidamente Joan Mones y Marcos Gomez Sancho. Autores fueron miembros actuales de la C. deontológica J Batiz y L Cipres.

De esos tiempos donde habíamos identificado la necesidad de que nuestros cuadros mejoraran la formación en Ética y Deontología Medica surgió de la mano de Rogelio Altisent, el Titulo de Experto en Ética Médica y en colaboración con la Fundación Ortega Marañón. Rogelio es otro gran referente de la ética y deontología médica española al que hay que agradecer y mucho su trabajo y disponibilidad constante con la OMC. Posteriormente en colaboración con el colegio de Zaragoza el CGCOM colaboro en la creación de la Catedra de Ética en Zaragoza que dirige espléndidamente Rogelio Altisent.

Luego hablare de Gonzalo Herranz, pero aprovecho para recordar a otros colegas que han sido refrentes en el devenir de la Deontología Española como Jose Luis del Piñal Ruiz-Huidobro, Marcos Gomez Sancho, Enrique Villanueva, Maria Castellanos, Joan Mones, Mariano Casado. … Seguro que faltan muchos más, pero estoy seguro que los mencionados desde mi punto de vista deben tener un plus de reconocimiento.

Teníamos una preocupación especial por los “Valores de la medicina” se redactó un documento que considero muy importante y posteriormente ese grupo se transformo en el Observatorio de Atención al final de la vida ,en colaboración con la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) que espléndidamente dirige Marcos Gomez Sancho. Ha realizado un trabajo excelente con varias publicaciones relativas a lo que determina su nombre, los cuidados al final de la vida.

No quiero dejar de mencionar que tras una serie de avatares con algunas otras profesiones sanitarias, en el 2010 nos vimos en la necesidad de definir Profesión, profesional y profesionalismo médico. En una publicación fácil de leer que se tradujo al inglés y a todas las lenguas históricas de España. El documento fue presentado solemnemente en el Congreso de los diputados a su presidente para someterlos a su consideración y valoración.

No teníamos un lugar propio donde publicar desde nuestra visión a propósito de la vida profesional, colegial ética o deontológica ocurría. Y hacerlo desde nuestra visión sin intermediación de intereses ajenos de toda índole. Por eso creamos en el 2008 Medicos y Pacientes precisamente coincidiendo con el comienzo de la crisis económica y los extraordinarios recortes aplicados sobre el SNS, que afecto tan grave a la dotación tecnológica y a la reducción drástica de recursos humanos.

Las redes sociales irrumpieron sin pedir permiso tanto en la vida social como la sanitaria y llegado el momento la ética y deontología medica respondieron adaptando sus respuestas a una realidad cambiante que dejaba poco tiempo para la reflexión y el análisis. Así el CGCOM propuso la creación de un grupo de trabajo para crear un manual de estilo para médicos y estudiantes de medicina sobre el buen uso de las redes sociales, con el título Ética y redes Sociales, que fue publicado y distribuido por el CGCOM en el 2014.

Después de la publicación del Manual de Ética y Deontología Medica, las sutilezas que puede ofrecer el ejercicio médico diario han sido oportunamente ampliadas para aquellas situaciones que no es posible codificar apareciendo un gran complemento del CD, el Buen Quehacer Medico (BQM) en sus diferentes formatos cuya primera versión tuve el honor de prologar y cuyo impulso y dirección se lo debemos a Arcadi Gual.

El sentido social del Código de 1978 es evidente, especialmente marcado en el art.6: *“El Medico debe ser consciente de sus deberes sociales y profesionales hacia la comunidad; por ello, la profesión médica debe aportar su colaboración a cualquier política que tenga por finalidad asegurar a la colectividad el mejor grado de salud posible, respetando las normas de deontología y los derechos del enfermo”. En el* Art. 7.° *“Es responsabilidad ética de la profesión médica hacer cuanto este a su alcance para lograr la mayor eficacia (en el CD actual añade eficiencia)de su labor así como conseguir una óptima rentabilidad social y humana de los medios que la sociedad pone a disposición de la misma”. Y en el* Art. 8.° *“El Medico debe cuidar con la misma conciencia y solicitud a todos sus enfermos, sea cual fuera su religión, raza, nacionalidad, ideas políticas, condición social y sentimientos que le inspiren”.* Sin embargo, el compromiso de los artículos 6 y 7 son incumplidos por los dirigentes de la corporación, cuando 5 años más tarde, en 1984, el CGCOM arrastro a la OMC a un enfrentamiento contra el Gobierno que había obtenido un apoyo mayoritario en las urnas dos años antes (1982). Una mayoría de miembros de la Asamblea General alentaron la llamada Operación Primavera, consistente en agitar a los distintos sectores sociales contra la universalización de la sanidad propuesta por el Gobierno y contra el proyecto de Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril). La “operación primavera” se fraguo en instancias de la CEOE y había de tener en la Organización Médica Colegial (OMÇ) y Consejo General de Colegios Médicos “la estructura central y la punta de lanza sobre la que ha de basarse la campaña”. Debía ser financiada por la Industria farmacéutica a la que se pidió que cortasen las ayudas a publicaciones médicas gratuitas refractarias a sumarse a la campaña. Y para aquellas empresas que se resistieran se pidió a los médicos para que no prescribieran los fármacos de fabricantes que colaboraban con ellas.

La Confederación Estatal de Sindicatos Medicos, la presidencia de Farmaindustria y algunas organizaciones se opusieron o fueron retirándose de la operación. También se negó a participar una pieza importante para tensionar el mundo rural, un joven sindicato Federación de Asociaciones y Sindicatos de Medicos titulares (FESAMT). El CGCOM adquirió un protagonismo político que no le correspondía a la luz, no solo de lo establecido en la mencionada Ley de Colegios Profesionales (Ley 2/1974, de 13 de febrero) que respondía a la colegiación obligatoria del texto constitucional y también a lo establecido en el art 6 y7 del CD de 1978. La ley de colegios profesionales permite muchas cosas, pero solo las que están previstas en la misma no se pueden cambiar o violentar, incluso si el 100% de la colegiación estuviera de acuerdo, salvo que desapareciera la obligatoriedad y nos convirtamos en asociación voluntaria .

Estos hechos que parecen anecdóticos y lejanos marcaron el devenir y la respuesta del Gobierno central y varios autonómicos contra la Colegiación Obligatoria y también el rechazo de muchos colegiados. En 1985 poco a poco fue organizándose una oposición interna con numerosos presidentes, algún miembro de la Permanente y las Vocalías Nacionales. El CGCOM cambio en 1986 de rumbo, con una nueva Presidencia y Vicepresidencia que desde la Permanente del CGCOM intentaron recomponer las maltrechas relaciones con el Ministerio de Sanidad.

**La evolución del articulado del CD**

Puede sorprender ahora como en el CD del 78 se resolvían ciertos problemas que hoy resultarían, cuando menos extraños, aunque algunos serían muy deseables como la obligatoriedad de respetar los honorarios mínimos (art 76)

En el Capítulo III : “Del médico al servicio del paciente”, expresa muy bien cómo se concebía la relación con el paciente , en base al paternalismo que los médicos empleábamos con los pacientes aunque lleno de la mejor voluntad. Hoy lógicamente son impensables, aunque aún quedan restos atávicos de aquella época. Dos ejemplos: Art. 12.° El medico *…“En la medida de lo posible, deberá respetar siempre la voluntad del enfermo”.* Pero luego el Art. 21*.° “Si el enfermo debidamente informado se negare a un examen o tratamiento propuesto, el medico, puede declinar su actuación..”.*

Refiriéndose a la Historia clínica en el Art. 35.° “*Cuando la historia clínica fuera redactada por un solo Medico, el es el único responsable de su conservación, y a quien compete decidir la posible transmisión de la totalidad o parte de su contenido, respetando siempre las circunstancias que corresponden al secreto médico”.*

Interesante recordar el Art. 48.° que se ocupa de proteger al niño o incapacitado de malos tratos, *“deberá poner en práctica los medios apropiados para proteger al niño o incapacitado, con la mayor prudencia y circunspección, no dudando, si fuere necesario, en dar parte a las autoridades competentes*. O elArt. 54.° “*El medico no debe asistir a domicilio a ningún paciente que este bajo la atención y cuidados de otro Medico, salvo con la conformidad de este o en caso de urgencia”.*

El Art.65 “*prohibía la publicidad directa o indirecta*”. También en el Art. 68.° *“Queda prohibida cualquier publicidad de un éxito profesional en beneficio de persona, grupo o escuela determinados. Cualquier noticia sobre distinciones, asistencia a congresos o actividades científicas destinadas a los medios de difusión no profesionales, necesitara, en todo caso, autorización de la Junta del Colegio o de la Sección deontológica”.*

En relación al final de la vida el CD del 78, sin manifestarlo expresamente, hacia impensable la sedación paliativa, presuponiendo que la misma acortaba la vida Art. 116. “*El Medico está obligado a poner los medios preventives y terapéuticos necesarios para conservar la vida. El Medico debe esforzarse por aliviar el sufrimiento del enfermo. Nunca tendrá el derecho, ni siquiera en los casos que le parezcan desesperados, de apresurar deliberadamente la muerte”.* Art. 117. “*El Medico debe evitar emprender acciones terapéuticas sin esperanza cuando suponga molestia o sufrimiento innecesario para el enfermo. Respetará profundamente el derecho que tiene el enfermo a una muerte digna, acorde con su condición humana*”. O convertía en cuasi obligatorio la obstinación terapéutica, cuando en el Art. 118.° afirmaba: “*La decisión de poner término a la supervivencia artificial de un coma irreversible, solo se tomara en función de los más rigurosos conocimientos científicos y con la colaboración de una Comisión apropiada que autentifique y acepte la irreversibilidad del coma”.*

EL CD desde 1978 evoluciono como lo requerían los nuevos retos y cambios sociales y sanitarios pero algunas situaciones tardaron mucho en ser reconsideradas como la sedación paliativa o la obstinación terapeutica.

Gonzalo Herranz, manejo bien la batuta para la modernización del código de 1978 cuando siendo presidente de la Comisión Central de Deontología, se redactó el Código de 1990 que ya adquirió la estructura moderna y aproximación a los contenidos que hoy tenemos. Creo, sin temor a error, que Gonzalo Herranz, para el que tuve el honor de solicitar, defender e imponer la medalla de oro de la OMC, debe ser considerarlo el padre de la deontología medica española. Fue nuestro gran referente nacional e internacional de Ética y deontología Médica. En el 2010 tuvimos la oportunidad, con la colaboración del Colegio de Navarra, de ofrecer a la colegiación el regalo de un libro con su pensamiento y artículos mas relevantes, “Desde el corazón de la medicina”. La publicación vio la luz en el 2013

La estructura del CD de 1990 tendía más a lo normativo. El de hoy 2022 y el del 2011, tiene un articulado que deja menos puertas abiertas a la interpretación, se complementa mucho más, hemos avanzado en concreción a la vez que en extensión.

El CD de 1990, como ya destacara G Herranz, es una exaltación del respeto mutuo entre médico y paciente, un canto a la relación médico paciente basada en el respeto del médico a la autonomía plenamente informada del paciente y de este, recíprocamente, hacia la libertad en ciencia y conciencia del ejercicio del médico. El CD de 1990 avanzo delicadamente sobre las posiciones paternalistas del CD 1978 haciendo del Respeto en palabras de G Herranz, el cambio más relevante entre el CD del 78 y el del 90.

Siguiendo aquella estela, el Respeto a la dignidad de la persona es la fuente de la que se han alimentado las diversas actualizaciones posteriores. No hablamos del respeto atento, ni al respeto por el pudor de la gente, o al respeto al horario de las citas, ni del respeto a las leyes, ni del respeto a las mayorías o a las minorías o al disidente, aunque también. Es el respeto por la dignidad del ser humano, de todos los seres humanos por el hecho de serlo, sin distinción alguna, que es precisamente lo que justifica todos los demás respetos. No es otra cosa que vivir, actuar y admitir que todos los hombres y mujeres son algo valioso en sí mismos. Que tienen valor propio, que existen y deciden por derecho y en cualquier caso, independientemente de nosotros, del que los observa. Por esa misma razón la atención sanitaria debe ser un derecho de los seres humanos, no una concesión graciable.

Respeto del médico con el valor único e insustituible de la vida humana, comprometido con todos sus pacientes por igual, respetando sus decisiones. Lo que con conlleva aceptar sus derechos y defenderlos con entusiasmo, especialmente del hombre socialmente frágil, debilitado o incapacitado por la enfermedad y el sufrimiento, aunque contravenga en algún momento nuestras posiciones o creencias. Es su derecho y el nuestro la objeción de ciencia y conciencia.

El fundamento de la relación médico-paciente es el respeto mutuo que debe ser exquisito. El CD actual es una exaltación de los Derechos del Hombre enfermo donde el respeto es el protagonista. Por eso Respetar al paciente es ofrecerle todo lo que establece el Código de deontología, porque con la asimetría existente entre el médico y el que sufre en las cuestiones relativas a la salud y la vida, le corresponden al médico un plus notable de exigencias y responsabilidad, como dice Jacinto Batiz de “autonomía compartida”, precisamente para servir a su mayor y primer compromiso: defender el interés del paciente.Veamos:

El art 4 y sus cinco puntos desde 1990 lo dicen casi todo: El 4.1 La profesión médica (2022 sustituye por el medico) está al servicio del hombre y de la sociedad. En consecuencia, respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad, son los deberes primordiales del médico.

Antepone el interés del paciente a los propios del médico. Respeto con carácter universal, sin discriminación alguna, con el compromiso de no dañar intencionadamente

Asistir y atender en caso de urgencia, epidemia o catástrofe, aun a costa de arriesgar la propia vida. En este compromiso ocurrió algo paradójico durante la pandemia con un informe que tuvimos que retirar sorprendentemente motivado por un titular retorcido cuando lo que transcribíamos era el contenido del CD y su mejor interpretación. Sufrimos las consecuencias de un mal endémico actual: guiarse por los titulares y mensajes cortos. "El médico debe lealtad al enfermo y tiene que asistirle, nunca puede abandonarle, aunque ello le suponga un riesgo personal que debe ser minimizado". Sobre esta afirmación, que figuran en los puntos finales del informe de la Deontológica, un diario de tirada nacional saco la conclusión: Que el médico debe poner en riesgo su vida. Totalmente contrario a lo que el informe recomendaba.

**Respeto a la vida y dignidad de la persona**

Las normas sobre respeto a la vida y la dignidad de la persona se contienen en un denso y heterogéneo capítulo que no ha cambiado desde 1990 en el que se engloban principios de gran trascendencia. Se declara que no hay ningún periodo de la vida humana que no merezca el respeto del médico. Sin embargo hoy, debemos tener en cuenta que, cuando media el sufrimiento intenso del paciente, obligados a respetar su libertad y autonomía desde la defensa de su dignidad, es difícil para unos médicos, complejo para otros e imposible para el resto la defensa a ultranza de la vida hasta el último suspiro y en contra de la voluntad del propio paciente. La dualidad vida-persona aparece así muy marcada: ¿cómo es posible respetar la vida de una persona a la que no se respeta su voluntad libremente manifestada? … El CD no aclara esta situación dilemática. Las obligaciones deontológicas relativas al final de la vida cuando pueden resultar contradictorias con el respeto a la voluntad del paciente y a la defensa prioritaria de su interés ajustado a la Ley, y serán interpretadas por cada médico en función de su propia moral o creencias. La Objeción de Conciencia es la solución para la imposibilidad del médico que, por razones morales, no puede responder a lo que el paciente desea. Paciente y medico practicarán el desacuerdo correcto cuando sus posiciones no sean coincidentes. Sin embargo la solución para el medico que respeta la voluntad del paciente es más onerosa porque tras decidir que no cumple con el CD no se le castiga porque cumple con la Ley (disposición adicional primera)

Constituye un gran desarrollo deontológico la realización de trasplantes incorporando progresivamente matices relativos a certificación de muerte, obtención, donante vivo, prevención, tráfico órganos, y garantías consentimiento. Sin embargo es en buena medida contradictorio con lo expresado en el párrafo anterior al surgir dudas sobre el diagnostico de muerte y tiempos para el diagnóstico de muerte en asistolia. Hemos ajustado el concepto de muerte según va conviniendo, de forma que estar muerto o vivo depende del país donde hagamos la pregunta. O el tiempo para considerar una muerte en asistolia también.

Quizás deberíamos ser más generosos con el problema del sufrimiento ajeno y preguntarnos: ¿Qué puede hacer o desear mi paciente en un momento determinado de su vida? ¿Qué puedo hacer por él y sus deseos en calidad de su dignidad como persona? ¿Qué puedo hacer por mi paciente para aliviar su sufrimientos y que no desee adelantar su muerte? Considero que deben prevalecer en el medico, a la hora de tomar decisiones, el sentido que el paciente da a su sufrimiento salvo que en conciencia el medico no pueda tomarlas.

**En relación con la autonomía y derecho a decidir**

El Art 22 del CD de 1978: *“El medico debe informar las razones de cualquier medida diagnostica o terapéutica, si ello le fuera solicitado, siempre de forma que no resulte perjudicial para el enfermo*”. Y el Art. 25.°añadia *“En principio, deberá revelarse al paciente el diagnostico; no obstante puede ser legitimo no comunicar al enfermo un pronóstico grave o fatal”.* Sin embargo añadía*: “Es deber del Medico decir la verdad siempre a los familiares del paciente, a menos que este haya prohibido previamente esta revelación o haya designado las personas a las que debe hacerse”.* El tan practicado pacto de silencio está garantizado.

Avanzo mucho el CD de 1990 en el respeto activo con la modificación del Art 11.1 “*Los pacientes tienen derecho a recibir información sobre el diagnóstico, pronóstico y posibilidades terapéuticas de su enfermedad; y el médico debe esforzarse en facilitársela con las palabras más adecuadas. El art. 11.4 - En principio, el médico comunicará al paciente el diagnóstico de su enfermedad y le informará con delicadeza, circunspección y sentido de la responsabilidad, del pronóstico más probable.* Completando el art. 11.2.- *“Cuando las medidas propuestas supongan un riesgo importante para el paciente, el médico proporcionará información suficiente y ponderada, a fin de obtener el consentimiento imprescindible para practicarlas”.*

En el CDDM recientemente aprobado el derecho de los pacientes a recibir (o no) información sobre el diagnóstico, tratamiento y, en la medida de lo posible, el pronóstico de la enfermedad, es taxativo. Así como el derecho a ser informado con detalle y dar el consentimiento para la práctica de intervenciones diagnósticas y terapéuticas en todos los casos. También es enérgico y exponente máximo del respeto a las convicciones y deseos del paciente, con la libertad para optar por otro profesional de elección cuando así lo deseé, al que tiene derecho a ofrecer toda la información relativa a su salud, que debe tener en su poder si así la solicita.

Otra muestra de respeto supremo es guardar y hacer guardar el Secreto la Confidencialidad e Intimidad del paciente. Se dedica desde el primer CD del 78 un capítulo entero, que toma importancia progresiva en los siguientes códigos. El secreto medico solo puede ser alterado con discreción, exclusivamente ante quien tenga que hacerlo y en sus justos y restringidos límites, el médico podrá revelará el secreto exclusivamente en los casos, tasados.

La historia clínica es otro articulado que ha cambiado sustancialmente a lo largo del tiempo llegando en la actualidad a la categoría de capitulo. Aparece en el 78, desaparece en los tres siguientes códigos y vuelve a aparecer como capitulo en el 22 y otro capítulo sobre inteligencia artificial y manejo de datos y protocolos clínicos.

El respeto al cuidado cambia la consideración sobre las medicinas alternativas. El Cd 1990, en el Art. 24.1 modula lo que había establecido el CD del 78 dando una oportunidad a las medicinas sin base científica: “En tanto las llamadas Medicinas no convencionales no hayan conseguido darse una base científica aceptable, los médicos que las aplican están obligados a registrar objetivamente sus observaciones para hacer posible la evaluación de la eficacia de sus métodos”.

El Art.23.1 del 2022 establece que “*El médico en su actuación profesional solo debe emplear procedimientos y fármacos que cuenten con base científica”.* Y específica para no dejar duda en el Art 23.2 *“Las prácticas carentes de base científica, las inspiradas en el charlatanismo, las pseudociencias, las pseudoterapias, así como los procedimientos ilusorios o insuficientemente probados, la simulación de tratamientos médicos o quirúrgicos y el uso de productos de composición no conocida son contrarias a la Deontología Médica”.*

En 1994 ocurre otro acontecimiento deontológico relevante que vivo en primera persona. Se produce una denuncia ante la Asamblea General por intrusismo profesional contra el entonces Vocal Nacional de Rurales y contra un servidor, por liderar desde 1990 la enseñanza e incorporación de la ultrasonografía diagnostica como complemento en la práctica de la medicina clínica en nuestro caso de la medicina de general y de familia. Se paso la denuncia a la Comisión Central de deontología para informe para la Asamblea General la cual decidiría en función del mismo la apertura del correspondiente expediente disciplinario. No hacíamos nada más que aumentar la capacidad de respuesta en el momento de la queja de nuestros pacientes y enseñar a otros colegas a que aprendieran a manejar en las condiciones de su ejercicio, una tecnología tan inocua como eficaz y eficiente. En el convencimiento de que teníamos razón nos animó a seguir haciendo lo que hacíamos sin parar en ningún momento. Al final tras casi cuatro años, la respuesta fue un informe denominado “Las fronteras internas del ejercicio profesional” de octubre de 1997, aceptado por la Asamblea Genera el 31 de enero de 1998. De especial trascendencia desde entonces y que ha sufrido varias actualizaciones.

En el CD del 90 el art 30, referido a la tortura y vejaciones con obligación de denunciarlos se dedicaba un artículo. Incrementa los motivos por los que el medico está obligado deontológicamente a denunciar toda violencia y muy especialmente de las personas vulnerables, el intrusismo, la vulneración y promover la reparación de la praxis médica, denunciar sospecha o tráfico de órganos, o la mutilación genital .

Hoy en el CD del 2022 en el Capitulo XIV sobre Sexualidad y Reproducción, el art. 68 establece que *“El médico deberá participar en la detección y erradicación del abuso y la violencia sexual y de género”* aunque después en el capítulo XVIII relativo a “la atención a la violencia, tortura, vejaciones y limitaciones en la libertad de las personas en prevención de la violencia de todo tipo la obligatoriedad de denunciarla, ocupándose también de la violencia sobre personas privadas de libertad y en instituciones cerradas (contención y alimentación forzosa). El interno en instituciones cerradas que denuncia o emite una queja, puede tener razón o no. No son aceptables prejuicios de ningún tipo, sus quejas deben ser atendidas siempre y tras su valoración decidir en consecuencia. También orienta sobre la conducta a seguir cuando entra en conflicto la libertad del paciente y el deber de respetar su vida en casos de huelga de hambre, o el rechazo de tratamiento. En esta nueva versión del CD es pertinente recordar el deber de respeto a cualquier circunstancia relativa a la orientación sexual, se prohíbe cualquier discriminación por ese motivo.

Se consagran también las reglas éticas sobre la investigación biomédica contenidas en la 6ª Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial realizada en el 2008 en Seul (Corea) salvo el contenido de los artículos 28 y 33 relativos al uso del placebo y las garantías para las personas voluntarias en los ensayos clínicos en investigaciones sobre nuevas moléculas. Contenido que debido al descontento fue posteriormente revisado en la 7ª Asamblea celebrada en octubre del 2013 en Fortaleza (Brasil) y actualmente en revisión. El debate protagonizado por los países latino iberoamericanos liderados por Brasil y España contra la modificación del articulado mencionado, por considerarlos contrarios a la Convención sobre Derechos Humanos y la Biomedicina, firmada en Oviedo el 4 de abril de 1997.La ultima manifestación de rechazo en la OMC se produjo por acuerdo de la Asamblea General de 9 de noviembre del 2013

En su redacción figuraban los siguientes razones: 1) comprometen el principio ético del consentimiento y la realidad legal del mismo. 2)Consideramos que se debe garantizar el respeto a los principios y derechos fundamentales, como la dignidad, la libertad o la intimidad de los seres humanos. 3. No es permisible en una sociedad avanzada y garante de los derechos de las personas pueda ser posible la realización de experimentación en seres humanos en unas condiciones que no serían de igualdad o equidad en países denominados ricos y en los “otros” países pobres. 4. La investigación de nuevas moléculas comparandolas con placebo, cuando existen intervenciones probadas y efectivas previas, es contraria a nuestros principios éticos.

Estaremos de acuerdo que si tuviéramos que hacer una síntesis en tres palabras el Código de Deontología es: Respeto y Derechos humanos