



ÉTICA Y DEONTOLOGÍA MÉDICA

JAVIER SÁNCHEZ-CARO.
FERNANDO ABELLAN.

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del «Copyright», bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de los ejemplares de ella mediante alquiler o préstamos públicos.

EDITA: FUNDACIÓN SALUD 2000

© ADESA. ASESORAMIENTO EN DERECHO SANITARIO, S.L.

DISEÑO DE PORTADA: ALFONSO SÁNCHEZ CARO

IMPRIME: CERO GRÁFICO, S.L.

Miguel Yuste, 12 – MADRID

PRÓLOGO

El art. 36 de la Constitución Española dispone que “la ley regulará las peculiaridades propias del régimen jurídico de los Colegios Profesionales y el ejercicio de las profesiones tituladas. La estructura interna y el funcionamiento de los Colegios deberán ser democráticos”.

Se trata de un precepto genuino y singular de la Constitución nuestra, que no tiene parangón en el Derecho Comparado, donde no se considera que esta cuestión de los Colegios Profesionales tenga que formar parte de la sustancia de las cartas magnas. Fue obra del Senado y, personalmente, como recuerda el profesor García Falla en los comentarios a la Constitución,^{*} del énfasis y defensa que puso en el artículo el que fue Decano del Colegio de Abogados de Madrid, Sr. Pedrol Rius.

Las “peculiaridades propias de los Colegios profesionales” están hoy representadas por la Ley de Colegios Profesionales de 13 de febrero de 1974 (con las modificaciones introducidas en 1978 para adaptarla a la Constitución, así como una adaptación de 1997 en materia de libre competencia). De todas estas disposiciones mencionadas nos interesa, ahora, fijar nuestra mirada en lo que dice el artículo 5º, apartado i), de la Ley:

^{*} Garrido Falla, F.: “Comentarios a la Constitución”, Madrid, Cívitas, 1980, pág. 454.

“Los Colegios Profesionales tienen las siguientes funciones:

- i) Ordenar en el ámbito de su competencia la actividad profesional de los colegiados, velando por la ética y dignidad profesional y por el respeto debido a los derechos de los particulares y ejercer la facultad disciplinaria en el orden profesional y colegial”

Se observará que la Ley otorga a los Colegios una serie de facultades que exceden con mucho de las que corresponderían a una simple asociación de base privada, lo que supone que deban ser consideradas como Corporaciones de Derecho Público, si bien esta última calificación puede ser objeto de diferentes matices.

La lectura del precepto transcrito supone que la Ley ha optado por reconocer la importancia y trascendencia social de una serie de profesiones, que en su quehacer diario realizan una actividad importante y delicada sobre los bienes de mayor estima (la vida, la libertad, la salud, la intimidad, en el caso médico), y que tiene como contrapartida el cumplimiento de mayores deberes (ética y deontología), y cotas necesarias de credibilidad, honorabilidad y estima social (dignidad profesional). Además, lejos de cualquier atisbo de corporativismo, se impone a los colegiados la obligación de velar por el respeto debido a los derechos de los particulares.

Debe advertirse que la existencia de reglas éticas y de códigos deontológicos no está reñida con la libertad propia de la profesión médica.

Deriva, una vez más, del punto central en que el profesional está situado en relación con el medio social en el que actúa.

Puede decirse que este “plus” exigente que se pide al médico (en nuestro caso), es lo que realmente legitima su actuación. Pues no puede quedar reducido su actuar, como el resto de los ciudadanos, a un mero cumplimiento de las normas vigentes (no se es buen médico por el mero hecho de cumplir con el Código Penal, por ejemplo), sino que siempre se espera de un verdadero profesional una ética de máximos, por así decirlo, y sin que sea suficiente una ética de mínimos, que para un médico significaría, sencillamente, una posición de adecuación formal que no sería bien vista por la ciudadanía a la que van dirigidos sus servicios.

La necesidad de la ética y de la deontología no quiere decir, desde luego, que la ideología subyacente tenga necesariamente que ser monolítica. Se opone a ello el pluralismo ideológico recogido en nuestra Constitución y, por tanto, aquellos principios han de hacerse necesariamente compatibles con los valores que nacen de nuestro ordenamiento constitucional.

Se trata de una auténtica apuesta por un cuadro de valores que, ahora si, llevados a cabo con rigor y plenitud, dignifican una profesión y sirven fielmente a la sociedad, pues significan a la postre (ni mas ni menos), una auténtica defensa de los derechos y libertades de los ciudadanos, en clave constitucional, llevada a cabo por los profesionales de la medicina.

Se trata, también, de un fenómeno antiguo (la oración de Maimómides) y moderno (la emergencia de los derechos y deberes de los pacientes en clave más autonomista y menos beneficiante).

Y es asunto difícil. Pero merece la pena. La confianza que el Estado otorga a los Colegios Profesionales para el cumplimiento de determinados fines públicos debe justificarse desde diferentes ángulos, pero sobre todo desde la eficacia de lo perseguido y desde el respeto y dignidad de aquello que surge en el seno de la relación.

Pues bien, la presente unidad didáctica expone el tronco de los deberes médicos desde el punto de vista importante de la ética deontológica médica, con la esperanza firme de que todo ello sirva, como siempre, al loable quehacer del mundo médico.

Madrid, 15 de noviembre de 2000

Javier Sánchez Caro

ÉTICA Y DEONTOLOGÍA MÉDICA

CUESTIONES GENERALES Y LA RELACIÓN CON LOS PACIENTES

ÍNDICE GENERAL

I.	<i>INTRODUCCIÓN</i>	Págs,.....
	A) <i>DEFINICIÓN Y PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA DEONTOLOGÍA MÉDICA</i>	Págs,.....
	B) <i>EL FUNDAMENTO LEGAL EN EL ORDENAMIENTO ESPAÑOL DE LOS CÓDIGOS DEONTOLÓGICOS</i>	Págs,.....
	C) <i>FUNCIÓN SOCIAL Y VALOR LEGAL DE LOS CÓDIGOS DEONTOLÓGICOS</i>	Págs,.....
	D) <i>LA SITUACIÓN EN LOS PAÍSES DE NUESTRO ENTORNO</i>	Págs,.....

E) NORMAS DEONTOLÓGICAS APLICABLES EN ESPAÑA EN EL ÁMBITO SANITARIO.....

Págs,.....

II. LA RELACIÓN CON LOS PACIENTES (ANÁLISIS DEL CÓDIGO ESPAÑOL DE LA O.M.C., DEL CÓDIGO CATALÁN Y DEL CÓDIGO DE LA ENFERMERÍA).....

Págs,.....

A) CUESTIONES PRELIMINARES.....

Págs,.....

B) PRINCIPIOS GENERALES.....

Págs,.....

C) DEBERES GENERALES (ASISTENCIA, CONSENTIMIENTO, HISTORIA CLÍNICA).....

Págs,.....

D) DEBERES RELACIONADOS CON LA INFORMACIÓN.....

.....

Págs,.....

E) DEBERES RELACIONADOS CON EL SECRETO PROFESIONAL.....

Págs,.....

F) DEBERES DE TRATAMIENTO.....

Págs,.....

G) DEBERES RELACIONADOS CON LA REPRODUCCIÓN HUMANA.....	Págs,.....
H) DEBERES RELACIONADOS CON LA MUERTE.....	Págs,.....
I) DEBERES RELACIONADOS CON LA EXPERIMENTACIÓN CON SERES HUMANOS.....	Págs,.....
J) OTROS DEBERES (TRASPLAN- TES, TORTURA Y VEJACIÓN).....	Págs,.....
<i>III. APÉNDICES.....</i>	Págs,.....
A) PRINCIPIOS DE ÉTICA MÉDICA EUROPEA, CONFERENCIA INTER NACIONAL DE ÓRDENES MÉDICAS. PARÍS, 6 DE ENERO DE 1.987.....	

	Págs,.....
B) CÓDIGO DE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA MÉDICA, DE 1.999, DE LA O.M.C.....	
	Págs,.....
C) CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA CATALÁN. NORMAS DE ÉTICA MÉDICA, 1.997.....	
	Págs,.....
D) CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA, 1.989...	
	Págs,.....

I. - INTRODUCCIÓN

A) DEFINICIÓN Y PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA DEONTOLOGÍA MÉDICA

Una definición de Deontología médica se contiene en el artículo primero del actual Código de Ética y Deontología Médica de 1.999¹, de la Organización Médica Colegial, donde se la considera como el conjunto de principios y reglas éticas que han de inspirar y guiar la conducta profesional del médico.

Por su parte, MONÉS XIOL considera a las normas éticas o deontológicas como el instrumento normativo de las actitudes y los comportamientos exigibles a los médicos en el ejercicio de su profesión y que se autoimponen en todos los ámbitos posibles de actuación, desde los actos médicos en la trascendental medicina ambulatoria, hasta en los procedimientos técnicos más sofisticados en hospitales de tercer nivel, desde la medicina privada a la pública, desde la historia clínica hasta la prescripción terapéutica, desde la información hasta el derecho a la intimidad y el secreto profesional, etc.².

Siguiendo a la profesora CASTELLANO ARROYO³, los principios básicos en Deontología Médica (y en Bioética), que soportan con rigor las decisiones éticas de los profesionales de la Medicina y otras ciencias de la salud, son los siguientes⁴:

¹ Aprobado el 10 de septiembre de 1.999, por la Asamblea General de la OMC.

² MONÉS XIOL, J., Presidente de la Comisión Deontológica del Colegio de Médicos de Barcelona que redactó el primer ante-proyecto del Código Deontológico Catalán. V. '*Consentimiento Informado.- Información y Códigos Deontológicos*'. Exposición en el IV Congreso Nacional de Derecho Sanitario, Asociación Española de Derecho Sanitario.- Ed. Fundación Mapfre Medicina, 1.998; págs. 91 a 97.

³ CASTELLANO ARROYO, M^a.. '*Derecho biomédico y bioética*', varios autores; Cap. 2, '*La Deontología Médica: Teoría y Práctica*'. Ed. Comares, Granada, 1.998; págs. 30 a 36.

⁴ Estos principios tienen su origen en el '*Informe Belmont*' de 1.978, sobre los '*Principios y orientaciones para la protección de sujetos humanos en la experimentación*', elaborado por la '*National Comission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*', creada por el Congreso de los Estados Unidos. En torno a estos principios se ha desarrollado la Bioética como disciplina, encontrándose entre sus máximos exponentes Beauchamp y Childress.

1. *Principio de Beneficencia:* debe entenderse como la obligación que tiene el médico de mantener su preparación científica y, desde ahí, buscar lo que considere más favorable y mejor para el enfermo. Para ello propone la citada autora que el médico se ponga en el lugar del paciente y piense qué sería lo más beneficioso en el caso de que el enfermo fuera él mismo.

2. *Principio de No-maleficencia:* es el deber del médico de no hacerle nada malo al enfermo, aunque él mismo lo pidiera. Es un principio absoluto que ampara al médico para negarse a proporcionar al enfermo una medida que considere dañina (ampara el derecho a la objeción de conciencia).

3. *Principio de Autonomía:* se trata de un principio relativo y subjetivo del paciente, y significa el derecho del enfermo, en su relación con el médico y respecto de la asistencia sanitaria, a elegir, de entre las alternativas que se le ofrezcan, la que considere mejor para él. El uso por el paciente de este derecho de autonomía obliga al médico al cumplimiento de otro de sus derechos, el de la información que posibilite la elección. Pensamos que habría que añadir también dentro de este principio el derecho del paciente a no curarse, a rechazar el tratamiento.

4. *Principio de Justicia*: es ejercido por la sociedad y persigue que la decisión que se tome en la relación médico-enfermo y en la asistencia sanitaria, sea siempre lo más equitativa y justa posible, sobre todo con los más desfavorecidos.

De los principios referidos dos resultan fundamentales para la profesora BUISAN ESPELETA⁵: el principio de beneficencia y el principio de autonomía, y ello según la citada autora por razón de que, hasta que no se demuestre lo contrario, debe considerarse que toda persona se autogobierna correctamente, que tiene capacidad de obrar.

B) EL FUNDAMENTO LEGAL EN EL ORDENAMIENTO ESPAÑOL DE LOS CÓDIGOS DEONTOLÓGICOS

Para hallar la justificación legal a los códigos deontológicos en nuestro Ordenamiento jurídico, tenemos que remontarnos a la Ley de Colegios Profesionales de 1.974, en donde se atribuye a estos últimos la función de “ordenar en el ámbito de su competencia la actividad de los Colegios, velando por la ética y dignidad profesional y por el respeto

⁵ BUISAN ESPELETA, L.- *‘Materiales de Bioética y Derecho’*.- varios autores; Edición a cargo de María Casado.- Cap. 5, *‘Bioética y principios básicos de la ética médica’*.- Cedecs Editorial.- Barcelona, 1.996.- págs. 109 a 122.

debido a los derechos de los particulares, y ejercer la facultad disciplinaria en el orden profesional y colegial”⁶.

La Constitución Española de 1.978 supuso un refrendo al papel de los Colegios como responsables de la gestión de las actividades profesionales, al mencionarlos expresamente estableciendo que la ley regulará las peculiaridades propias de su régimen jurídico y el ejercicio de las profesiones tituladas, indicando además que la estructura interna y el funcionamiento de los colegios deberán ser democráticos⁷.

La base legal referida de los Colegios Profesionales se completa con la jurisprudencia del Tribunal Constitucional, de donde pueden extraerse las siguientes particularidades⁸:

1. Se reconoce la función social, pública y autorreguladora de los Colegios⁹.

⁶ V. art. 5.i), de la 2/1.974, de Colegios Profesionales, de 13 de febrero. Esta ley fue modificada para adaptarla a la Constitución, por la Ley 74/1.978, de 26 de diciembre, de normas reguladoras de los Colegios Profesionales. También resultó afectada por la Ley 7/1.997, de 14 de abril, de Medidas Liberalizadoras en materia de suelo y de Colegios Profesionales (BOE núm. 90, de 15 de abril de 1.997).

⁷ V. art. 36 de la Constitución Española. Tiene importancia también el art. 26 del mismo texto que prohíbe los Tribunales de Honor en el ámbito de la Administración civil y de las organizaciones profesionales.

⁸ HERRANZ RODRÍGUEZ, G., *‘El Código de Ética y Deontología Médica’*.- Unidad didáctica 6, del Plan de Formación en Responsabilidad Legal Profesional, de la Asociación Española de Derecho Sanitario, 2.000. Págs. 33 a 36.

Este autor se remite, a su vez, a la obra de TORRES-DULCE E. *‘Aspectos constitucionales y jurisprudenciales de la deontología profesional’*. Seminario sobre Deontología Profesional, Hotel Palace, 6 de octubre de 1.994. Madrid; Unión Profesional, 1.995; 16-35.

2. Se declara que la gestión disciplinar de los Colegios, hecha conforme a la normativa deontológica y al procedimiento correcto, no es una forma encubierta de tribunal de honor. Se reconoce la legitimidad de la jurisdicción deontológica, señalándose que los conflictos que surjan entre un colegiado y la normativa deontológica del Colegio han de resolverse por los Colegios en sus órganos corporativos de decisión y justicia intracolegiales y, posteriormente, por los Tribunales de Justicia¹⁰.
3. Se da cobertura a la legitimidad de la normativa deontológica en razón de la delegación del Estado en los Colegios para controlar la conducta de sus colegiados¹¹.
4. Se presta a las normas deontológicas un fuerte respaldo de legalidad. Se afirma que las normas deontológicas no son un mero catálogo de deberes morales, sino que tienen consecuencias de tipo disciplinario y establecen una serie de deberes de obligado cumplimiento¹².
5. Se fijan los requisitos mínimos de concreción y publicidad de las normas deontológicas, a fin de que puedan integrarse en el marco de legalidad que exige la Constitución¹³.

⁹ Sentencia del Tribunal Constitucional 93/92.

¹⁰ Sentencias del citado Tribunal 93/92 y 286/93.

¹¹ Sentencia del Tribunal Constitucional 219/89.

¹² *Ibidem*.

¹³ Sentencias del Tribunal Constitucional 219/89 y 69/89.

6. Se establece que la adscripción a un Colegio profesional crea unas relaciones de sujeción especial que, de algún modo, ponen límites al ejercicio de otras libertades¹⁴.

7. Se indican los criterios para conciliar el principio de legalidad y la autorregulación corporativa. Se distingue entre los Estatutos particulares de cada Colegio y los Estatutos generales de la profesión entera. Los primeros son elaborados por el correspondiente colegio y aprobados autónomamente por el Consejo General, y los segundos se elaboran por el propio Consejo General y se aprueban por el Gobierno. Son estos últimos los que deben regular el régimen disciplinario de la profesión, mientras que los Estatutos particulares se ven reducidos a regular el funcionamiento del colegio que los ha elaborado¹⁵.

Conviene hacer mención también al hecho de que las Comunidades Autónomas vienen legislando en los últimos tiempos en materia de Colegios Profesionales¹⁶, lo que, a juicio del profesor

¹⁴ Además de las citadas anteriormente, destaca la Sentencia del Tribunal Constitucional 286/93.

¹⁵ Sentencia del Tribunal Constitucional 93/92.

¹⁶ En la obra *'Bioética y Justicia'* (varios autores; Edición conjunta de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad y Consumo y del Consejo General del Poder Judicial.- Madrid, 2.000) VILLAR PALASÍ, JL., cita las siguientes normas (pág. 241):

- Cantabria: Ley 13/1.982, de 17 de diciembre.
- Canarias: Ley 10/1.990, de 31 de mayo.

HERRANZ RODRÍGUEZ, va a favorecer en los próximos años el que los Consejos Autonómicos de Colegios Médicos gocen de la prerrogativa de promulgar sus propios Códigos y de administrar autónomamente la disciplina colegial¹⁷.

Finalmente, podemos hablar de un nuevo y significativo refuerzo y apoyo a las normas deontológicas, contenido en el ‘Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina’ (Convenio de Oviedo), vigente en España desde el pasado primero de enero de dos mil, y en el que se establece que toda intervención en el ámbito de la sanidad, comprendida la investigación, deberá efectuarse dentro del respeto a las normas y obligaciones profesionales, así como a las normas de conducta aplicables en cada caso¹⁸.

-
- Andalucía: Ley 6/1.995, de 29 de diciembre.
 - Aragón: Ley 5/1.997, de 3 de julio, para fisioterapia; Ley 6/1.997 de 3 de julio, sobre Colegios profesionales de Patología.
 - Castilla-León: Ley 8/1.997, de 8 de julio.
 - Madrid: Ley 19/1.997, de 11 de julio.
 - País Vasco: Ley 18/1.997, de 21 de noviembre.
 - Comunidad Valenciana: Ley 6/1.997, de 4 de diciembre.
 - Aragón: Ley 2/1.998, de 12 de marzo.
 - Navarra: Ley 3/1.998, de 8 de abril.
 - Castilla-León: Ley 12/1.998, de 5 de diciembre, sobre diplomados en enfermería.
 - Baleares: Ley 10/1.998, de 14 de diciembre.
 - La Rioja: Ley 14/1.999, de 31 de marzo.

¹⁷ HERRANZ RODRÍGUEZ, G., ‘*El Código de Ética y Deontología Médica*’.- ob. cit.. Ver pág. 11 donde el citado autor manifiesta que el resultado final de este proceso será la fragmentación y diversificación de la deontología médica.

¹⁸ V. art. 4 del citado Convenio, hecho en Oviedo el 4 de abril de 1.997, y ratificado por España mediante Instrumento de Ratificación de 23 de julio de 1.999, publicado en el B.O.E., núm. 251, de 20 de octubre de 1.999.

C) FUNCIÓN SOCIAL Y VALOR LEGAL DE LOS CÓDIGOS DEONTOLÓGICOS

En palabras del profesor MUÑOZ GARRIDO, los Códigos Deontológicos son el resultado de una selección histórica de reglas y criterios que, a lo largo de los tiempos, se han demostrado válidos, eficaces y necesarios para regular las prácticas profesionales, actuando así como garantía de la adecuada prestación de los servicios y del mejor cumplimiento del fin social que los mismos persiguen¹⁹.

Respecto a esta última cuestión, los Códigos de Deontología médica tienen una función social clara en cuanto fijan criterios éticos a seguir con ocasión de los conflictos que, cada vez con mayor frecuencia y complejidad, se suceden en la asistencia sanitaria moderna, donde las intervenciones médicas son cada vez más comprometidas, donde crece la cultura de los derechos de los pacientes, y donde existe una notoria burocratización de la gestión administrativa²⁰.

En última instancia, la función social de las normas deontológicas consiste en exigir a los médicos el respeto a los derechos de los pacientes

¹⁹ MUÑOZ GARRIDO, R., *'Bioética y Justicia'*; varios autores; Edición conjunta de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad y Consumo y del Consejo General del Poder Judicial.- Madrid, 2.000, pág. 219.

²⁰ HERRANZ RODRÍGUEZ, G., *'El Código de Ética y Deontología Médica'*; ob. cit., pág. 14.

y la procuración de una asistencia sanitaria de la máxima calidad posible²¹.

Para MONÉS XIOL las normas de ética médica pretenden fundamentalmente la protección de la sociedad frente a la actitud médica, pero también la protección de los propios médicos, al constituir un marco ético concreto que todos los médicos deben proponerse respetar y seguir²².

Por lo que se refiere al valor legal de los Códigos Deontológicos, el Tribunal Constitucional, en una Sentencia dictada en 1.989²³, dejó claro, como se dijo más arriba, que dichos códigos no constituyen simples tratados de deberes morales, sino que determinan obligaciones de necesario cumplimiento para los colegiados. La legitimidad para su establecimiento y para su exigencia de respeto deriva de las potestades públicas delegadas por la Ley a favor de los Colegios. El incumplimiento de las normas deontológicas es merecedor de las sanciones previstas en el ordenamiento corporativo.

²¹ CASTELLANO ARROYO, M^a.. *'Derecho biomédico y bioética'*, varios autores, Cap. 2, 'La Deontología Médica: Teoría y Práctica'. Ed. Comares, Granada, 1.998; pág. 57.

²² MONÉS XIOL, J. *'Consentimiento Informado.- Información y Códigos Deontológicos'*; ob. cit. págs. 92 y 93.

²³ Sentencia 219/1.989, de 21 de diciembre, del Tribunal Constitucional; fundamento jurídico 5º.

De esta trascendental Sentencia del Tribunal Constitucional sobre el valor legal de los Códigos Deontológicos, el profesor MUÑOZ GARRIDO²⁴, extrae cuatro conclusiones:

- 1) Las normas deontológicas no son un mero catálogo de deberes morales, sino que tienen consecuencias de tipo disciplinario.
- 2) Las normas deontológicas establecen una serie de deberes de obligado cumplimiento para los profesionales, no pudiendo ningún colegiado, que tenga relación especial de sujeción con su Colegio profesional, invocar que las mismas no establecen ningún tipo de deber porque las considere simples aspiraciones de comportamiento deseable.
- 3) En la tradición de los propios Colegios Profesionales y en la tradición de la jurisprudencia del Tribunal Supremo, las transgresiones de dichos deberes colegiales han sido sancionadas.
- 4) En consecuencia, las normas deontológicas tienen valor de normas legales de obligado cumplimiento para los colegiados, sin que puedan ser invocadas como un simple marco de referencia moral.

²⁴ MUÑOZ GARRIDO, R., *'Bioética y Justicia'*; varios autores; ob. cit., págs. 223 y 224.

Para el profesor VILLAR PALASÍ las normas deontológicas médicas tienen además una función jurídica de gran importancia, como es la de contribuir a delimitar la «lex artis ad hoc»²⁵ (en conjunción con otros elementos de juicio como los protocolos médicos) sirviendo al Juez para decidir en cada caso concreto si ha existido o no una imprudencia sancionable civil o penalmente²⁶.

Para el citado autor, la infracción de las normas deontológicas médicas puede dar lugar a dos consecuencias distintas:

- a) En primer lugar, al ejercicio de la potestad sancionadora interna del Colegio correspondiente. La sanción colegial podrá ser revisada ante los Juzgados y Tribunales de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa.
- b) Y en segundo lugar, a una sanción judicial, civil o penal²⁷. En este caso el Código Deontológico actúa como norma secundaria o de cobertura respecto de los conceptos jurídicamente indeterminados que se utilizan en las leyes. En otras palabras, las normas deontológicas contribuyen a aclarar el significado impreciso de

²⁵ Por «lex artis ad hoc», se entiende el modo de actuar adecuado en una circunstancia concreta de acuerdo con el estado de la ciencia en ese momento.

²⁶ VILLAR PALASÍ, J.L., *'Bioética y Justicia'*; varios autores; ob. cit., págs. 242 y 243.

²⁷ Aunque no lo diga el autor se entiende que la norma deontológica puede dar lugar a una sanción penal, siempre que el tipo de la norma deontológica coincida con el tipo de una norma del Código Penal.

algunos extremos que se incluyen en las normas generales, tales como el Código Civil o el Código Penal.

No obstante la teoría de VILLAR PALASÍ que se acaba de exponer, nos inclinamos por la prevalencia de otras opiniones sobre la materia que consideran que, si bien sí cabe admitir que las normas deontológicas pueden contribuir a fijar la «la lex artis ad hoc» en el ámbito civil, en modo alguno aceptan que pueda atribuírseles dicho papel en el ámbito penal, ya que, en otro caso, se haría depender la responsabilidad penal de las personas de normas ajenas al Código Penal decididas por organismos profesionales, lo que atentaría al principio de seguridad jurídica y a la exclusividad del poder coercitivo del Estado²⁸.

En este sentido se pronuncia el profesor ROMEO CASABONA cuando afirma que las normas éticas y las jurídicas tienen un procedimiento de aplicación independiente, aunque frecuentemente coincidan en sus contenidos. No puede, por tanto, fundamentarse una responsabilidad penal en normas éticas o deontológicas que no hayan recibido una plasmación jurídica neta²⁹.

²⁸ El art. 25.1 de la Constitución Española dice: «*Nadie puede ser condenado o sancionado por acciones u omisiones que en el momento de producirse no constituyan delito, falta o infracción administrativa, según la legislación vigente en aquel momento*».

²⁹ V. ROMEO CASABONA, C. M^a. – ‘*El Médico ante el Derecho*’.- Ministerio de Sanidad y Consumo.- 1.986.- págs. 72 y 73. En consonancia con lo manifestado, el autor alude en su obra a la acertada omisión de referencias a normas éticas o

Por otro lado, como sostiene DELGADO GARCÍA, J., debe significarse que la «lex artis» en el campo penal puede tener un contenido diferente a la que se delimite en el campo civil. El citado autor considera que en el ámbito penal la «lex artis» debe entenderse en sentido estricto, como el conjunto de deberes del médico que tiene relación con sus conocimientos y su aptitud profesional, así como con la corrección con la que practica determinada intervención. Mientras que en el ámbito civil puede aceptarse un concepto de «lex artis» más amplio, que comprenda también dentro del mismo el deber del médico de informar al paciente en los términos que prevé la Ley General de Sanidad. Para dicho autor, sólo la violación de la «lex artis» penal, definida de la forma anteriormente indicada, puede dar lugar a responsabilidad penal por imprudencia³⁰.

Hay también algunos autores, como el profesor ATAZ LÓPEZ, que consideran exorbitante las competencias de los Colegios Profesionales en materia sancionadora por tener, en algunos casos, carácter casi judicial. Menciona el citado autor como ejemplo la posibilidad que tienen los Colegios de sancionar con la expulsión del mismo a los colegiados, lo que, teniendo en cuenta la obligatoriedad de la colegiación para el ejercicio de la profesión médica, equivale a

deontológicas en las Sentencias del Tribunal Supremo de los últimos tiempos que han abordado casos de responsabilidad penal (culposa) del médico.

³⁰ DELGADO GARCÍA, J.- *‘La Sanidad ante las nuevas tendencias jurisprudenciales.- Aspectos penales’*.- Exposición en el IV Congreso Nacional de Derecho Sanitario.- Asociación Española de Derecho Sanitario.- Ed. Fundación Mapfre Medicina, 1.998; págs. 163-168.

la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de profesión u oficio, contemplada por el Código Penal. Y todo ello sin la garantía de un proceso penal que lo dilucide y sin que necesariamente se haya cometido de forma previa un delito³¹.

D) LA SITUACIÓN EN LOS PAÍSES DE NUESTRO ENTORNO

Como recoge el profesor HERRANZ, podemos hablar de hasta cinco modelos distintos en función de la trascendencia que se atribuye a las normas deontológicas³²:

- A. *Países sin Código*: se trata de países como Austria o México, donde no hay Códigos Deontológicos, y donde el protagonismo absoluto en la materia reside en los jueces ordinarios. No hay distinción entre norma legal y norma deontológica.

- B. *Países donde el Código equivale a la Ley*: son los casos de Francia, Luxemburgo y Colombia, en los que se produce una identificación total entre ética profesional y Ley, pues el Código Deontológico forma parte del ordenamiento jurídico.

³¹ ATAZ LÓPEZ, J.- *‘Los Médicos y la Responsabilidad Civil’*.- Ed. Montecorvo.- Madrid, 1.985.- págs 241 a 243.

³² HERRANZ RODRÍGUEZ, G., *‘El Código de Ética y Deontología Médica’*.- Unidad didáctica 6, del Plan de Formación en Responsabilidad Legal Profesional, de la Asociación Española de Derecho Sanitario, 2000. ob. cit.

- C. *El modelo británico*: la disciplina profesional se confía a un Consejo General Médico, que es un organismo autónomo reconocido por una Ley, pero que es independiente tanto del Gobierno como de la asociación médica nacional, y que está compuesto de médicos y de no médicos. Suele limitar su actuación a casos de mala conducta profesional grave y su régimen disciplinario es compatible con otros sistemas de control profesional autónomos como el de las asociaciones médicas nacionales o el de los servicios nacionales de salud.
- D. *El caso de Estados Unidos*: la acción disciplinaria la ejercitan los Consejos de Licencia de los Estados y las sociedades médicas locales de los Condados y de los Estados. Todos los Estados tienen leyes sobre el ejercicio de la profesión. También las asociaciones científicas, como la Asociación Médica Americana imponen normas de conducta a sus asociados y tienen sus propios consejos judiciales.
- E. *Y el modelo europeo continental seguido por España*: La jurisdicción disciplinaria corporativa está asignada a instituciones de derecho público como los Colegios de Médicos³³, que tienen atribuciones para promulgar Códigos de Deontología Médica.

³³ Debe significarse que la naturaleza jurídica de los Colegios Profesionales, como instituciones de derecho público, no es un tema pacífico, existiendo opiniones distintas al respecto.

E) NORMAS DEONTOLÓGICAS APLICABLES EN ESPAÑA EN EL ÁMBITO SANITARIO

1. *Principios de Ética Médica Europea*: adoptados en la Conferencia Internacional de Órdenes Médicas, celebrada en París, el 6 de enero de 1.987. Este texto contiene los principios más importantes destinados a inspirar la conducta profesional de los médicos en su relación con los enfermos, con la comunidad y entre sí. La Conferencia recomienda a los Colegios de Médicos de cada país, miembro de las Comunidades Europeas, que tomen las medidas oportunas destinadas a garantizar que las exigencias nacionales sobre la materia estén conformes a los principios que proclama.
2. *Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial*, aprobado por la Asamblea General el 10 de septiembre de 1.999.
3. *Código de Deontología Catalán. Normas de Ética Médica*, aprobado por la Asamblea General de Médicos de Cataluña, el 16 de junio de 1.997³⁴.

³⁴ Entró en vigor el 1 de enero de 1.998, según el acuerdo adoptado por el Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña, el 8 de octubre de 1.997.

4. *Código Deontológico de la Enfermería Española*, aprobado por el Consejo General de Colegios de Diplomados de Enfermería de España, mediante Resolución de 14 de julio de 1.989.

II.- LA RELACIÓN CON LOS PACIENTES (ANÁLISIS DEL CÓDIGO ESPAÑOL DE LA OMC, DEL CÓDIGO CATALÁN Y DEL CÓDIGO DE LA ENFERMERÍA)

A).- CUESTIONES PRELIMINARES

a).- *El Código Deontológico de la OMC*

El Código de la OMC contiene, de entrada, la definición de Deontología Médica citada al inicio de esta obra³⁵, y establece además que los deberes impuestos por el Código obligan a todos los médicos en el ejercicio de su profesión, cualquiera que sea la actividad que realicen³⁶ y sin que pueda existir ningún tipo de exención o privilegio, quedando también incluidos los médicos extranjeros autorizados a ejercer en España, ya procedan de la Unión Europea, o de fuera de ella³⁷.

³⁵ V. art. 1 del Código de la OMC.

³⁶ V. art. 2, del mismo texto.

³⁷ HERRANZ RODRÍGUEZ, G., *Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica*. Eunsa, Pamplona, 1.992; pág. 7: «En virtud de la naturaleza democrática de la OMC existe entre los colegiados una absoluta igualdad de derechos, de obligaciones y de oportunidades, que se adquiere mediante la colegiación».

Indica igualmente que el incumplimiento de las normas deontológicas implica incurrir en una falta disciplinaria de acuerdo con los Estatutos de la OMC³⁸. La jurisdicción disciplinaria de la OMC se ejerce, en primera instancia, por los Colegios Provinciales, a cuya Junta Directiva corresponde la potestad instructora y sancionadora. Contra las resoluciones de los Colegios se puede recurrir en alzada ante el Consejo General de Colegios Médicos, y contra las resoluciones de este último el afectado puede acudir a la Jurisdicción Contencioso Administrativa³⁹.

Finalmente, la OMC considera uno de sus objetivos fundamentales la promoción y desarrollo de la Deontología profesional, velar por su cumplimiento y favorecer su difusión⁴⁰.

b).- El Código Deontológico Catalán

El Código Catalán no incluye cuestiones preliminares.

c).- El Código Deontológico de la Enfermería

³⁸ V. art. 3 del Código.

³⁹ HERRANZ RODRÍGUEZ, G., 'Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica'; ob. cit., pág. 11.

⁴⁰ V. art. 4 del Código Deontológico.

Las disposiciones del Código obligan a todos los enfermeros inscritos en los Colegios, sea cual fuere la modalidad de su ejercicio (en la sanidad pública, en la privada, por libre)⁴¹.

El Consejo General y los Colegios tienen como función primordial exigir el cumplimiento de los deberes deontológicos.

B).- PRINCIPIOS GENERALES

a).- *El Código Deontológico de la OMC*

El capítulo II del Código de la OMC enuncia una serie de principios, que delimitan las líneas generales de la deontología médica, y que pueden resumirse de la siguiente forma⁴²:

- Respeto por la vida y dignidad humanas⁴³.
- Rechazo a cualquier tipo de discriminación en la atención a los pacientes⁴⁴.

⁴¹ V. art. 1, del Código de la Enfermería, en el que se dice que las disposiciones del mismo serán también de aplicación a los enfermeros extranjeros que por convenios o tratados internacionales puedan ejercer ocasionalmente en España.

⁴² V. arts. 4 al 6 del Código Deontológico de la OMC.

⁴³ El art. 10.1 de la Ley General de Sanidad establece que todos tienen derecho «*Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de raza, de tipo social, de sexo, moral económico, ideológico, político o sindical*».

- Lealtad del médico a su paciente y a la salud de éste, con prioridad a cualquier otra conveniencia personal⁴⁵.
- Rechazo a causar cualquier perjuicio intencionado o negligente en la salud del paciente, evitando demoras injustificadas en su asistencia⁴⁶.
- Obligación de prestar ayuda de urgencia al enfermo o al accidentado⁴⁷.
- Prohibición de abandonar al enfermo en situaciones de catástrofe, epidemia o grave riesgo para el propio médico.
- Obligación de asegurar cuidados urgentes e inaplazables a los enfermos, incluso en caso de huelga médica.

⁴⁴ La protección del ser humano en su dignidad e identidad y la garantía de no discriminación se contienen en el art. 1, del '*Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina*' (*Convenio de Oviedo*).

⁴⁵ Esta previsión se contiene también en el Código Deontológico Catalán, en el capítulo II, dedicado a las relaciones del médico con sus pacientes. Se trata, en definitiva, de la formulación que hace el Código del principio de Beneficencia.

⁴⁶ Recoge el principio de No-maleficencia.

⁴⁷ En términos más limitados se pronuncia el Código Penal, en cuyo art. 196 se dice: «*El profesional que, estando obligado a ello, denegare asistencia sanitaria o abandonare los servicios sanitarios, cuando de la denegación o abandono se derive riesgo grave para la salud de las personas, será castigado con las penas del artículo precedente en su mitad superior y con la de inhabilitación especial para empleo o cargo público, profesión u oficio, por tiempo de seis meses a tres años*».

- Obligación de procurar la mayor eficacia de su trabajo y de obtener el rendimiento óptimo de los medios que la sociedad pone a su disposición.
- Obligación de velar por que el sistema sanitario mantenga los requisitos de calidad, suficiencia asistencial y mantenimiento de los principios éticos, y de denunciar las deficiencias que puedan afectar a la correcta atención a los pacientes.

b).- El Código Deontológico Catalán

En el Código Catalán se proclaman también una serie de principios generales, que pueden sintetizarse de la siguiente forma⁴⁸:

- El objetivo del ejercicio de la medicina es promover, mantener o restablecer la salud individual y colectiva de las personas⁴⁹.
- Obligación de cuidado de la calidad y eficiencia de la práctica médica.

⁴⁸ Arts. 1 al 7 del Código Deontológico.

⁴⁹ V. art. 1 del Código, donde se indica que la salud debe considerarse, no solo como la ausencia de enfermedad, sino también como el conjunto de condiciones física, psíquicas y sociales que permiten la máxima plenitud de la persona, para que ésta pueda desarrollarse de forma autónoma.

- Obligación de aconsejar las acciones sanitarias más adecuadas, teniendo en cuenta las situaciones sociales, los progresos técnicos y las condiciones de trabajo y ambientales que afectan a los pacientes.
- Rechazo de cualquier tipo de discriminación en la atención a los pacientes, sin que pueda ser excusa el temor a un posible contagio del médico.
- Respeto a la dignidad de las personas, evitando la manipulación de conciencia.
- Derecho a la objeción de conciencia médica, sin que pueda ser nadie discriminado por su ejercicio.
- Irrenunciabilidad de la independencia profesional del médico, y de sus normas éticas.

c).- El Código Deontológico de la Enfermería

En el Código de la Enfermería, si bien no se contiene un capítulo específico dedicado a principios generales, sí dedica uno de ellos⁵⁰ a enunciar una serie de normas comunes a seguir en el ejercicio de la profesión, entre las que se encuentra la de que el enfermero ejercerá su profesión con respeto a la dignidad del ser humano y a la singularidad de

⁵⁰ V. Capítulo X, del Código de la Enfermería.

cada paciente, sin hacer distinciones por razones de situación social, económica, características personales o naturaleza del problema de salud⁵¹.

También se indica que el enfermero no debe aceptar el cumplimiento de una responsabilidad que no sea de su competencia, en demérito del cumplimiento de sus propias funciones. Como tampoco debe delegar en cualquier otro miembro del equipo de salud, funciones que le son propias y para las cuales no están los demás debidamente capacitados⁵².

El Código contempla igualmente el derecho del enfermero, en el ejercicio de su profesión, a la objeción de conciencia, indicándose que el Consejo General y los Colegios habrán de velar para que ningún enfermero pueda sufrir discriminación o perjuicio a causa del ejercicio de este derecho⁵³.

C).- DEBERES GENERALES (ASISTENCIA, CONSENTIMIENTO, HISTORIA CLÍNICA)

a).- El Código Deontológico de la OMC

⁵¹ V. arts. 4 y 52 del Código de Enfermería.

⁵² V. arts. 58 y 59 del Código Deontológico de la Enfermería.

⁵³ V. art. 22, del mencionado Código.

Los deberes generales del médico hacia los pacientes son los siguientes:

- Libertad del paciente para elegir el médico que le atienda⁵⁴. El Código consagra para el paciente la libertad de elección y de cambio, respecto del médico y del centro sanitario; y ello por razón de que considera que la eficacia de la asistencia sanitaria exige una plena relación de confianza entre médico y paciente⁵⁵.
- Respeto a las convicciones de los pacientes y al derecho de estos últimos a rechazar total o parcialmente una prueba diagnóstica o el

⁵⁴ V. art. 7, donde se dice que institucionalmente se procurará armonizar este derecho con las previsiones y necesidades derivadas de la ordenación sanitaria y también V. Arts. 10.13 y 14, de la Ley General de Sanidad; Real Decreto 1575/1.993 que regula la libre elección del médico en los servicios de atención primaria del Instituto Nacional de la Salud; y Real Decreto 8/1.996, que regula la libre elección de médico en los servicios de atención especializada del Instituto Nacional de la Salud.

⁵⁵ Recogiendo estos aspectos, en el *'Documento de trabajo sobre la regulación básica de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica'*, elaborado en 1.999 por el Gabinete Técnico de la Subsecretaría de Sanidad y Consumo, del Ministerio de Sanidad y Consumo, y que pretende ser el articulado de un próximo anteproyecto de Ley Básica Reguladora sobre la materia, se prevé que (5.2): «*Los usuarios y pacientes del Sistema Nacional de Salud, previa la información comparada correspondiente, tendrán derecho a elegir médico y centro, tanto en la Atención Primaria como en la Especializada, en los términos y condiciones que se establezcan por los Servicios de Salud*».

tratamiento⁵⁶. El médico debe abstenerse de imponer las convicciones propias al paciente, respetando siempre la intimidad de este último⁵⁷.

- Obligación del médico de asegurar al paciente la continuidad de sus servicios⁵⁸.

- El paciente tiene derecho a obtener un certificado médico o informe realizado por el médico que le ha atendido⁵⁹.

⁵⁶El art. 10.9 de la Ley General de Sanidad, reconoce el derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos de riesgo para la salud pública, incapacidad y urgencia.

Además, en el art. 9.4, del Código Deontológico de la OMC, se establece que el médico en ningún caso abandonará al paciente que necesitara su atención por intento de suicidio, huelga de hambre o rechazo a algún tratamiento.

⁵⁷ V. arts. 8 y 9 del Código Deontológico de la OMC, y art. 3º, de los '*Principios de Ética Médica Europea*'.

⁵⁸ V. art. 9 del citado Código, en el que se indica que el médico podrá suspender sus servicios si llegara al convencimiento de no existir hacia él la necesaria confianza, debiendo advertir en ese caso, con la debida antelación, al paciente o a sus familiares, y debiendo facilitar que otro médico se haga cargo de aquél.

También, en el punto 3 del mismo artículo, se contempla la posibilidad para el médico de quedar dispensado de actuar, en los casos en los que el paciente exigiera un procedimiento que el médico, por razones científicas o éticas, juzgara inadecuado o inaceptable.

⁵⁹ El art. 10.8 de la Ley General de Sanidad prescribe el derecho del paciente «*a que se le extienda certificado acreditativo de su estado de salud, cuando su exigencia se establezca por una disposición legal o reglamentaria*».

V. art. 11 del Código Deontológico, donde se aclara que el certificado podrá comprender su estado de salud o enfermedad o la asistencia prestada, y que será entregado únicamente al paciente o a la persona por él autorizada, ya que el médico certificará sólo a petición del paciente, de su representante legalmente autorizado o por imperativo legal.

- El consultorio médico deberá ser acorde con el respeto debido al enfermo y contará con los medios adecuados para los fines que ha de cumplir⁶⁰.
- Los actos médicos habrán de quedar registrados en la historia clínica, que deberá conservarse para la mejor asistencia del paciente⁶¹.
- Como se indica en el apartado siguiente relativo a los deberes de información, en los casos que deban adoptarse medidas que conlleven riesgo significativo para la salud del paciente, el médico debe obtener de este último, preferentemente por escrito, el consentimiento específico imprescindible para llevarlas a cabo⁶².
- En caso de resultar imposible obtener el consentimiento informado por la urgencia de la situación, el Código ampara al médico para que preste los cuidados que le dicte su conciencia profesional⁶³.

⁶⁰ V. art. 12 del Código Deontológico de la OMC.

⁶¹ V. art. 13 del mismo Código, en el que se aclara que el médico y, en su caso, la institución para la que trabaja están obligados a conservar las historias clínicas y los elementos materiales de diagnóstico.

Sobre este tema de la conservación de la historia clínica el *‘Documento de trabajo sobre la regulación básica de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica’*, del Ministerio de Sanidad, indica que (15.1): «La finalidad primordial de la conservación de la documentación clínica deberá ser la asistencia al paciente, por lo que deberá mantenerse durante el tiempo necesario, en cada caso, para alcanzar este propósito y, en cualquier caso, un mínimo de cinco años para cada proceso asistencial, desde la fecha del alta correspondiente al mismo».

⁶² V. art. 10.5 del Código.

⁶³ V. art. 10.5 del Código Deontológico, y el art. 8 del *‘Convenio de Oviedo’* donde se dice que: «Cuando, debido a una situación de urgencia, no pueda obtenerse el consentimiento adecuado, podrá procederse inmediatamente a cualquier intervención

- Y por lo que se refiere al valor de la opinión del menor, el Código establece que se tenga en consideración en función de su edad y grado de madurez⁶⁴.

b).- El Código Deontológico Catalán⁶⁵

En materia de relaciones del médico con sus pacientes, el Código Deontológico Catalán, contiene las siguientes premisas:

- La primera lealtad del médico, por encima de cualquier otra conveniencia, debe ser hacia la persona a la que atiende.
- Todo el mundo tiene derecho a una atención médica de buena calidad humana y técnica⁶⁶.
- Respeto a las convicciones del paciente sin intentar imponer las propias.

indispensable desde el punto de vista médico a favor de la salud de la persona afectada».

⁶⁴ V. art. 10.6 del Código mencionado.

⁶⁵ V. arts. 8 al 19 del citado Código.

⁶⁶ El art. 7 de la Ley General de Sanidad, indica que *«los servicios sanitarios, así como los administrativos, económicos y cualesquiera otros que sean precisos para el funcionamiento del sistema de salud, adecuarán su organización y funcionamiento a los principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad».*

- Respeto escrupuloso del derecho del paciente a la intimidad, especialmente en las exploraciones diagnósticas y tratamientos.
- Obligación de pedir autorización para practicar exploraciones complementarias, que además nunca podrán realizarse de forma rutinaria e indiscriminada.
- Obligación de pedir el consentimiento al paciente para cualquier tratamiento⁶⁷, debiéndose respetar en el caso de los menores su voluntad, siempre que tengan capacidad para comprender las decisiones, y aunque el padre, la madre o el representante legal disientan⁶⁸.

⁶⁷ El art. 10.6 de la Ley General Sanitaria proclama el derecho del paciente «a la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, ...», excepto en los casos de riesgo para la salud pública, incapacidad y urgencia.

En cuanto a la exigencia de que el consentimiento se preste por escrito, en el *‘Documento de trabajo sobre la regulación básica de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica’*, del Ministerio de Sanidad, se indica que el consentimiento habrá de darse por escrito «en las intervenciones que comporten riesgos importantes, notorios o considerables».

⁶⁸ En materia de reconocimiento de la relevancia de la opinión del menor, el Código Catalán, al establecer la prevalencia de la opinión de este último por encima de la de sus padres, es más explícito incluso que el *‘Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina’*, donde se afirma que (art. 6.2): «Cuando, según la ley, un menor no tenga capacidad para expresar su consentimiento para una intervención, ésta sólo podrá efectuarse con autorización de su representante, de una autoridad o de una persona o institución designada por la ley. La opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y su grado de madurez».

En el mencionado *‘Documento de trabajo sobre la regulación básica de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica’*, del Ministerio de Sanidad, se dice sobre el particular (art. 5.1,b): «La opinión del menor,

- Obligación del médico de respetar el derecho del paciente a rechazar total o parcialmente una prueba diagnóstica o la asistencia médica, siempre que haya sido informado de las consecuencias de su decisión y las haya comprendido, con la única excepción de que puedan derivarse de ello daños para otra persona⁶⁹. También se prevé que cuando los responsables de un paciente incapacitado o menor rechacen un tratamiento que los conocimientos médicos reconozcan como válido y necesario para su vida, y se esté en una situación de urgencia, el médico debe prescindir del consentimiento.
- Respeto del médico al derecho del paciente a elegir médico y centro sanitario, y a cambiarlos.
- En caso de pérdida de la confianza indispensable del paciente, y dejando a salvo el caso de urgencia, el médico puede negarse a prestar asistencia, siempre que la misma pueda ser continuada por otro médico y se informe al paciente debidamente. Ahora bien, el

que deberá ser consultado en su caso, será tomada en consideración como un factor determinante cuando así lo aconsejen su edad y grado de madurez ...».

⁶⁹ Para MONÉS XIOL, J. (*‘Consentimiento Informado.- Información y Códigos Deontológicos’*; ob. cit., pág. 94), este precepto está aceptando implícitamente la negativa a recibir transfusiones de sangre por parte de miembros de un colectivo con creencias religiosas que lo impidan.

Por otro lado, en el *‘Documento de trabajo sobre la regulación básica de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica’* se indica al respecto que (3.4): *«Todo paciente o usuario tendrá derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley; la negativa al tratamiento deberá hacerse constar expresamente por escrito».*

médico no puede rechazar la asistencia por miedo a ser contagiado por el paciente.

- Se establece una incompatibilidad entre prestar asistencia médica a un paciente y ejercer respecto del mismo funciones de perito, juez-instructor, forense o similar.
- Todas las actividades del médico con sus pacientes deben registrarse en una historia clínica individualizada, que facilite el posible seguimiento del paciente por otros colegas⁷⁰.

c).- El Código Deontológico de la Enfermería⁷¹

El Código de la Enfermería confiere a los enfermeros el loable deber de proteger al paciente de posibles tratos humillantes, degradantes o de cualquier tipo de afrenta a su dignidad personal.

Establece también como obligación de los enfermeros la de respetar la libertad del paciente, y la de elegir y controlar la atención que se le presta.

⁷⁰ Aunque no se dice en el precepto, ha de entenderse que el seguimiento por otros colegas estará condicionado al previo consentimiento del paciente.

⁷¹ V. arts. 5 al 9 del Código Deontológico de la Enfermería.

Especial hincapié realiza el Código en cuanto a la necesidad de que los enfermeros obtengan el consentimiento de los pacientes con carácter previo a cualquier intervención⁷².

Al igual que ocurre en los códigos deontológicos médicos, en el de la Enfermería se prevé que cuando el paciente no esté en condiciones físicas y psíquicas de prestar su consentimiento, el enfermero tendrá que conseguirlo a través de los familiares o allegados de aquél.

Asimismo, en materia de consentimiento, el Código deontológico de la Enfermería establece que el enfermero nunca empleará ni consentirá que otros la empleen, la fuerza física o moral para obtener el consentimiento del paciente⁷³.

También se contempla el supuesto de pacientes que estén siendo objeto de investigaciones científicas o tratamientos experimentales, disponiendo que el enfermero no podrá participar en dichas actividades si previamente no hubiera obtenido de aquéllos, o de sus familiares o responsables, el correspondiente consentimiento libre e informado⁷⁴.

⁷²En el art. 7 del Código Deontológico de la Enfermería, se fundamenta la obtención del consentimiento del paciente en el «reconocimiento del derecho moral que cada persona tiene a participar de forma libre y válidamente manifestada sobre la atención que se le preste».

⁷³ El art. 9 del Código Deontológico de la Enfermería indica que, de utilizarse medidas de fuerza física o moral para obtener el consentimiento, el enfermero deberá poner los hechos en conocimiento de las autoridades sanitarias y del Colegio Profesional respectivo con la mayor urgencia posible.

D).- DEBERES RELACIONADOS CON LA INFORMACIÓN

a).- *El Código Deontológico de la OMC*⁷⁵

El Código fija la obligación de informar al paciente sobre la enfermedad, de forma delicada y comprensible⁷⁶. También establece que habrá de respetarse la decisión del paciente de no ser informado⁷⁷, debiendo en ese caso comunicarse los extremos oportunos al familiar o allegado más próximo.

Entre los elementos básicos que debe contener la información figura el de la propia identidad del médico que atiende al paciente en cada instante⁷⁸. El trabajo en equipo no podrá impedir que el paciente sepa quién es el médico responsable de la asistencia.

⁷⁴ V. art. 17 del Código Deontológico de la Enfermería.

⁷⁵ V. art. 10 del Código Deontológico.

⁷⁶ En cuanto a la forma y contenido de la información la Ley General de Sanidad, en su art. 10.5, indica que la misma deberá darse al paciente «*en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados*». La información habrá de ser «*completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento*».

El art. 10.5, del citado Código, establece también que si el enfermo no estuviera en condiciones de dar su consentimiento por ser menor de edad, estar incapacitado o por la urgencia de la situación, y resultase imposible obtenerlo de su familia o representante legal, el médico deberá prestar los cuidados que le dicte su conciencia profesional.

⁷⁷ El respeto a la voluntad de una persona de no ser informado aparece recogido ya en una norma de rango legal como el citado '*Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina*' (*Convenio de Oviedo*), de 4 de abril de 1.997, vigente en España desde el primero de enero de 2.000. V. art. 10.2.

⁷⁸ Sobre esta cuestión el art. 10.7 de la Ley General de Sanidad dice que el paciente tiene derecho «*a que se le asigne un médico, cuyo nombre se le dará a conocer, que*

En cuanto a la conveniencia de obtener el consentimiento informado por escrito, el Código lo aconseja en aquellos supuestos en que las medidas propuestas puedan suponer para el paciente un riesgo significativo.⁷⁹

b).- *El Código Deontológico Catalán*⁸⁰

El Código Deontológico Catalán aborda de forma exhaustiva la cuestión de la información al paciente.

Parte del principio de que al paciente debe dársele la máxima información posible sobre su estado de salud, pasos diagnósticos, exploraciones complementarias y tratamientos⁸¹; y establece

será su interlocutor principal con el equipo asistencia. En caso de ausencia, otro facultativo del equipo asumirá tal responsabilidad».

⁷⁹ En cuanto a la exigencia de que el consentimiento se preste por escrito, en el citado *‘Documento de trabajo sobre la regulación básica de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica’*, del Ministerio de Sanidad, se indica que el consentimiento habrá de darse por escrito *«en las intervenciones que comporten riesgos importantes, notorios o considerables».*

⁸⁰ V. arts. 20 a 27 del citado Código.

⁸¹ Para MONÉS XIOL, J. *‘Consentimiento Informado.- Información y Códigos Deontológicos’*; ob. cit., pág. 92: *«El médico no debe mentir, pero esto no significa que siempre tenga la obligación de decir toda la verdad. Ahora bien, esconderla es infantilizar a la persona, reducir al paciente a un nivel inferior, mantenerlo en un engaño permanente, en un clima falso y artificial, en el que todos conocen lo que le está pasando, excepto él, el único protagonista y autor de su propia historia».*

También en pág. 93: *«Lo ético es la información lo más completa, comprensible, verídica, mesurada, discreta, prudente y esperanzadora, lo legal es la forma en que todo este proceso se hace patente con el consentimiento informado».*

expresamente el deber de información respecto de los siguientes aspectos:

- De las medidas preventivas para evitar contagios y propagación de la enfermedad.
- De si el caso médico del paciente va a ser objeto de una investigación, experimentación o docencia⁸².
- Sobre el riesgo que pueden significar para la salud del paciente sus hábitos, el trabajo que ejerce o tiene intención de ejercer y el medio en el que se desarrolla⁸³.
- De las alteraciones que sufre el paciente y del pronóstico de su enfermedad.

⁸² Sobre esta cuestión no debe olvidarse que el art. 10.4 de la Ley General de Sanidad, obliga a que el paciente sea advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar peligro adicional para la salud. El mismo precepto dispone que será imprescindible la previa autorización por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico y de la dirección del centro sanitario de que se trate.

⁸³ MONÉS XIOL, J. *'Consentimiento Informado.- Información y Códigos Deontológicos'*; ob. cit., cap. 6, pág. 95: «Este artículo tiene en cuenta los aspectos preventivos, ya que el sanitario en general y el médico en particular debe considerar que la salud no es sólo la ausencia de enfermedad sino también el conjunto de condiciones físicas, psíquicas y sociales que permiten la máxima plenitud de la persona, para que ésta se pueda desarrollar de forma autónoma».

En cuanto a la forma de dar la información al paciente, el Código Deontológico Catalán establece que será de forma comprensible, prudente, verídica, mesurada, discreta y esperanzadora. Además, en el caso de pacientes con enfermedades de pronóstico grave, el médico debe plantearse que la información no les perjudique su enfermedad⁸⁴.

Prevé también el Código que el médico informe a las personas vinculadas al paciente, cuando éste lo autorice o cuando intuya que el paciente no está en condiciones de comprender la información por falta de lucidez⁸⁵.

Reconoce también el Código un derecho del paciente a disponer de un informe sobre su salud y de las pruebas diagnósticas referentes a su

⁸⁴ MONÉS XIOL, J. *‘Consentimiento Informado.- Información y Códigos Deontológicos’*; ob. cit., pág. 95: «El médico conoce que los pacientes tienen una extraordinaria capacidad de adaptación a las limitaciones que impone la enfermedad y privar al paciente de su derecho a decidir sobre su final y las decisiones que quiera tomar no solo no es ético, sino que puede conllevar perjuicios importantes al paciente y a su entorno».

⁸⁵En la obra citada, MONÉS XIOL, J. (pág. 96), comenta que puede haber en algún caso conflicto porque el paciente se haya negado a autorizar al médico para que informe a los allegados. Cita el caso de un paciente con anticuerpos del SIDA que quiera que su pareja no conozca esta condición y dice que en este supuesto: «el médico está obligado a advertir al paciente que no puede cumplir su deseo, por estar obligado a prevenir el contagio».

No obstante la opinión del autor, pensamos que éste es un tema muy discutido en la actualidad, que estimamos debe ser analizado atendiendo a las circunstancias que se producen en cada caso concreto.

También, en el caso de la información a los niños, MONÉS XIOL, J. (pág. 93), alude a la práctica pediátrica donde cada vez está más extendida la opinión de que informar al niño con capacidad para comprender aquello que decide, sobre los inconvenientes, molestias de las pruebas y resultados de tratamiento, logra su mayor colaboración. También indica el citado autor que esta práctica no descarga al médico de la necesidad de informar a los padres o representante legal.

enfermedad⁸⁶, y exige a los médicos recabar la autorización explícita del paciente para poder facilitar información a otros colegas, instituciones o centros⁸⁷.

Por último, el Código exige a los médicos que su información sea más cuidadosa, si cabe, cuando actúen como peritos, inspectores o similares, debiendo comunicar su citada condición al paciente⁸⁸.

c).- El Código Deontológico de la Enfermería⁸⁹

También los enfermeros asumen la responsabilidad de informar a los enfermos de forma veraz, pero sólo de aquellos aspectos que se encuentren dentro del límite de sus atribuciones, ya que, cuando el contenido de la información exceda de su nivel de competencia, habrán de remitirse al miembro del equipo de salud más adecuado.

La información tendrá que prestarse siempre en un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión del enfermo, valorando la situación física y psíquica de este último y que se encuentre en

⁸⁶ *Ibídem*: «En efecto, para adquirir ciertos derechos, justificar bajas, compensaciones económicas, etc., el ordenamiento jurídico establece que el médico debe expedir las certificaciones, ya que de no hacerlo podría causar perjuicio a su paciente».

⁸⁷ *Ibídem*: «Este artículo complementa y hace posible, por un lado, el mantenimiento del secreto profesional y, por otro, la continuidad de la asistencia».

⁸⁸ Además, el Código en su art. 25 establece que, cuando el médico acabe su tarea inspectora, comunique preferentemente al paciente el contenido de su informe, salvo que pueda perjudicar a su salud.

⁸⁹ V. arts. 10 al 13 del Código Deontológico de la Enfermería.

condiciones de entender, aceptar o decidir por sí mismo. En otro caso, el enfermero deberá dirigirse a los familiares o allegados del enfermo.

E).- DEBERES RELACIONADOS CON EL SECRETO PROFESIONAL

a).- *El Código Deontológico de la OMC*⁹⁰

Se configura el secreto médico como un derecho del paciente a salvaguardar su intimidad frente a terceras personas, que le asiste incluso después de su muerte, y al mismo tiempo un elemento inherente al ejercicio de la profesión médica⁹¹.

El contenido del secreto médico abarca no solo lo que haya conocido el médico en el ejercicio de su profesión, sino también todo aquello que el paciente le hubiera confiado.

El Código asigna al médico el deber de exigir a sus colaboradores que también respeten el secreto médico, disponiendo que en el caso de ejercicio de la medicina en equipo, cada médico es responsable de la totalidad del secreto.

⁹⁰ V. arts. 14 a 17 del Código Deontológico de la OMC.

⁹¹ El art. 10.3 de la Ley General de Sanidad reconoce el derecho de los pacientes a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público.

En ningún caso los sistemas de informatización médica habrán de comprometer el derecho del paciente a la intimidad, para lo cual deberán mantener una estricta separación entre la documentación clínica y la documentación administrativa. Los bancos de datos sanitarios no podrán conectarse a una red informática no médica, debiendo encontrarse los datos extraídos de historias clínicas bajo la responsabilidad de un médico.

Finalmente, se contemplan siete excepciones al secreto médico, condicionadas a que la revelación se realice con discreción, exclusivamente ante quien se tenga que hacerlo, en sus justos y restringidos límites y, si lo estimara necesario el médico, previa solicitud del asesoramiento del Colegio Médico. Las excepciones son las siguientes:

- Por imperativo legal.
- Respecto de las enfermedades de declaración obligatoria.
- Respecto de las certificaciones de nacimiento y defunción.
- En los casos en que el silencio pueda originar un perjuicio al paciente o a otras personas; o un peligro colectivo.

- En el supuesto de que el médico se viera injustamente perjudicado por causa del mantenimiento del secreto del paciente y este último permitiera dicha situación⁹².
- Si compareciera como denunciado ante el Colegio o fuera llamado a testimoniar en materia disciplinaria.
- Siempre que el paciente lo autorice y no se perjudique la discreción que debe presidir la actividad médica.

b).- El Código Deontológico Catalán⁹³

El Código Deontológico Catalán describe de forma más exhaustiva que el Código de la OMC, los aspectos en que debe consistir el secreto médico al incluir dentro del mismo, además de lo que haya visto el médico y lo que el paciente le haya podido confiar, todo aquello que haya podido deducir y toda la documentación producida en su ejercicio profesional, debiendo ser tan discreto que nada pueda ser descubierto, ni directa ni indirectamente.

⁹² Como dice el profesor HERRANZ RODRÍGUEZ, G. (*Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica*; ob. cit., págs. 86 y 87), se trata en este caso de que el médico pueda defenderse frente a un paciente malévolo o resentido que quisiera abusar con ventaja del médico: «*El silencio del médico vendría a ser entonces una especie de complicidad contra él mismo y, en virtud del principio de que quien calla otorga, un consentimiento a la extorsión moral*».

⁹³ V. arts. 28 a 40 del Código Deontológico Catalán, que conforman el capítulo IV, denominado '*Del derecho a la intimidad y del secreto profesional*'.

En este sentido, exige el máximo esfuerzo al médico para que, con ocasión de actos médicos que hayan sido fotografiados o filmados con fines educativos o científicos, se evite la identificación del paciente, incluso en el caso de que mediara autorización expresa de este último, requisito éste por otro lado ineludible para realizar cualquier exhibición de documentos clínicos.

El acto médico debe respetar siempre el derecho a la intimidad del paciente, debiéndose impedir, salvo autorización de aquél, que ninguna persona lo presencie sin un motivo justificado.

El secreto médico alcanza también, para el Código Deontológico Catalán, a la situación posterior a la muerte del paciente. Asimismo, al igual que se establece en el Código de la OMC, aún en los casos de autorización del paciente para revelar el secreto médico, el facultativo debe cuidar de mantener la confianza social hacia la confidencialidad médica. También hace recaer sobre el médico la obligación de exigir a sus colaboradores, sanitarios y no sanitarios, la más absoluta discreción, y de informarles de la importancia de la preservación de la intimidad y confidencialidad de los datos del paciente.

En materia de tratamiento informatizado de los datos sanitarios, y en consonancia con las disposiciones legales en materia de tratamiento

automatizado de datos personales⁹⁴, el Código Deontológico Catalán exige se preserven los derechos del paciente a conocer y controlar los datos introducidos en el ordenador (que deben ser solo los pertinentes, necesarios y verificables); a modificar o eliminar los inexactos, no demostrables o superfluos; y a que los datos no salgan del ámbito sanitario sin el consentimiento expreso del paciente, salvo que no se pueda identificar a la persona a la que se refieren.

Contempla también de forma expresa, el Código Catalán, el caso de que el médico sea requerido por la justicia para testificar en relación a un paciente, indicando claramente que el médico debe pedir al Juez que le exima de testificar.

Por lo que se refiere a las excepciones al deber de secreto, se limitan exclusivamente a los siguientes casos:

- Cuando de la revelación se presuma un muy probable bien para el paciente.
- Cuando certifique un nacimiento.
- Cuando certifique una defunción.

⁹⁴ V. Ley Orgánica 15/1.999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.

- Si con el silencio se presumiera un muy probable perjuicio para el paciente, para otras personas o un peligro colectivo.
- Cuando se trate de enfermedades profesionales, accidentes de trabajo, u otros siniestros, si con la declaración se presupone que se evitarán otros similares.
- Cuando actúe como perito inspector, médico forense, juez instructor o similar.
- En los casos de malos tratos a los niños, ancianos o discapacitados psíquicos o actos de violación (en este caso con la aquiescencia de la víctima).
- Cuando el médico se vea injustamente perjudicado a causa del mantenimiento del secreto de un paciente, y éste sea autor voluntario del perjuicio, y siempre y cuando de la revelación del hecho no resulten otros perjudicados.

c).- Código Deontológico de la Enfermería⁹⁵

Se proclama la obligación del enfermero de guardar secreto de toda la información sobre el paciente que haya llegado a su conocimiento en el ejercicio de su trabajo.

⁹⁵ V. arts. 19 a 21 del Código de la Enfermería.

Especial mención se hace a que el enfermero no adquiera compromisos bajo secreto que entrañen malicia o dañen a terceros o a un bien público.

En el caso de que el enfermero se vea obligado a romper el secreto profesional por motivos legales, se recuerda que la primera preocupación ha de ser la seguridad del paciente, por lo que deberá reducirse al mínimo indispensable la cantidad de información revelada y el número de personas que participen del secreto.

F).- DEBERES DE TRATAMIENTO

a).- El Código Deontológico de la OMC⁹⁶

En cuanto al tratamiento médico, se establece que todos los pacientes tienen derecho a una atención médica de calidad humana y científica, rechazándose expresamente la práctica de la medicina defensiva.

Se apela también a la responsabilidad del médico para que se abstenga de realizar actuaciones que puedan sobrepasar su capacidad técnica o de juicio (por razón de edad, enfermedad u otras causas),

⁹⁶ V. arts. 18 a 22.

estableciendo incluso la obligación de los compañeros de advertírsele en caso de que él mismo no fuera consciente de sus deficiencias⁹⁷.

Se consagra la libertad de prescripción del médico, al que deberá facilitarse las condiciones técnicas que le permitan actuar con independencia y garantía de calidad⁹⁸.

También se establece la obligación del médico de mantener y actualizar su conocimiento científico, destreza técnica y actitudes éticas, como elementos fundamentales del ejercicio de la medicina^{99 100}.

Respecto a las medicinas no convencionales, se indica la obligación del médico que las emplease de informar a los pacientes de su carácter complementario, en tanto no se doten de base científica.

⁹⁷ El art. 19.3 del Código indica también que en caso necesario el compañero deberá ponerlo en conocimiento del Colegio de Médicos, de forma objetiva y con la debida discreción, sin que dicha comunicación suponga faltar al deber de confraternidad, al ser el bien de los pacientes un valor prioritario.

⁹⁸ Como dice HERRANZ RODRÍGUEZ, G.- *'El Código de Ética y Deontología Médica'*, ob. cit., pág. 101, este artículo consagra la libertad y la independencia profesionales más como un deber ético que como un derecho. El citado autor menciona como antecedente la *'Declaración de Nuremberg (art. 57-3 del Tratado de Roma) para el trabajo del médico en los países de la Comunidad Europea'*, donde se dice: «A todos debe garantizarse que el médico que consulten goza de total independencia tanto en el plano moral como en el técnico y que es libre para la elección del tratamiento».

⁹⁹ El art. 21.1, del Código compromete igualmente en esta tarea a todas las organizaciones y autoridades que intervienen en la regulación de la profesión.

¹⁰⁰ HERRANZ RODRÍGUEZ, G.- *El Código de Ética y Deontología Médica*, ob. cit., pág. 107, comenta al respecto: «La falta de estudio conduce al estancamiento profesional y a la rutina y convierte y al médico en un practicón»; «Los enfermos tienen derecho a ser atendidos por médicos competentes, pues esperan recibir una atención basada en los conocimientos vigentes de hoy, no en las soluciones que valieron años atrás».

El Código fija también una serie de faltas deontológicas contra la calidad de la atención médica consistentes en: el charlatanismo, prometer la curación, ofrecer remedios no contrastados, simular tratamientos, usar productos de composición desconocida, ejercer la medicina por carta, teléfono, radio, prensa o internet; encubrir a quien ejerce ilegalmente la profesión cediéndole el consultorio¹⁰¹.

b).- El Código Deontológico Catalán¹⁰²

El Código recoge una serie de deberes del médico en el tratamiento de los pacientes, tales como emplear todos los medios adecuados a su alcance para recuperar la salud del paciente; asegurar la profilaxis; tomar decisiones en casos de riesgo inmediato grave en los que no sea posible conseguir autorización del paciente; y también en casos en que la demanda de los medios terapéuticos sea superior a su disponibilidad (en este supuesto basándose en criterios médicos y bioéticos); no utilizar procedimientos ni prescribir medicamentos sobre los que no exista evidencia científica de su eficacia; advertir al paciente en caso de utilización de tratamientos no convencionales¹⁰³; extremar la

¹⁰¹ Se está rechazando con esta mención el caso del intrusismo profesional y el ejercicio ilegal de la profesión.

¹⁰² V. arts. 41 a 48, del citado Código Catalán.

¹⁰³ MONÉS XIOL, J. *‘Consentimiento Informado.- Información y Códigos Deontológicos’*; ob. cit., pág. 95: «... aceptamos la existencia de formas de actuación médica no convencionales (las llamadas medicinas alternativas), que aunque salen de los cánones establecidos por la medicina convencional y científica, ofrecen una eficacia clínica sintomática, pero sin olvidar de advertir al médico que las practica, la

información de los riesgos del acto médico y conseguir el consentimiento del paciente en los casos de medicina voluntaria (implantación bucal, esterilización, cirugía estética).

c).- El Código Deontológico de la Enfermería

El enfermero debe garantizar un tratamiento correcto y adecuado a todas las personas que lo necesiten, independientemente de cuál pueda ser su padecimiento, edad o circunstancias¹⁰⁴.

También establece el Código una obligación del enfermero de prestar auxilio profesional en caso de emergencia al herido o enfermo, y de ponerse voluntariamente a disposición de quienes coordinen programas de ayuda sanitaria en casos catástrofe¹⁰⁵.

Al igual que en el supuesto de los médicos, el enfermero tiene obligación de ejercer su profesión con responsabilidad, actualizando constantemente sus conocimientos personales con el fin de evitar actuaciones imprudentes, y no debe delegar las funciones que le son propias, ni asumir las que no lo son¹⁰⁶.

obligación de comunicar al paciente la necesidad de no abandonar el tratamiento válido reconocido por la comunidad científico-médica».

¹⁰⁴ V. art. 15 del Código de la Enfermería.

¹⁰⁵ V. art.50.

¹⁰⁶ V. arts. 57 a 60.

G).- DEBERES RELACIONADOS CON LA REPRODUCCIÓN HUMANA

a).- *El Código Deontológico de la OMC*¹⁰⁷

El capítulo del Código de la OMC dedicado a la Reproducción Humana, se inicia calificando al médico de servidor de la vida humana, y estableciendo que el médico que lleve a cabo abortos en los supuestos despenalizados legalmente, no será sancionado¹⁰⁸. A este respecto, conviene recordar que los tres supuestos de aborto despenalizado en España son¹⁰⁹: el llamado ‘aborto terapéutico’ (conflicto entre la vida de la madre y la del «nasciturus»¹¹⁰), el ‘aborto ético’ (embarazo derivado de una violación), y el ‘aborto eugenésico’ (previsibilidad de que el feto nazca con graves taras físicas o psíquicas).

A continuación dedica su atención el Código a la protección del ser humano embriofetal enfermo, indicando que se le debe tratar con las

¹⁰⁷ V. capítulo VI del Código, comprensivo de los arts. 23 a 26, y también la obra ‘*Derecho y Reproducción Humana*’, SÁNCHEZ-CARO, J. y ABELLÁN, F., Ed. Fundación Salud 2.000.- Madrid, 1.998.

¹⁰⁸ La razón es obvia, la sanción deontológica en estos casos sería revocada por los Tribunales si el interesado la recurriera ante la jurisdicción contencioso-administrativa.

¹⁰⁹ Estos supuestos aparecen recogidos en el art. 417 bis del Código Penal de 1.973, precepto declarado expresamente vigente por la Disp. Derog. 1. a), de la Ley Orgánica 10/1.995, de 23 de noviembre, del Código Penal actual.

¹¹⁰ Se denomina «nasciturus» al concebido y no nacido, a quien se refieren los arts. 29 y 30 de nuestro Código Civil, que establecen que si bien el nacimiento determina la personalidad, el concebido se tiene por nacido para todos efectos legales que le sean favorables, siempre que el feto «*tuviere figura humana y viviere veinticuatro horas desprendido del seno materno*».

mismas directrices éticas que se aplican a los demás pacientes, siendo necesario recabar el consentimiento informado de los progenitores¹¹¹.

Seguidamente se ocupa el Código de las intervenciones para modificar el genoma humano, admitiéndolas únicamente con fines preventivos, diagnósticos o terapéuticos¹¹², y prohibiéndolas cuando traten de alterar características genéticas no asociadas a una enfermedad o dirigidas a introducir cualquier modificación del genoma de los descendientes¹¹³.

También prohíbe el Código que el médico utilice técnicas para elegir el sexo de la persona que va a nacer, salvo en los casos de que

¹¹¹ El art. 12.2 de la Ley 35/1.988, sobre Técnicas de Reproducción Asistida, establece: «*Toda intervención sobre el embrión en el útero o sobre el feto, en el útero o fuera de él, vivos, con fines diagnósticos, no es legítima si no tiene por objeto el bienestar del nasciturus y el favorecimiento de su desarrollo, o si está amparada legalmente*».

Asimismo, el art. 13.3 del mismo texto legal, contempla entre los requisitos a cumplir para la terapéutica a realizar en preembriones, embriones y fetos, el consentimiento informado riguroso de la pareja.

Por su parte, el art. 18.1 del ‘*Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina*’ (Convenio de Oviedo), indica que: «*cuando la experimentación con embriones in vitro esté admitida por la ley, ésta deberá garantizar una protección adecuada del embrión*».

¹¹² El art. 13 del citado ‘*Convenio de Oviedo*’ dice: «*Únicamente podrá efectuarse una intervención que tenga por objeto modificar el genoma humano por razones preventivas, diagnósticas o terapéuticas y sólo cuando no tenga por finalidad la introducción de una modificación en el genoma de la descendencia*».

¹¹³ Esta prohibición tiene su reflejo en el propio Código Penal, arts. 159 y 160, el primero de los cuales dice: «*Serán castigados con la pena de prisión de dos a seis años e inhabilitación especial para empleo o cargo público, profesión un oficio de siete a diez años los que, con finalidad distinta a la eliminación o disminución de taras o enfermedades graves, manipulen genes humanos de manera que se altere el genotipo.*».

dichas técnicas vayan dirigidas a evitar la transmisión de una enfermedad hereditaria ligada al sexo¹¹⁴.

En consonancia con lo establecido por la Ley sobre Técnicas de Reproducción Asistida, el Código Deontológico hace especial hincapié sobre la obligación de recabar el consentimiento informado de los usuarios, que en este campo de la medicina debe obtenerse de forma rigurosa y reforzada¹¹⁵, debiéndose reflejar, como dice la Ley, la aceptación en un formulario de contenido uniforme que se recogerá en la historia clínica¹¹⁶.

Recoge finalmente el Código el derecho del médico a plantear objeción de conciencia en esta materia, reconociéndole que pueda negarse, por razones de conciencia, a aconsejar o a llevar a cabo alguna de las técnicas de reproducción asistida, sin perjuicio de su obligación de informar convenientemente a los afectados de su abstención y de la posibilidad de que consulten con otros médicos¹¹⁷.

¹¹⁴ En el art. 20.2, n), de la Ley sobre Técnicas de Reproducción Asistida, se reputa infracción muy grave la de seleccionar el sexo con fines no terapéuticos o terapéuticos no autorizados.

¹¹⁵ Por lo que se refiere al consentimiento de la mujer receptora ver arts. 2.1b), 2.2, 2.3, 6.1 y 6.2 de la Ley sobre Técnicas de Reproducción Asistida. En cuanto al consentimiento del marido, ver arts. 6.3 y 8.1 del mismo texto. Y por lo que respecta al consentimiento del varón no casado, ver arts. 6.4 y 8.2 de la citada Ley.

¹¹⁶ V. art. 19.3 de la Ley sobre Técnicas de Reproducción Asistida.

¹¹⁷ HERRANZ RODRÍGUEZ, G.- *'El Código de Ética y Deontología Médica'*, ob. cit., pág. 126, cita dos antecedentes de este precepto:

El punto 6 de la *'Declaración de Oslo sobre el Aborto Terapéutico'* (1.970), de la Asociación Médica Mundial: «Si el médico considera que sus convicciones no le permiten realizar o aconsejar un aborto, puede retirarse del caso con tal de que garantice la continuidad de la atención médica por parte de un colega cualificado».

b).- *El Código Deontológico Catalán*¹¹⁸

Comienza el Código Catalán rechazando la manipulación genética y proclamando la máxima de que ‘no todo lo que es factible técnicamente es éticamente aceptable’.

Resalta también el Código Catalán la singular importancia en este campo del deber de información y de obtener el consentimiento informado, tanto de usuarios como de donantes, en términos similares a los contemplados en la Ley sobre Técnicas de Reproducción Asistida.

Se muestra el Código rotundo a la hora de prohibir al médico que practique una interrupción de embarazo o esterilización sin que medie consentimiento¹¹⁹, y en los casos de los discapacitados, si no tiene la certidumbre de que los responsables del deficiente que lo pidan lo hacen pensando en el bien del afectado.

Y el art. 17 de los ‘*Principios de Ética Médica Europea*’ donde se dice: «*Es conforme a la Ética que un médico, en razón de sus convicciones personales, se niegue a intervenir en procesos de reproducción o en casos de interrupción de la gestación o abortos, e invitará a los interesados a solicitar el parecer de otros colegas*».

¹¹⁸ V. arts. 49 a 56 del Código Deontológico Catalán.

¹¹⁹ MONÉS XIOL, J. ‘*Consentimiento Informado.- Información y Códigos Deontológicos*’; ob. cit., pág. 95. El citado autor comenta que la aprobación de este precepto fue muy controvertida, ya que de una forma indirecta reconoce la permisibilidad del aborto en ciertas circunstancias; y añade: «*También se acepta como ética la fecundación in vitro y toda la tecnología de congelación de embriones que la acompaña*».

Al igual que en el caso del Código Deontológico de la OMC, el Código Catalán contempla la objeción de conciencia en esta materia, pero exigiendo al médico que no eluda en ningún caso la objetiva y completa información sobre la posibilidad de realizar los deseos del paciente con otros médicos¹²⁰.

También limita el Código la elección del sexo a los casos de prevención de una enfermedad hereditaria.

Finalmente, significar que aborda el Código la cuestión del anonimato de los donantes de gametos o embriones, estableciendo abiertamente que el hijo y su descendencia serán los únicos que tendrán derecho a conocer (y el médico la obligación de proporcionárselos) los datos biogénéticos, pero no la identidad de sus progenitores¹²¹.

c).- El Código Deontológico de la Enfermería

¹²⁰ *Ibidem*: «Las Normas Éticas en ninguno de sus artículos privan al médico de actuar con su conciencia, pero la ley prevé unos supuestos en los que el aborto está despenalizado y esto indica que, como colectivo, hemos de dar respuesta a nuestros conciudadanos, que dentro de la ley lo pidan y sería una contradicción que se sancionara éticamente a colegas, con los que podemos estar o no de acuerdo, pero que en cualquier caso cumplen una obligación legal, liberando al resto de ginecólogos, que legítimamente y por razones de conciencia se niegan a la realización de estas prácticas».

¹²¹ El art. 5.5, de la Ley sobre Técnicas de Reproducción Asistida establece que: «Los hijos nacidos tienen derecho, por sí o por sus representantes legales, a obtener información general de los donantes que no incluya su identidad. Igual derecho corresponde a la receptora de gametos».

En este mismo precepto la Ley contempla dos excepciones al deber de secreto de la identidad del donante: la existencia de peligro para la vida del hijo y que proceda

No contiene este Código un capítulo dedicado al campo de la reproducción, si bien proclama en uno de sus preceptos que el enfermero, en su comportamiento profesional, tendrá presente que la vida es un derecho fundamental del ser humano y por tanto deberá evitar realizar acciones conducentes a su menoscabo o destrucción¹²².

H).- DEBERES RELACIONADOS CON LA MUERTE

a).- *El Código Deontológico de la OMC*¹²³

Con relación a la muerte el Código establece que el médico tiene, en primer lugar, el deber de intentar la curación del paciente siempre que sea posible; y en segundo lugar, cuando ya no sea posible dicha curación, la obligación de aplicar medidas adecuadas para conseguir su bienestar, sin emprender o continuar acciones sin esperanza, y aún cuando las citadas medidas supongan un acortamiento de la vida¹²⁴.

con arreglo a las leyes procesales penales, en ambos casos siempre que dicha revelación sea indispensable para evitar el peligro o para conseguir el fin legal propuesto.

¹²² V. art. 16 del Código Deontológico de la Enfermería.

¹²³ V. art. 27 del Código.

¹²⁴ HERRANZ RODRÍGUEZ, G.- *‘El Código de Ética y Deontología Médica’*, ob. cit., págs. 132 y 133. Como dice este autor, se trata de evitar el ‘encarnizamiento terapéutico’: «La deontología impone al médico el deber de reconocer los límites de la actuación médica aun ayudada por la más poderosa tecnología, de ser consciente que el abuso tecnológico causa en el paciente y en los allegados del paciente sufrimiento, humillación e indignidad, de modo que la Medicina es tachada de inhumana y altanera».

En estos casos el médico tiene la obligación de informar a la persona más allegada al paciente y, si lo estima apropiado, al propio paciente. Y sobre todo habrá de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar el tratamiento para prolongar su vida y morir con dignidad. Si el paciente no pudiera por su estado tomar decisiones, el médico valorará las indicaciones que pudiera haber hecho con anterioridad el paciente y la opinión de las personas vinculadas al mismo¹²⁵.

Por último, el Código prohíbe al médico que provoque intencionadamente la muerte, ni siquiera en el caso de petición expresa del paciente¹²⁶. Esta prohibición tiene, obviamente, su reflejo en el Código Penal¹²⁷.

¹²⁵ Esta situación es contemplada en el 'Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina', en cuyo art. 9, se dice literalmente lo siguiente: «Serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad».

¹²⁶ Para el profesor HERRANZ RODRÍGUEZ, G.- 'El Código de Ética y Deontología Médica', ob. cit., págs. 128 y 129, este precepto condena la práctica de la eutanasia cuya definición, desde un plano deontológico, sería la siguiente: «matar sin dolor y deliberadamente, de ordinario mediante gestos de apariencia médica, a pacientes que se dicen víctimas de sufrimientos insoportables o de incapacidades extremas, para liberarles a ellos de su penosa situación y, a la sociedad, de una carga inútil».

Cita también este autor la 'Declaración sobre Eutanasia', de la Asociación Médica Mundial (Madrid, octubre de 1.987), donde se la define de la siguiente manera: «La eutanasia, es decir, el acto deliberado de poner fin a la vida de un paciente, ya sea por su propio requerimiento o a petición de familiares, es contraria a la Ética».

¹²⁷ En efecto, el art. 143.4, del Código Penal castiga con penas de prisión al que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufra una

*b).- El Código Deontológico Catalán*¹²⁸

Establece como deber médico fundamental el de ayudar al paciente a asumir la muerte de acuerdo con sus creencias y con aquello que haya dado sentido a su vida, y teniendo en cuenta, además, el derecho del enfermo a rechazar el tratamiento para prolongar su vida. El médico debe aceptar las decisiones de las personas vinculadas al enfermo cuando éste no pueda tomar decisiones por su estado de salud, y sin perjuicio de señalar a los allegados el deber de respetar lo que se creyera hubiera sido el parecer del enfermo.

Además, indica que el objetivo de la atención a las personas en situación de enfermedad terminal es promover su máxima calidad posible, y no acortar o alargar su vida.

El Código se muestra abiertamente partidario de que, en los casos de muerte cerebral, el médico suprima los medios que mantengan una situación aparente de vida, salvo que sean precisos para hacer posible un trasplante de órganos.

*c).- El Código Deontológico de la Enfermería*¹²⁹

enfermedad grave que conduzca necesariamente a su muerte, o que le produzca graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar.

¹²⁸ V. arts. 57 y 58 del Código Catalán.

¹²⁹ V. art. 18 del Código Deontológico.

Se establece que, ante un enfermo terminal, el enfermero debe esforzarse por prestarle hasta el final de su vida, con competencia y compasión, los cuidados necesarios para aliviar sus sufrimientos.

También asigna al enfermero el deber de proporcionar a la familia del enfermo la ayuda necesaria para que puedan afrontar la muerte, cuando ésta ya no pueda evitarse.

I).- DEBERES RELACIONADOS CON LA EXPERIMENTACIÓN CON SERES HUMANOS

a).- *El Código Deontológico de la OMC*¹³⁰

Comienza el Código reconociendo la necesidad en aras del avance de la Medicina de la experimentación con seres humanos para, acto seguido, establecer una serie de cautelas:

- Que lo que se quiera experimentar haya sido satisfactoriamente estudiado de acuerdo con criterios legales¹³¹.

¹³⁰ V. art. 29 del Código.

¹³¹ El art. 16, i) del '*Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina*', indica que no podrá hacerse ningún experimento si existe un método alternativo al experimento con seres humanos de eficacia comparable. El punto iii) del mismo artículo exige además que: «*el proyecto de experimento haya sido aprobado por la autoridad competente después de haber efectuado un estudio independiente acerca de su pertinencia científica, comprendida una evaluación de la importancia del objeto del*

- Que se cumplan las garantías exigidas por la Asociación Médica Mundial¹³².
- Que se proteja especialmente a las personas más débiles o vulnerables.
- Que se recoja el consentimiento informado del sujeto de experimentación¹³³ y, si es menor de edad o está incapacitado, de la persona que tenga el deber de cuidarlo¹³⁴.

experimento, así como un estudio multidisciplinar de su aceptabilidad en el plano ético».

¹³² El profesor HERRANZ RODRÍGUEZ, G. (*‘El Código de Ética y Deontología Médica’*, ob. cit., págs. 149 y 150) cita como declaraciones originarias sobre reglas éticas fundamentales para la investigación biomédica, promulgadas a raíz de los trágicos errores cometidos por los médicos nazis, las siguientes:

1. La *‘Declaración de Nuremberg’* (en realidad una parte de la sentencia dictada en 1.948 contra los criminales de guerra nazis) que estableció la condición absoluta para la experimentación sobre seres humanos, de recabar el consentimiento libre e informado del sujeto que se somete a la investigación.
2. La *‘Declaración de Helsinki’*, de la Asociación Médica Mundial (junio 1.964, revisada en octubre 1.975, octubre 1.983, septiembre 1.989, octubre 1.996 y finalmente octubre de 2.000) que, además de recapitular las normas de Nuremberg, estableció la obligación de someter previamente el proyecto de investigación a la aprobación de un comité de ética que asuma una función supervisora de la investigación aprobada.

¹³³ El punto v) del art. 16 del *‘Convenio de Oviedo’* exige: *«que el consentimiento a que se refiere el artículo 5 se haya otorgado expresa y específicamente y esté consignado por escrito. Este consentimiento podrá ser libremente retirado en cualquier momento».*

¹³⁴ El art. 17 del Convenio, establece que sólo podrá hacerse un experimento con una persona que no tenga capacidad para expresar su consentimiento cuando se den las siguientes condiciones:

- «i) que se cumplan las condiciones enunciadas en el artículo 16, párrafos (i) a (iv).
- ii) que los resultados previstos del experimento supongan un beneficio real y directo para su salud.

- Que los riesgos o molestias de la experimentación no sean desproporcionados para el paciente, ni supongan una merma de su conciencia o dignidad¹³⁵.
- Que se utilicen prácticas validadas¹³⁶.

Finalmente, indica el Código que el médico está obligado a mantener una clara distinción entre los procedimientos en fase de ensayo y los que hayan sido aceptados como válidos para la práctica médica.

b).- El Código Deontológico Catalán¹³⁷

Además de incluir los requisitos referidos respecto del Código de la OMC, el Código Catalán, incide en la preservación de la intimidad de la persona que se somete a experimentación.

iii) que el experimento no pueda efectuarse con una eficacia comparable con sujetos capaces de prestar su consentimiento al mismo.

iv) que se haya dado específicamente y por escrito la autorización prevista en el artículo 6 (la de su representante o autoridad legal).

v) que la persona no exprese su rechazo al mismo».

¹³⁵ El apartado ii) del citado art. 16 del Convenio, exige que: «los riesgos en que pueda incurrir la persona no sean desproporcionados con respecto a los beneficios potenciales del experimento».

¹³⁶ El punto 11 de la ‘Declaración de Helsinki’ de la Asociación Médica Mundial, revisada por la 52ª Asamblea General celebrada en Edimburgo (octubre 2.000) dice lo siguiente: «La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados, y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales cuando sea oportuno».

¹³⁷ V. arts. 61 a 70 del citado Código.

Al mismo tiempo, de acuerdo con el principio de hacer prevalecer en esta materia el interés científico sobre los intereses particulares o económicos, establece el deber del médico de difundir, por los medios habituales de comunicación científica, los resultados relevantes de sus investigaciones, tanto si son positivos como negativos; y su obligación de abstenerse de participar en investigaciones respecto de las que no tenga garantía de poder publicar los resultados obtenidos.

Se exige también al médico que tenga especial cuidado en la difusión de los resultados de las experimentaciones con el fin de no crear falsas expectativas en los pacientes.

c).- El Código Deontológico de la Enfermería

El enfermero que participe en investigación tiene obligación, durante el curso de la misma, de vigilar que la vida, la salud y la intimidad de los seres sometidos a estudio, no estén expuestos a riesgos físicos o morales desproporcionados¹³⁸.

Asimismo, el enfermero que actúe como investigador, asistente de investigación, o experto, debe tener presentes los principios promulgados

¹³⁸ V. art. 74 del citado Código.

por la declaración de Helsinki y los que regulan la ética de la publicación científica¹³⁹.

J).- OTROS DEBERES (TRASPLANTES, TORTURA Y VEJACIÓN)

a).- *El Código Deontológico de la OMC*¹⁴⁰

Por lo que se refiere a los trasplantes de órganos¹⁴¹, el Código recomienda al médico que fomente la donación. Además, le obliga a que compruebe bien el cumplimiento de todos los requisitos tanto en el caso de donantes muertos (fallecimiento del donante, ausencia de rechazo en vida a la donación), como en el de donantes vivos (libre consentimiento, ausencia de coacción).

En cuanto a la tortura, se establece la prohibición para el médico de participar, secundar o admitir actos de tortura, malos tratos o manipulación de conciencia, y su obligación de denunciar los casos que conozca ante la autoridad competente¹⁴².

¹³⁹ V. art. 75, del mismo texto.

¹⁴⁰ V. art. 30 del Código Deontológico.

¹⁴¹ V. art. 28 del Código de la OMC.

¹⁴² HERRANZ RODRÍGUEZ, G.- *‘El Código de Ética y Deontología Médica’*, ob. cit., págs. 140 y 141. El antecedente de esta previsión del Código es la *‘Declaración de la Asociación Médica Mundial, de Tokio, de 1.975’*, en donde se prohíbe al médico favorecer, aceptar o autorizar la práctica de la tortura, definiéndose ésta de la siguiente forma: «*la provocación deliberada de sufrimiento físico o mental a un ser humano, de modo sistemático o caprichoso, por una o más personas que actúan por su cuenta o*

*b).- El Código Deontológico Catalán*¹⁴³

También contempla el Código Catalán los casos de trasplantes de órganos y huelga de hambre. Respecto de los primeros, exige al médico que tenga en cuenta que la necesidad del trasplante haya sido contrastada y arbitrada colectivamente con participación de expertos. Y respecto del segundo caso, obliga al médico a respetar en todo momento la voluntad del paciente, e incluso a advertir al Juez de dicha obligación en caso de recibir una orden de tratamiento, todo ello sin perjuicio de que el médico debe considerar que el objetivo del huelguista no es la muerte.

Por otro lado, en términos similares al Código de la OMC se pronuncia el Código Deontológico Catalán respecto de la tortura.

Si acaso, añada este último texto, que el médico no deberá ni tan siquiera estar presente en ningún acto que comporte el uso, o la amenaza de uso, de la tortura o de cualquier otro acto cruel, inhumano, degradante, de opresión o vejación.

*c).- El Código Deontológico de la Enfermería*¹⁴⁴

bajo las órdenes de alguna autoridad, con el propósito de extraer información de la víctima, hacerla declararse culpable o por cualquier otro motivo».

¹⁴³ V. arts. 59 y 60, del citado Código.

¹⁴⁴ V. arts. 47, 48 y 49 del Código referido.

Los enfermeros deberán rechazar enérgicamente cualquier tipo de presiones que puedan recibir, con la finalidad de utilizar sus conocimientos o habilidades en perjuicio de los seres humanos, quedando obligados a denunciar ante el Colegio los casos de este tipo que conocieran.

Por último, el Código proclama que ningún enfermero podrá participar en cualquier forma de tortura y métodos que permitan someter a sesiones de sufrimiento a cualquier ser humano.

III. APÉNDICES

A) PRINCIPIOS DE ÉTICA MÉDICA EUROPEA, CONFERENCIA INTERNACIONAL DE ÓRDENES MÉDICAS, PARÍS, 6 DE ENERO DE 1.987

El presente texto contiene los principios más importantes destinados a inspirar la conducta profesional de los médicos, sea cual fuere su forma de ejercicio, en su relación con los enfermos, la comunidad y entre sí. Se refiere, asimismo, a la situación específica de los médicos, de quienes depende el buen ejercicio de la profesión. La Conferencia recomienda al Colegio de Médicos u organismo de competencia similar de cada Estado miembro de las Comunidades Europeas, se sirva tomar las medidas oportunas destinadas a garantizar que las exigencias nacionales por cuanto respecta a los deberes y derechos de los médicos hacia a los enfermos y la comunidad, al igual que en sus relaciones profesionales, estén conformes a los principios dictados en el presente texto, de forma que la legislación de su país permita la aplicación eficaz de tales principios.

Artículo 1. La vocación del médico consiste en defender la salud física y mental del hombre y aliviar su dolor en el respeto por la vida y la dignidad de la persona humana, sin distinción de edad, raza, religión, nacionalidad, condición social e ideología política, o cualquier otra razón, tanto en tiempos de paz como en tiempos de guerra.

Compromiso del médico

Artículo 2. El médico, en el ejercicio de su profesión, se compromete a dar prioridad a los intereses de salud del enfermo. El médico sólo podrá utilizar sus conocimientos profesionales para mejorar o mantener la salud de aquellos que confían en él, a petición de los mismos; en ningún caso puede actuar en perjuicio suyo.

Artículo 3. El médico no puede imponer al enfermo sus criterios personales, filosóficos, morales o bien políticos, en el ejercicio de su profesión.

Consentimiento ilustrado

Artículo 4. Salvo en caso de urgencia, el médico debe informar al enfermo sobre los efectos y posibles consecuencias del tratamiento. Obtendrá el consentimiento del paciente, sobre todo cuando los actos propuestos presenten un serio peligro.

El médico no puede sustituir su propio concepto de la calidad de vida por el de su paciente.

Independencia moral y técnica

Artículo 5. Tanto si se trata de aconsejar como de actuar, el médico debe disponer de su total libertad profesional y de las condiciones técnicas y morales que le permiten actuar con plena independencia.

Deberá informarse al paciente, de no reunirse semejante condiciones.

Artículo 6. Cuando el médico actúa por cuenta de una autoridad privada o pública, cuando se le encomienda una misión por parte de terceros o de una institución, debe informar, asimismo, al paciente.

Secreto profesional

Artículo 7. El médico es el confesor necesario del paciente. Debe garantizarle el secreto total de cuanta información haya obtenido y de cuanto haya podido comprobar a raíz de sus contactos con él.

El secreto médico no queda abolido al morir los pacientes.

El médico debe respetar la vida privada de los paciente y tomar cuantas medidas sean necesarias para que resulte imposible revelar cuanto haya llegado a su conocimiento con el ejercicio de su profesión.

Cuando el derecho nacional contemple excepciones por lo que respecta a la obligación del secreto médico, el médico podrá solicitar asesoramiento previo a su colegio y organismo de competencia similar.

Artículo 8. Los médicos no pueden colaborar en la constitución de bancos electrónicos de datos médicos que puedan poner en peligro, o bien mermar, el derecho del paciente a la intimidad, a la seguridad y a la protección de su vida privada. Por respeto a la ética profesional, todo banco de datos médicos informatizado deberá quedar bajo la responsabilidad de un médico especialmente designado para ello.

Los bancos de datos médicos no pueden tener relación alguna con otros bancos de datos.

Competencia del médico

Artículo 9. El médico debe emplear todos los recursos de las ciencias médicas para aplicarlos de forma adecuada a su paciente.

Artículo 10. No podrá valerse de una competencia que no posea.

Artículo 11. En caso de que una exploración o tratamiento sobrepase sus conocimientos, recurrirá a un compañero más competente.

Ayuda a los moribundos

Artículo 12. En cualquier circunstancia, el médico está implicado en el constante recurso por la vida, la autonomía moral y la libre elección del paciente. No obstante, en caso de enfermedad incurable o terminal, el médico puede limitarse a aliviar los dolores físicos y morales del paciente administrándole los tratamientos adecuados y manteniendo, en todo lo posible, la calidad de una vida que se agota. Es imperativo asistir al moribundo hasta el final y actuar de forma que pueda conservar su dignidad.

Trasplante de órganos

Artículo 13. Cuando se trate de un enfermo con imposibilidad de invertir el proceso terminal de cese de sus funciones vitales mantenidas artificialmente, los médicos comprobarán el fallecimiento del paciente tomando en cuenta los datos más recientes de la ciencia.

Por lo menos, dos médicos se encargarán de redactar por separado un documento sobre tal situación.

Serán independientes del equipo encargado del trasplante.

Artículo 14. Los médicos encargados de extraer un órgano destinado a un trasplante pueden aplicar tratamientos particulares, orientados a conservar en actividad los órganos destinados a dicho trasplante.

Artículo 15. Los médicos encargados de la extracción comprobarán por todos los medios posibles, que el donante no ha emitido declaración alguna en vida, ni por escrito, ni ante sus familiares.

Reproducción

Artículo 16. A petición del paciente, el médico le facilitará toda información útil en materia de reproducción y contracepción.

Artículo 17. Para un médico, es conforme a la ética -en base a sus propias convicciones- negarse a intervenir en el proceso de reproducción o en caso de interrupción del embarazo o aborto, invitando a los interesados a solicitar el consejo de otros compañeros.

Experimentación sobre el hombre

Artículo 18. El avance en Medicina está fundado en la investigación, la cual no puede prescindir de una experimentación relacionada con el hombre.

Artículo 19. El protocolo de toda experimentación proyectada sobre el hombre debe someterse previamente a una comisión de ética, ajena al que practique la experimentación para solicitar asesoramiento y consejo.

Artículo 20. Deberá recogerse el consentimiento libre e ilustrado del individuo objeto de la experimentación, tras haberle informado de forma adecuada acerca de los objetivos, métodos y beneficios previstos, así como sobre los riesgos y molestias potenciales, y su derecho a no participar en la experimentación y a poder retirarse en cualquier momento.

Artículo 21. El médico no puede relacionar la investigación biomédica con los cuidados médicos, con el propósito de adquirir nuevos conocimientos médicos, a no ser que dicha investigación biomédica esté justificada por una utilidad diagnóstica o terapéutica potencial con respecto a su enfermo.

Tortura y tratamientos inhumanos

Artículo 22. El médico jamás debe secundar, participar o admitir actos de tortura u otra forma de tratamiento crueles, inhumanos o degradantes, sean cuales fueren los argumentos invocados (falta cometida, acusación, opiniones), y en cualquier situación, así como en caso de conflicto civil o armado.

Artículo 23. El médico jamás debe emplear sus conocimientos, su competencia o su habilidad para facilitar el empleo de la tortura o de cualquier otro método cruel, inhumano o degradante, sea cual fuere el fin perseguido.

El medico y la sociedad

Artículo 24. Para cumplir su misión humanitaria, el médico tiene derecho a la protección legal de su independencia profesional, tanto en tiempos de paz como en tiempos de guerra.

Artículo 25. El médico que actúa, sea individualmente o bien por mediación de las organizaciones profesionales, tiene el deber de llamar la atención, de la comunidad, por cuanto respecta a las deficiencias en lo referente a la calidad de los cuidados y a la independencia profesional de los médicos.

Artículo 26. Los médicos deben participar en la elaboración y ejecución de todas las medidas colectivas destinadas a mejorar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades. Deben colaborar, particularmente, y desde un punto de vista médico, en la organización de auxilio, sobre todo en caso de siniestro.

Artículo 27. En la medida de sus competencias y posibilidades, deben participar en la constante mejora de la calidad de los cuidados, por medio de la investigación y del continuo perfeccionamiento, de modo que pueda ofrecer al paciente unos cuidados acordes con los elementos de la ciencia.

Confraternidad

Artículo 28. Las reglas de confraternidad quedan introducidas en interés de los pacientes. Están destinadas a evitar que éstos sean víctimas de maniobras de competencia desleal entre médicos. Estos, sin embargo, pueden hacer uso legítimo de las cualidades profesionales reconocidas por sus semejantes.

Artículo 29. El médico que tenga que atender a un paciente que ya está recibiendo tratamiento, por parte de uno de sus compañeros, debe intentar ponerse en contacto con este último en interés del enfermo y salvo oposición por parte del mismo.

Artículo 30. No supone faltar al deber de confraternidad, el que un médico comunique al órgano profesional competente las infracciones a las reglas de ética médica y de competencia profesional, de las que haya tenido conocimiento.

Publicidad de los descubrimientos

Artículo 31. El médico tiene el deber de comunicar prioritariamente a la prensa profesional los descubrimientos que haya realizado o bien las conclusiones derivadas de sus estudios científicos en materia de diagnóstico o terapia. Los someterá al criterio de sus compañeros siguiendo los cauces adecuados, antes de divulgarlos al público no médico.

Artículo 32. Cualquier aprovechamiento de un éxito médico en beneficio de una persona, de un grupo o de una academia, es contrario a la ética médica.

Continuidad de los cuidados

Artículo 33. El médico, sea cual fuere su especialidad, debe considerar como un deber atender a los cuidados de urgencia de un enfermo en peligro inminente, a no ser que se le garantice que otros médicos pueden facilitar tales cuidados y que están capacitados para hacerlo.

Artículo 34. El médico que acepta atender a un paciente, se compromete a garantizar la continuidad de su asistencia y, de ser necesario, solicitando la ayuda de médicos adjuntos, médicos suplentes o bien de socios con competencia adecuada.

Libre elección

Artículo 35. La libre elección del médico por parte del enfermo constituye un principio fundamental de la relación médico/enfermo. El médico debe respetar y hacer respetar tal libertad de elección.

Por cuanto respecta al médico, éste puede negarse a prestar asistencia sanitaria, salvo si se trata de un enfermo en peligro.

Huelga médica

Artículo 36. En caso de que un médico decida secundar una oposición colectiva organizada, por cuanto respecta a la prestación de sus servicios, no queda eximido de sus obligaciones éticas hacia a los pacientes a quienes debe garantizar los cuidados de urgencia y aquellos otros cuidados necesarios para los enfermos que estén en tratamiento.

Honorarios

Artículo 37. En caso de no existir contrato o convenio individual o colectivo que determine su remuneración, el médico, al presentar sus honorarios, tomará en consideración la importancia del servicio prestado, las circunstancias particulares eventuales, su propia competencia y la situación económica del paciente.

B) CÓDIGO DE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA MÉDICA, DE 1.999, DE LA O.M.C.

CAPÍTULO I

Definición y ámbito de aplicación

Artículo 1. La deontología médica es el conjunto de principios y reglas éticas que han de inspirar y guiar la conducta profesional del médico.

Artículo 2.1. Los deberes que impone este Código, en tanto que sancionados por una Entidad de Derecho Público, obligan a todos los médicos en el ejercicio de su profesión, cualquiera que sea modalidad en que la practiquen.

2. El incumplimiento de alguna de las normas de este Código supone incurrir en falta disciplinaria tipificada en los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial, cuya corrección se hará a través del procedimiento normativo en ellos establecido.

Artículo 3. La Organización Médica Colegial asume como uno de sus objetivos primordiales la promoción y desarrollo de la Deontología profesional. Dedicará atención preferente a difundir los preceptos de este Código y se obliga a velar por su cumplimiento.

CAPÍTULO II

Principios Generales

Artículo 4.1. La profesión médica 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.

2. El médico debe atender con la misma diligencia y solicitud a todos los pacientes, sin discriminación alguna.

3. La principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de éste debe anteponerse a cualquier otra conveniencia.

4. El médico nunca perjudicará intencionadamente al paciente ni le atenderá con negligencia. Evitará también cualquier demora injustificada en su asistencia.

Artículo 5.1. Todo médico, cualquiera que sea su especialidad o la modalidad de su ejercicio, debe prestar ayuda de urgencia al enfermo o al accidentado.

2. En situaciones de catástrofe, epidemia o grave riesgo para el médico, éste no puede abandonar a sus enfermos, salvo que fuere obligado a hacerlo por la autoridad competente. Se presentará voluntariamente a colaborar en las tareas de auxilio sanitario.

3. En caso de huelga, el médico no queda exento de sus obligaciones éticas hacia sus pacientes a quienes debe asegurar los cuidados urgentes e inaplazables.

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

2. Siendo el sistema sanitario el instrumento principal de la sociedad para la atención y promoción de la salud, los médicos han de velar para que en él se den los requisitos de calidad, suficiencia asistencial y mantenimiento de los principios éticos. Están obligados a denunciar las deficiencias, en tanto puedan afectar a la correcta atención de los pacientes.

CAPÍTULO III

Relaciones del médico con sus pacientes

Artículo 7.1. La eficacia de la asistencia médica exige una plena relación de confianza entre médico y paciente. Ello presupone el respeto de derecho de éste a elegir o cambiar de médico o de centro sanitario.

Individualmente los médicos han de facilitar el ejercicio de este derecho e institucionalmente procurarán armonizarlo con las previsiones y necesidades derivadas de la ordenación sanitaria.

Artículo 8.1. En el ejercicio de su profesión el médico respetará las convicciones de sus pacientes y se abstendrá de imponerles las propias .

2. El médico actuará siempre con corrección y respetará con delicadeza la intimidad de su paciente.

Artículo 9.1. Cuando el médico acepta atender a un paciente se compromete a asegurarle la continuidad de sus servicios, que podrá suspender si llegara al convencimiento de no existir hacia él la necesaria confianza. Advertirá entonces de ello con la debida antelación al paciente o a sus familiares y facilitará que otro médico, el cual transmitirá toda la información necesaria, se haga cargo del paciente.

2. El médico ha de respetar el derecho del paciente a rechazar total o parcialmente una prueba diagnóstica o el tratamiento. Deberá informarle de manera comprensible de las consecuencias que puedan derivarse de su negativa.

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

4. El médico en ningún caso abandonará al paciente que necesitara su atención por intento de suicidio, huelga de hambre o rechazo de algún tratamiento. Respetará la

libertad de los pacientes competentes. Tratará y protegerá la vida de todos aquellos que sean incapaces, pudiendo solicitar la intervención judicial, cuando sea necesario.

Artículo 10. 1. Los pacientes tienen derecho a recibir información sobre su enfermedad y el médico debe esforzarse en dársela con delicadeza y de manera que pueda comprenderla. Respetará la decisión del paciente de no ser informado y comunicará entonces los extremos oportunos al familiar o allegado que haya designado para tal fin.

2. Un elemento esencial de la información debida al paciente es darle a conocer la identidad del médico que en cada momento le está atendiendo.

3. El trabajo en equipo no impedirá que el paciente conozca cual es el médico responsable de la atención que se le presta y que será su interlocutor principal ante el equipo asistencial.

4. Cuando las medidas propuestas supongan para el paciente un riesgo significativo el médico le proporcionará información suficiente y ponderada a fin de obtener, preferentemente por escrito, el consentimiento específico imprescindible para practicarlas.

5. Si el enfermo no estuviese en condiciones de dar su consentimiento por ser menor de edad, estar incapacitado o por la urgencia de la situación, y resultase imposible obtenerlo de su familia o representante legal, el médico deberá prestar los cuidados que le dicte su conciencia profesional.

6. La opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y grado de madurez.

Artículo 11.1. Es derecho del paciente obtener un certificado médico o informe realizado por el médico que le ha atendido, relativo a su estado de salud o enfermedad o sobre la asistencia prestada. Su contenido será auténtico y veraz y será entregado únicamente al paciente o a la persona por él autorizada.

2. El médico certificará sólo a petición del paciente, de su representante legalmente autorizado o por imperativo legal.

Especificará qué datos y observaciones ha hecho por sí mismo y cuáles ha conocido por referencia. Si del contenido del dictamen pudiera derivarse algún perjuicio para el paciente, el médico deberá advertírselo.

Artículo 12.1. El consultorio médico deberá ser acorde con el respeto debido al enfermo y contará con los medios adecuados para los fines que ha de cumplir.

Artículo 13.1. Los actos médicos quedarán registrados en la correspondiente historia clínica. El médico tiene el deber y el derecho de redactarla.

2. El médico y, en su caso, la institución para la que trabaja, están obligados a conservar, las historias clínicas y los elementos materiales de diagnóstico. En caso de no continuar con su conservación por transcurso del tiempo podrá destruir el material citado que no se considere relevante, sin perjuicio de lo que disponga la legislación especial. En caso de duda deberá consultar a la Comisión de Deontología del Colegio.

3. Cuando un médico cesa en su trabajo privado su archivo podrá ser transferido al colega que le suceda, salvo que los pacientes manifiestan su voluntad en contra. Cuando no tenga lugar tal sucesión, el archivo deberá ser destruido, de acuerdo con lo dispuesto en el apartado anterior.

4. Las historias clínicas se redactan y conservan para la asistencia del paciente u otra finalidad que cumpla las reglas del secreto médico y cuente con la autorización del médico y del paciente.

5. El análisis científico y estadístico de los datos contenidos en las historias y la presentación con fines docentes de algunos casos concretos pueden proporcionar informaciones muy valiosas, por lo que su publicación y uso son conformes a la deontología, siempre que se respete rigurosamente la confidencialidad y el derecho a la intimidad de los pacientes.

6. El médico está obligado, a solicitud y en beneficio del paciente, a proporcionar a otro colega los datos necesarios para completar el diagnóstico, así como a facilitarle el examen de las pruebas realizadas.

CAPÍTULO IV

Secreto profesional

Artículo 14.1. El secreto médico es inherente al ejercicio de la profesión y se establece como un derecho del paciente a salvaguardar su intimidad ante terceros.

2. El secreto profesional obliga a todos los médicos cualquiera que sea la modalidad de su ejercicio.

3. El médico guardará secreto de todo lo que el paciente le haya confiado y de lo que él haya conocido en el ejercicio de la profesión.

4. La muerte del paciente no exime al médico del deber del secreto.

Artículo 15.1. El médico tiene el deber de exigir a sus colaboradores discreción y observancia escrupulosa del secreto profesional. Ha de hacerles saber que ellos estén obligados a guardarlo.

2. En el ejercicio de la Medicina en equipo, cada médico es responsable de la totalidad del secreto. Los directivos de la institución tienen el deber de facilitar los medios necesarios para que esto sea posible.

Artículo 16.1. Con discreción, exclusivamente ante quien tenga que hacerlo, en sus justos y restringidos límites y, si lo estimare necesario, solicitando el asesoramiento del Colegio, el médico podrá revelar el secreto en los siguientes casos:

- a) Por imperativo legal.
- b) En las enfermedades de declaración obligatoria.
- c) En las certificaciones de nacimiento y defunción.
- d) Si con su silencio diera lugar a un perjuicio al propio paciente o a otras personas; o a un peligro colectivo.
- e) Cuando se vea injustamente perjudicado por causa del mantenimiento del secreto de un paciente y éste permite tal situación.
- f) Cuando comparezca como denunciado ante el Colegio o sea llamado a testimoniar en materia disciplinaria.
- g) Cuando el paciente lo autorice. Sin embargo, esta autorización no debe perjudicar la discreción del médico, que procurará siempre mantener la confianza social hacia su confidencialidad.

Artículo 17. 1. Los sistemas de informatización médica no comprometerán el derecho del paciente a la intimidad.

2. Los sistemas de informatización utilizados en las instituciones sanitarias mantendrán una estricta separación entre la documentación clínica y la documentación administrativa.

3. Los bancos de datos sanitarios extraídos de historias clínicas estarán bajo la responsabilidad de un médico.

4. Los bancos de datos médicos no pueden ser conectados a una red informática no médica.

5. El médico podrá cooperar en estudios de auditoría (epidemiológica, económica, de gestión...), con la condición expresa de que la información en ellos utilizada no permita identificar ni directa ni indirectamente, a ningún paciente en particular.

CAPÍTULO V

Calidad de la atención médica

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

2. El médico no debe indicar exploraciones o tratamientos que no tienen otro fin que su protección. La Medicina defensiva es contraria a la ética médica.

Artículo 19.1. El médico debe abstenerse de actuaciones que sobrepasen su capacidad. En tal caso, propondrá que se recurra a otro compañero competente en la materia.

2. Si un médico observara que por razón de edad, enfermedad u otras causas, se deteriora su capacidad de juicio o su habilidad técnica, deberá pedir inmediatamente consejo a algún compañero de su absoluta confianza para que le ayude a decidir si debe suspender o modificar temporal o definitivamente su actividad profesional.

3. Si el médico no fuera consciente de tales deficiencias y éstas fueran advertidas por otro compañero, éste está obligado a comunicárselo y, en caso necesario, lo pondrá en conocimiento del Colegio de Médicos, de forma objetiva y con la debida

discreción. No supone esta actuación faltar al deber de confraternidad, porque el bien de los pacientes ha de ser siempre prioritario.

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

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

Artículo 21.1. El ejercicio de la Medicina es un servicio basado en el conocimiento científico, en la destreza técnica y en actitudes éticas, 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.

2. En tanto las llamadas Medicinas no convencionales no hayan conseguido dotarse de base científica, los médicos que las aplican están obligados a informar a los pacientes, de forma clara e inteligible, de su carácter complementario.

Artículo 22.1. No son éticas las prácticas inspiradas en el charlatanismo, las carentes de base científica y que prometen a los enfermos curaciones; 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; y el ejercicio de la Medicina mediante consultas exclusivamente por carta, teléfono, radio, prensa o internet.

2. No se debe facilitar el uso del consultorio o encubrir de alguna manera a quien se dedica al ejercicio ilegal de la profesión.

CAPÍTULO VI

De la reproducción humana

Artículo 23.1. El médico es un servidor de la vida humana. No obstante, cuando la conducta del médico respecto al aborto se lleve a cabo en los supuestos legalmente despenalizados, no será sancionada estatutariamente.

Artículo 24.1. Al ser humano embriofetal enfermo se le debe tratar de acuerdo con las mismas directrices éticas, incluido el consentimiento informado de los progenitores, que se aplican a los demás pacientes.

2. El médico únicamente podrá efectuar una intervención que trate de modificar el genoma humano con fines preventivos, diagnósticos o terapéuticos. Se prohíben las intervenciones dirigidas a la modificación de características genéticas que no estén asociadas a una enfermedad y las que traten de introducir cualquier modificación en el genoma de los descendientes.

3. Salvo en los casos que sea preciso para evitar una enfermedad hereditaria grave ligada al sexo, el médico no utilizará técnicas de asistencia a la procreación para elegir el sexo de la persona que va a nacer.

Artículo 25.1. El médico deberá dar información pertinente en materia de reproducción humana a fin de que las personas que la han solicitado puedan decidir con suficiente conocimiento y responsabilidad.

Artículo 26.1. 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. Respetará siempre la libertad de las personas interesadas de buscar la opinión de otros médicos. Y debe considerar que el personal que con él colabora tiene sus propios derechos y deberes.

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

CAPÍTULO VII

De la muerte

Artículo 27.1. El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Y cuando ya no lo sea, permanece su obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir el bienestar del enfermo, aún cuando de ello pudiera derivarse, a pesar de su correcto uso, un acortamiento de la vida. En tal caso el médico debe informar a la persona más allegada al paciente y, si lo estima apropiado, a éste mismo.

2. El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas. Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar el tratamiento para prolongar su vida y a morir con dignidad. Y cuando su estado no le permita tomar decisiones, el médico tendrá en consideración y valorará las condiciones anteriores hechas por el paciente y la opinión de las personas vinculadas responsables.

3. El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste.

CAPÍTULO VIII

Del trasplante de órganos

28.1. Dados los beneficios del trasplante de órganos es recomendable que el médico fomente la donación.

2. Para la extracción de órganos y tejidos procedentes de cadáveres al menos dos médicos comprobarán el fallecimiento del paciente, de acuerdo con los datos más recientes de la ciencia. Estos médicos serán independientes del equipo responsable del trasplante y redactarán por separado sus correspondientes informes. Los médicos encargados de la extracción comprobarán por todos los medios a su alcance que el donante no expresó, por escrito o verbalmente, su rechazo a la donación.

3. Para la realización de trasplantes de órganos o tejidos procedentes de sujetos vivos, dos médicos certificarán que la donación no afecta al estado general del donante. El médico responsable de la extracción se asegurará del libre consentimiento del donante y de que no haya mediado violencia, coacción, presión emocional, económica o cualquier otro vicio en el consentimiento.

4. La donación entre sujetos vivos nunca es exigible, moral ni legalmente.

CAPÍTULO IX

Experimentación médica sobre la persona

Artículo 29.1. El avance en Medicina está fundado en la investigación y por ello no puede prescindir, en muchos casos de la experimentación sobre seres humanos, que sólo podrá realizarse cuando lo que se quiere experimentar haya sido satisfactoriamente estudiado y de acuerdo con los criterios, reglas o principios fijados en la Ley.

2. La investigación médica en seres humanos cumplirá las garantías exigidas al respecto con las declaraciones de la Asociación Médica Mundial. Requieren una particular protección en este asunto aquellos seres humanos biológicos.

3. Deberá recogerse el consentimiento libre y explícito del individuo sujeto de experimentación de quien tenga el deber de cuidarlo en caso de que sea menor o incapacitado. Previamente se le habrá informado de forma adecuada de los objetivos, métodos y beneficios previstos del experimento, así como de los riesgos y molestias potenciales. También se le indicará su derecho a no participar en la experimentación y a retirarse en cualquier momento, sin que por ello resulte perjudicado.

4. Los riesgos o molestias que conlleve la experimentación no serán desproporcionados ni le supondrán al sujeto merma de su conciencia moral o de su dignidad. El médico interrumpirá la experimentación si se detecta un posible peligro.

5. El médico está obligado a mantener una clara distinción entre los procedimientos en fase de ensayo y los que ya hayan sido aceptados como válidos para la práctica correcta de la Medicina del momento. En ensayo clínico de nuevos procedimientos no privará al paciente de recibir un tratamiento válido.

6. El médico, está obligado a utilizar prácticas validadas. No es deontológico usar procedimientos no autorizados, a no ser que formen parte de un proyecto de investigación debidamente formalizado.

CAPÍTULO X

De la tortura y vejación de la persona.

Artículo 30.1. El médico, en su práctica profesional, jamás debe participar, secundar o admitir actos de tortura o de malos tratos, cualesquiera que sean, los argumentos invocados para ello. Está obligado por el contrario, a denunciarlos, a la autoridad competente.

2. El médico no participará en ninguna actividad que signifique una manipulación de la conciencia, al margen de cuales sean los cargos atribuidos a la víctima y sus motivos o creencias.

3. El médico que conociere que cualquier persona y, más aún si es menor o incapacitado, para cuya atención ha sido requerido, es objeto de malos tratos deberá poner los medios necesarios para protegerlo en conocimiento de la autoridad competente.

CAPÍTULO XI.

Relaciones de los médicos entre sí y con otros profesionales sanitarios

Artículo 31.1. La confraternidad entre los médicos es un deber primordial y sobre ella sólo tienen precedencia los derechos del paciente.

2. Los médicos deben tratarse entre sí con la debida deferencia, respeto y lealtad, sea cual fuere la relación jerárquica que exista entre ellos. Tienen la obligación de defender al compañero o colega que es objeto de ataque o denuncias injustas.

3. Los médicos compartirán sin ninguna reserva, en beneficio de sus pacientes, sus conocimientos científicos.

4. Los médicos se abstendrán de criticar despreciativamente la actuaciones profesionales de sus colegas. Hacerlo en presencia de los pacientes, de sus familiares o de terceros es una circunstancia agravante.

5. La relación entre los médicos no ha de propiciar su desprestigio público. Las discrepancias profesionales han de ser discutidas en privado o en sesiones apropiadas. En caso de no llegar a un acuerdo acudirán al Colegio, que tendrá una misión de arbitraje en estos conflictos.

6. No supone faltar al deber de confraternidad el que un médico comunique a su Colegio, de forma objetiva y con la debida discreción las infracciones de sus colegas contra las reglas de la ética médica o de la práctica profesional. Tampoco cuando el médico actúe dentro de los límites propios de la libertad de expresión.

Artículo 32.1. El interés del enfermo debe procurarse sustituir, cuando sea necesario, a un colega temporalmente impedido. El médico que haya sustituido a un compañero no debe atraer para sí los enfermos de éste.

2. El médico no interferirá en la asistencia que esté prestando otro compañero. No se considera interferencia la situación de urgencia o la libre consulta por parte del paciente a otro médico, quien le advertirá, sin embargo, del perjuicio de una dirección médica múltiple no consensuada.

3. Cuando lo estime oportuno el médico propondrá al colega que considere más idóneo como consultor o aceptará al que elija el paciente. Si sus opiniones difirieran radicalmente y el paciente o su familia decidieran seguir el dictamen del consultor, el médico que venía tratando al paciente quedará en libertad para suspender sus servicios.

Artículo 33.1. El ejercicio de la Medicina en equipo no debe dar lugar a excesos de actuaciones médicas.

2. Sin perjuicio de las posibles responsabilidades subsidiarias, la responsabilidad deontológica del médico no desaparece ni se diluye por el hecho de trabajar en equipo.

3. La jerarquía dentro del equipo asistencial deberá ser respetada, pero nunca podrá constituir un instrumento de dominio o exaltación personal. Quien ostente la dirección del grupo cuidará de que exista un ambiente de exigencia ética y de tolerancia para la diversidad de opciones profesionales. Y aceptará la abstención de actuar cuando alguno de sus componentes oponga una objeción razonada de ciencia o de conciencia.

4. Los Colegios no autorizarán la constitución de grupos profesionales en los que pudiera darse la explotación de alguno de sus miembros por parte de otros.

Artículo 34.1. El médico debe mantener buenas relaciones con los demás profesionales al servicio de la salud y tendrá en consideración las opiniones de ellos acerca del cuidado de los enfermos.

2. El médico respetará el ámbito de las peculiares competencias de las personas que colaboran con él. Procurará que cada miembro del grupo cumpla correctamente sus responsabilidades específicas. Cuidará de que todos, teniendo como propósito común prioritario el bien del paciente, trabajen coordinadamente dentro del equipo asistencial.

CAPÍTULO XII

Relaciones con la corporación médica colegial

Artículo 35.1. El médico, cualquiera que sea su titulación profesional o jerárquica, tiene el deber de comparecer a la llamada que se le haga desde el Colegio.

2. Es obligación del médico colegiado prestar su colaboración a la vida corporativa y contribuir económicamente a las cargas correspondientes.

Artículo 36.1. La Organización Médica Colegial ha de esforzarse por conseguir que las normas de este Código sean respetadas y protegidas por la ley.

2. Los directivos de la Organización Médica Colegial están obligados a mantener la unidad deontológica de toda la colegiación y deben ajustar sus decisiones a las normas estatutarias y deontológicas.

3. La Organización Médica Colegial defenderá a los colegiados que se vean perjudicados por causa del cumplimiento de las normas de este Código.

4. La Junta Directiva tiene el deber de preservar como secreta la información y la documentación relacionada con las cuestiones deontológicas de sus colegiados.

5. La Organización Médica Colegial tiene el deber de velar por la calidad de la enseñanza de la Medicina, de la que no debe faltar la docencia de la ética y la deontología médica. Debe poner sus medios y la influencia necesaria para conseguir que los médicos mantengan su competencia profesional.

6. La Organización Médica Colegial tiene el deber de intervenir acerca de la organización sanitaria y sobre todos aquellos aspectos que puedan afectar a la salud de la población.

CAPÍTULO XIII

El trabajo en las instituciones sanitarias

Artículo 37.1. El médico está obligado a promover la calidad y la excelencia de la institución en que trabaja. Secundará lealmente las normas que atiendan a la mejor asistencia de los enfermos. Pondrá en conocimiento de la dirección del centro las deficiencias de todo orden, incluidas las de naturaleza ética, que perjudiquen esa correcta asistencia. Y si no fueran corregidas las denunciará ante el Colegio de Médicos o a las autoridades sanitarias, antes de hacerlo a otros medios.

2. Las normas de la institución respetarán la libertad profesional del médico y señalarán que este ejerce, en el área de su competencia, una autoridad efectiva sobre el personal colaborador.

3. Se prohíbe cualquier cláusula contractual, estatutaria o reglamentaria que reconozca competente para juzgar conflictos deontológicos entre médicos a quien no lo sea.

CAPÍTULO XIV

De la publicidad

Artículo 38.1. La publicidad ha de ser objetiva, prudente y veraz que no levante falsas esperanzas o propague conceptos infundados.

2. El médico podrá comunicar a la prensa y a otros medios de difusión no dirigidos a médicos, información sobre sus actividades profesionales, siempre que dicha información sea verídica, discreta, prudente y expresada de manera que pueda entenderse.

CAPÍTULO XV

De las publicaciones profesionales

Artículo 39.1. El médico tiene el deber de comunicar prioritariamente a los medios profesionales los descubrimientos que haya realizado o las conclusiones derivadas de sus estudios y ensayos científicos, cualquiera que sea su signo.

2. El médico no podrá emplear en sus publicaciones científicas escritas, orales o visuales, ningún nombre o detalle que permita la identificación del paciente o de la persona sobre la que se investiga. Cuando no pueda obviar esta posibilidad de identificación, el médico deberá disponer el consentimiento explícito del interesado.

3. En materia de publicaciones científicas son contrarias a los deberes deontológicos las siguientes actuaciones:

- Dar a conocer de modo prematuro o sensacionalista procedimientos de eficacia todavía no determinada o exagerar ésta.
- Falsificar o inventar datos
- Plagiar lo publicado por otros autores.
- Dejarse incluir como autor a quien no ha contribuido sustancialmente al diseño y realización del trabajo.
- No mencionar todas las fuentes de financiación del trabajo que motiva la publicación.
- Realizar publicaciones repetitivas.

CAPÍTULO XVI

De los honorarios

Artículo 40.1. El acto médico no podrá tener como fin exclusivo el lucro.

2. El ejercicio de la Medicina es el medio de vida del médico y éste tiene el derecho a ser remunerado de acuerdo con la importancia y la circunstancia y cualificación profesional.

3. Los honorarios médicos serán dignos y no abusivos. Se prohíben las prácticas dicotómicas, la percepción de honorarios por actos no realizados y la derivación de pacientes con fines lucrativos entre instituciones y centros.

4. Las reclamaciones y litigios podrán someterse al arbitraje de los Colegios.

5. El médico no percibirá comisión alguna por sus prescripciones ni podrá exigir o aceptar retribuciones de intermediarios.

CAPÍTULO XVII

Médicos peritos y funcionarios

Artículo 41.1. Los médicos funcionarios y los que actúan en calidad de peritos deberán también acomodar sus actividades profesionales a las exigencias de éste Código.

2. El médico perito debe comunicar previamente al interesado el título en virtud del cual actúa, la misión que le ha sido encargada y por quién. Si el paciente se

negara a ser examinado, el médico renunciará a hacerlo y se limitará a poner tal extremo en conocimiento del mandante.

3. La actuación como peritos o médicos inspectores es incompatible con la asistencia médica al mismo paciente.

4. Si en el curso de su actuación, el médico perito o inspector hubiera obtenido algún dato que traduce un riesgo importante para la vida o la salud del paciente, considerará si conviene al bien de éste comunicarlo.

DISPOSICIÓN FINAL

1. Las declaraciones de la Comisión Central Deontológicas aprobadas por la Asamblea general de la Organización Médica Colegial tiene naturaleza normativa e igual carácter vinculante que los preceptos contenidos en este Código. Serán dadas a conocer a todos los colegiados desde el Consejo General y también a través de los medios de comunicación del Consejo General, de los Consejos Autonómicos y de los Colegios Provinciales.

2. La Comisión Central de Deontología tendrá como uno de su deberes primordiales el emprender las iniciativas precisas para la actualización permanente de este Código. Con igual finalidad, podrán realizar propuestas todos los médicos colegiados, quiénes las orientarán a través de las Comisiones Deontológicas, a los colegios, a los Consejos Autonómicos o al Consejo General.

C) CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA CATALÁN. NORMAS DE ÉTICA MÉDICA, 1.997

I. Principios Generales

1. El médico debe tener presente que el objetivo del ejercicio de la Medicina es promover, mantener o restablecer la salud individual y colectiva de las personas, y debe considerar que la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también el conjunto de condiciones físicas, psíquicas y sociales que permiten la máxima plenitud de la persona, para que ésta se pueda desarrollar de forma autónoma.

2. Los médicos, que son uno de los principales agentes de la preservación de la salud, deben cuidar de la calidad y eficiencia de la práctica médica, principal instrumento para la promoción y defensa de aquélla.

3. Dado que la defensa y promoción de la salud suponen un campo de acción mucho más amplio que el puramente asistencial, los médicos no pueden considerarse ajenos a las situaciones sociales, los progresos técnicos y las condiciones de trabajo y ambientales que afectan a la vida de los ciudadanos y deben aconsejar las situaciones sanitarias más adecuadas.

4. El deber del médico es prestar atención preferente a la salud del paciente, atención en la que ninguna circunstancia interferirán motivaciones religiosas, ideológicas, políticas, económicas, de raza, sexo, nacionalidad, condición social o personal del paciente ni el temor a un posible contagio del médico.

5. Los médicos deben respetar escrupulosamente a las personas y todos sus derechos y nunca podrán emplear sus conocimientos, ni siquiera de una forma indirecta, en ninguna actividad que suponga la conculcación de los derechos humanos, la manipulación de las conciencias, la represión física o psíquica de las personas o el desprecio de su dignidad.

6. Ningún médico podrá ser discriminado ni rechazado cuando, por fidelidad a su conciencia, se niegue a utilizar o utilice una determinada terapéutica o medio de diagnóstico. Sin embargo, será necesario que el médico, en todos los casos, lo haya advertido personalmente al paciente o, cuando se trate de un incapacitado o un menor, a la persona directamente responsable de éste.

7. El médico debe someterse siempre a las mismas normas éticas y nunca podrá renunciar a su independencia profesional sea cual sea la forma como ejerza la Medicina o la institución en la que lo haga.

II. De las relaciones del médico con sus pacientes

8. La primera lealtad del médico debe ser hacia la persona a la que atiende. La salud de ésta ha de anteponerse a toda otra conveniencia.

9. Todo el mundo tiene el derecho a una atención médica de buena calidad humana y técnica. El médico debe cuidar de la preservación de este derecho.

10. El médico debe respetar las convicciones religiosas, ideológicas y culturales del paciente y tiene que evitar que las suyas propias condicionen la capacidad de decisión de éste.

11. El médico, en toda actuación profesional y especialmente en las exploraciones diagnósticas y tratamientos, debe cuidar que el derecho del paciente a la intimidad sea escrupulosamente respetado.

12. Las exploraciones complementarias nunca deben practicarse de forma rutinaria e indiscriminada, y menos aún cuando del resultado de aquéllas se puedan derivar repercusiones sociales negativas para el paciente. El médico debe pedir la expresa autorización, cada vez que se hayan de practicar, y del resultado informará en primer lugar al interesado.

13. El médico no podrá tratar a ningún paciente con la capacidad mental conservada sin su consentimiento. En el caso de un menor, el médico debe respetar su voluntad si éste tiene capacidad para comprender aquello que decide aunque el padre, la madre o el representante legal disientan.

14. El médico debe respetar el derecho del paciente a rechazar total o parcialmente una prueba diagnóstica o la asistencia médica, siempre que antes haya sido informado de forma comprensible de las consecuencias previsibles de su negativa y que se encuentre en condiciones de tener, de ello, una comprensión lúcida, a excepción que puedan derivarse de ellos peligros o daños para otro a causa de su estado.

15. Cuando los responsables de un paciente incapacitado o menor rechacen, aunque sea por razones de conciencia, un tratamiento que los conocimientos médicos reconozcan cómo válido y necesario para su vida, el médico, en caso de urgencia, debe prescindir del consentimiento.

16. El médico debe respetar el derecho del paciente, siempre que sea posible, a elegir a su médico, el centro sanitario, y cambiarlos. E individual y colectivamente debe cuidar del cumplimiento de este derecho en la ordenación y la planificación sanitarias.

17. Excepto en los casos de urgencia, el médico puede negarse a prestar asistencia y también puede negarse a continuar prestándola si está convencido que no existe la confianza indispensable entre él y el paciente. En este caso, el paciente deberá ser debidamente informado del porqué de la negativa asistencial, y será necesario que esta asistencia pueda ser continuada por otro médico a quien han de ser librados, con el consentimiento del paciente, todos los datos médicos que pida. El médico no puede rechazar la asistencia por miedo a ser contagiado.

18. El médico que sea responsable de la asistencia de un paciente deberá abstenerse de ejercer funciones de perito, juez-instructor, forense o similares en la misma persona.

19. El médico debe referir en una historia médica individualizada todas sus actividades profesionales con sus pacientes, tanto para guardar la memoria de su actuación, como para facilitar el posible seguimiento por otros colegas, estando obligado a extremar el rigor de su contenido.

III. De la información

20. El médico tiene el deber de dar al paciente la máxima información posible sobre su estado de salud, los pasos diagnósticos, las exploraciones complementarias y los tratamientos. La información debe ser dada de forma comprensible y prudente, y comprenderá también las medidas preventivas para evitar el contagio y la propagación de la enfermedad. También debe informar a la persona en el caso de que sea objeto de investigación, experimentación o docencia.

21. El médico debe informar a la persona a la que atiende del riesgo que pueden significar para su salud sus hábitos, el trabajo que ejerce, o tiene intención de ejercer, y el medio en el cual se desarrolla.

22. El médico debe informar al paciente de las alteraciones que sufre y del pronóstico de la enfermedad de forma comprensible, verídica, medida, discreta prudente y esperanzadora.

23. Cuando se trate de enfermedades de pronóstico grave, el médico debe procurar igualmente informar al paciente, y tiene que plantearse en conciencia cómo conseguir que tanto la misma información como la forma de darla no la perjudiquen.

24. El médico informará a las personas vinculadas al paciente, cuando éste así lo autorice o cuando el médico intuya que no existe la posibilidad de una comprensión lúcida por parte del paciente.

25. Cuando el médico actúe como perito, inspector o similar es cuando más cuidadosamente debe hacer saber al paciente, antes de actuar, su condición. Una vez acabada su tarea, debe comunicarle prioritariamente el contenido del informe, siempre que no exista un factor perjudicial para su salud que aconseje no hacerlo. Nunca debe hacer juicios o comentarios despectivos sobre el diagnóstico, el tratamiento, o el pronóstico establecidos con anterioridad por otros colegas. Debe entenderse directamente con el médico que está al cuidado del paciente o, si fuese oportuno, con el Colegio de Médicos.

26. El paciente tiene el derecho a disponer de un informe y, cuando lo pida, de los documentos de las pruebas diagnósticas referentes a su enfermedad.

27. El médico sólo podrá librar información del paciente a otros colegas, instituciones o centros cuando disponga de su autorización explícita y si éste no pudiera

darla, la de las personas a él vinculadas responsables, o cuando la documentación o información remitida sea necesaria para garantizar la continuidad de la asistencia, completar el estudio o tratamiento del paciente.

IV. Del derecho a la intimidad y del secreto profesional

28. El médico tiene el deber de respetar el derecho de toda persona a su intimidad en el bien entendido que los límites de ésta tan sólo puede fijarlos el interesado. Por tanto, el médico, salvo expreso consentimiento del paciente o por deseo de éste, no debe permitir que personas extrañas al acto médico lo presencien, sin un motivo considerado justificado.

29. El médico no debe permitir la exhibición de actos médicos que hayan sido fotografiados o filmados, salvo en el caso que se considere conveniente a fines educativos o de divulgación científica. Pero con la presentación de estos documentos, o de la historia médica, se pudiera identificar a la persona del paciente, será ineludiblemente necesaria la previa autorización explícita de este último. A pesar de la existencia de tal autorización, el médico evitará al máximo que se pueda identificar a la persona.

30. El médico tiene el deber de guardar secreto todo aquello que el paciente le haya confiado, lo que haya visto, haya deducido y toda la documentación producida en su ejercicio profesional, y procurará ser tan discreto que ni directa ni indirectamente nada puede ser descubierto.

31. El médico podrá elevar el secreto con discreción, exclusivamente a quien tenga que hacerlo y en los justos límites necesarios, en los siguientes casos y en ningún otro:

- a) Cuando la revelación se presume un muy probable bien para el paciente
- b) Cuando certifique su nacimiento
- c) Cuando certifique su defunción
- d) Si con el silencio se presumiera un muy probable perjuicio para el paciente, para otras personas o un peligro colectivo (declaración de enfermedades contagiosas, ciertas enfermedades mentales, estado de salud de las personas a cargo de la “res pública”, etc.)
- e) Cuando se trate de enfermedades profesionales, accidentes de trabajo, u otros siniestros, si con la declaración se presupone que se evitarán otros similares.
- f) Cuando actúe como perito inspector, médico forense, juez instructor o similar.
- g) En ocasión de malos tratos a niños, ancianos, discapacitados psíquicos o actos de violación (en este caso con la aquiescencia de la víctima)
- h) Cuando el médico se vea injustamente perjudicado a causa del mantenimiento del secreto de un paciente, y éste sea autor voluntario del perjuicio, a condición, sin embargo, que de la revelación del hecho no resulten otros perjudicados.

32. La muerte del paciente no exime al médico del deber de silencio. No puede considerarse revelación del secreto el hecho de manifestar que un paciente no ha muerto de una determinada enfermedad siempre que ello no signifique una revelación indirecta por exclusión.

33. La autorización del paciente a revelar el secreto no obliga al médico a hacerlo. En cualquier caso, el médico siempre debe cuidar de mantener la confianza social hacia la confidencialidad médica.

34. El médico tiene el deber de exigir a sus colaboradores, sanitarios y no sanitarios, la más absoluta discreción.

35. Cada uno de los médicos que participen en un equipo médico tiene el deber de preservar la confidencialidad de los datos del paciente, pero en beneficio de éste y de la buena atención médica, pueden, en los justos límites necesarios, compartir el secreto.

36. El médico jefe de un centro o servicio sanitario es responsable de establecer los controles necesarios para que no se vulnere la intimidad y la confidencialidad de los pacientes que estén acogidos en él. Asimismo, cuidará que las informaciones a los medios de comunicación sean adecuadas y discretas, no sólo las propias, sino las de las personas que trabajen en el mismo. El referido médico jefe tiene el deber de informar a sus colaboradores, sanitarios y no sanitarios, de la importancia de la preservación de la intimidad y confidencialidad de los datos del paciente, y de poner los medios para que sea posible.

37. El médico debe tener mucho cuidado cuando los datos médicos sean informatizados, ya que la confidencialidad de los datos del paciente puede ser violada de forma fácil y lejos de la relación interpersonal. En este caso, especialmente, se deben preservar los derechos del paciente:

- a) a conocer y controlar los datos introducidos en el ordenador que deben ser sólo los pertinentes, necesarios y verificables,
- b) a modificar o eliminar los inexactos, no demostrables o superfluos,
- c) a que los datos no salgan nunca del ámbito sanitario sin el consentimiento expreso del paciente, dado después de una información clara y comprensible, salvo en el caso de que no se pueda identificar a la persona a la que se refieren.

38. El médico no puede colaborar con ningún banco de datos sanitarios, si no tiene la certidumbre de que está adecuadamente garantizada la preservación de la confidencialidad de la información que está depositada en el mismo. Debe tener,

además, la absoluta garantía que el banco no está conectado a ningún otro que no tenga como finalidad exclusiva la preservación de la salud, salvo que el paciente haya dado el consentimiento.

39. Cuando el médico sea requerido por la justicia para testificar en relación a un paciente sobre materias que conoce gracias a su profesión, debe hacer saber al juez que éticamente está obligado a guardar el secreto profesional y pedirle que le exima de testificar.

40. El Colegio de Médicos tiene el deber de preservar secreta la documentación relacionada con sus miembros cuando se trate de cuestiones deontológicas, salvo que expresamente acuerde la Junta de Gobierno su publicación, previa consulta a la Comisión de Deontología o que ésta lo recomiende.

V. Del tratamiento

41. El médico tiene el deber de emplear todos los medios adecuados a su alcance que crea oportunos, dirigidos a preservar el derecho fundamental del ser humano a la protección de la salud. Debe, asegurar también, la profilaxis, y tiene que hacer valer sus criterios respecto a las normas individuales y colectivas de higiene y de prevención.

42. El médico tomará las decisiones que crea adecuadas cuando se dé una situación de riesgo inmediato grave para la integridad física y psíquica del enfermo y no sea posible conseguir la autorización del paciente o de las personas a él vinculadas.

43. El médico no empleará procedimientos ni prescribirá medicinas con las cuales no esté debidamente familiarizado y que no estén basadas en la evidencia científica o en la eficacia clínica, aunque el paciente lo consienta.

44. El médico que emplee tratamientos no convencionales o sintomáticos correspondientes al proceso que afecta la paciente está obligado a informarle de la necesidad de no abandonar ningún tratamiento necesario, advirtiéndole de forma clara y comprensible del carácter no convencional ni sustitutorio del tratamiento. Asimismo, está obligado a coordinarse con el médico responsable del tratamiento básico.

45. El médico debe extremar la información de los riesgos del acto médico y conseguir el libre consentimiento del paciente, cuando su finalidad no sea la curación de una enfermedad, pero sí perseguir un beneficio para el paciente. Dentro de este concepto de medicina voluntaria se incluyen, entre otros, la implantación bucal y la esterilización y los actos médicos con finalidad estética.

46. El médico debe tener en cuenta que el trasplante de órganos humanos de donante viviente o de cadáver exige que su necesidad haya sido contrastada y arbitrada colectivamente con la participación de expertos.

47. El médico, en los casos en que la demanda de medios terapéuticos sea superior a su disponibilidad, deberá decidir basándose en criterios médicos y bioéticos.

48. El médico, en caso de huelga de hambre, debe considerar que el objetivo del huelguista no es la muerte. El médico tiene que evitar cualquier interferencia ajena a su función profesional, y debe abstenerse de aplicar cualquier terapéutica cuando quien hace la huelga de hambre, una vez haya sido debidamente informado y conozca el pronóstico, haya expresado de una forma libre, explícita y reiterada, su negativa a ser ayudado. El médico tiene que respetar en todo momento la voluntad del paciente, prescindiendo de su juicio sobre la huelga y su motivación. Cuando reciba una orden judicial de tratamiento médico debe hacer saber al juez que éticamente está obligado a respetar la voluntad del paciente y pedirle que le exima de la obligación de tratamiento.

VI. De la reproducción humana

49. El médico, ante el progreso de las nuevas técnicas y las investigaciones sobre el genoma humano y sus aplicaciones, debe tener presente que no todo lo que es factible técnicamente es estéticamente aceptable. Para evitar posibles desviaciones que podrán violar derechos fundamentales y menospreciar la dignidad de la persona, el médico no aceptará nunca ninguna prueba ni tratamiento dirigido a una manipulación genética de un colectivo o raza.

50. El médico tiene el deber de informar de forma objetiva todos los factores que inciden en la procreación, el mecanismo de la actuación, la eficacia y el riesgo que suponen la aplicación de cada uno de los procedimientos para regularla.

51. El médico tiene el deber de informar sobre la posibilidad de transmisión o de aparición en la descendencia de enfermedades o alteraciones y de su probabilidad e importancia, así como de proponer la práctica de pruebas adecuadas para detectarlas.

52. El médico no practicará ninguna interrupción de embarazo o esterilización sin el consentimiento libre y explícito del paciente, dado después de una cuidadosa información, especialmente cuando éste sea menor, pero con capacidad para comprender aquello a lo que consiente. Cuando no exista tal capacidad, será preciso el consentimiento de las personas vinculadas responsables.

53. El médico no aconsejará ni practicará la esterilización de un discapacitado psíquico si no tiene la certidumbre de que los responsables del deficiente que lo piden lo hacen pensando en el bien del afectado.

54. El médico tiene el derecho de negarse a aconsejar algunos de los métodos de regulación de la reproducción y asistencia a la misma, a practicar la esterilización o a

interrumpir el embarazo, pero nunca podrá, ni siquiera alegando razones de conciencia, eludir la objetiva y completa información sobre la responsabilidad de hacerlo respetando la libertad de las personas de buscar el consejo de otros médicos. Debe tener siempre en cuenta que el personal que con él colabora tiene los mismos derechos y deberes que él.

55. El médico no podrá practicar técnicas de reproducción asistida sin el consentimiento libre, concreto y expreso de la mujer. En el caso de la donación de gametos o embriones, la identidad del donante se mantendrá en el anonimato. El donante deberá haber dado el consentimiento previo para este tipo de asistencia. El hijo o los hijos y su descendencia serán los únicos que tendrán derecho a conocer los datos biogénéticos, pero no la identidad de sus progenitores, y el médico tiene el deber de facilitárselos.

56. El médico sólo podrá intervenir en la elección del sexo cuando se trate de la prevención de una enfermedad hereditaria.

VII. De la muerte

57. Toda persona tiene derecho a vivir con dignidad hasta el momento de la muerte y el médico debe cuidar de que este derecho sea respetado. El médico debe tener en cuenta que el enfermo tiene el derecho a rechazar el tratamiento para prolongar la vida. Es deber médico fundamental ayudar al paciente a asumir la muerte de acuerdo con sus creencias y con aquello que haya dado sentido a su vida. Cuando el estado del enfermo no le permita tomar decisiones, el médico aceptará la de las personas vinculadas responsables del paciente, pero les enseñará el deber de respetar lo que se cree que hubiera sido el parecer enfermo.

58. El objetivo de la atención a las personas en situación de enfermedad terminal no es acortar ni alargar su vida, sino promover su máxima calidad posible. El tratamiento de la situación de agonía debe adaptarse a los objetivos de confort, sin pretender de alargar innecesariamente ni acortar deliberadamente. En los casos de muerte cerebral, el médico deberá suprimir los medios que mantienen una apariencia de vida a no ser que sean necesarios para un trasplante previsto.

VIII. De la tortura y vejación de la persona

59. El médico nunca favorecerá, ni siquiera pasivamente, y aún menos practicará, tortura de ningún tipo ni otros procedimientos crueles, inhumanos o degradantes, incluida la pena de muerte, ni si quiera de forma indirecta. Tampoco participará en ninguna actividad que signifique una manipulación de la conciencia, sean cuales sean los cargos atribuidos a la víctima, sus motivos o creencias, y con independencia del hecho de que haya conflicto armado o no.

60. El médico no debe estar nunca presente en ningún acto que comporte el uso, o la amenaza de uso, de la tortura o de cualquier acto cruel, inhumano, degradante, de presión o vejación. Por el contrario tiene el deber de denunciarlo, si tiene conocimiento del mismo.

IX. De la experimentación médica sobre la persona

61. La experimentación médica sobre las personas sólo podrá hacerse cuando aquello que se quiera experimentar haya sido bien y satisfactoriamente estudiado, en el laboratorio.

62. El médico no pondrá en marcha ninguna experimentación humana sin previamente haber elaborado un protocolo experimental bien explícito, cuya aprobación solicitará a Comités de Ética de Investigación Clínica o a otros Comités Interdisciplinarios ajenos a la experimentación.

63. El médico o médicos experimentadores, en todos los casos, requerirán el conocimiento lúcido y el consentimiento libre y explícito de la persona en la cual se haga la experiencia. Si ello no fuera posible, el de las personas vinculadas responsables, previo el claro conocimiento de la experimentación y sus riesgos, que debe tener como objetivo el beneficio de la persona.

64. El otorgamiento del consentimiento deberá ser preferentemente por escrito, firmado por el mismo participante en la experimentación o por testigos que manifiesten que la persona ha recibido información explícita, adecuada y suficiente.

65. El médico nunca podrá practicar ningún tipo de experimentación sobre personas si no cuenta con los medios humanos y técnicos para efectuarla en las máximas condiciones de seguridad que le permitan neutralizar inmediatamente los posibles efectos perjudiciales que puedan darse. Además, la preservación de la intimidad es ineludible.

66. El médico interrumpirá la experimentación si en su curso la persona lo pide o se detecta un posible peligro.

67. El médico no privará ni interrumpirá una terapéutica eficaz reconocida para ensayar nuevos tratamientos, salvo que, después de una cuidadosa información, el enfermo dé su consentimiento expreso al respecto.

68. El médico tiene el deber de difundir por los medios habituales de comunicación científica los resultados relevantes de sus investigaciones tanto si son

positivos como si son negativos, y debe abstenerse de participar en aquellas investigaciones en las cuales no tenga garantía que podrá publicar los resultados obtenidos, sea cual sea su signo. El Médico y el Colegio de Médicos procurarán que el interés científico objetivo predomine sobre los intereses particulares y económicos de los que promueven la investigación.

69. El médico no podrá emplear en las publicaciones científicas escritas, orales o visuales, ningún nombre o detalle que permita la identificación del sujeto de la experimentación, salvo, que, en caso de no poder obviarse, el interesado, después de un cuidadosa información, dé su explícito consentimiento al respecto,

70. El médico deberá tener especial cuidado en la difusión de los resultados de experimentaciones por los medios de comunicación social, que puedan conducir a equívoco. Conviene evitar siempre la creación de falsas expectativas en los pacientes, sobre todo los afectados de enfermedades para las cuales no se haya encontrado una solución probadamente eficaz.

X. Del ejercicio de la Medicina en las instituciones

71. El médico no prestará los servicios profesionales en ninguna empresa o institución que no le permita respetar sus deberes éticos y deontológicos.

72. El médico asalariado no puede, en ningún caso, aceptar una remuneración basada exclusivamente en criterios de productividad o en rendimiento honorario, ni ninguna otra disposición que pueda tener como consecuencia una limitación de su independencia o que afecte a la calidad de su actividad profesional.

73. El médico está obligado a cuidar del buen nombre de la institución en la cual trabaja, y a promover la mejora de su calidad. Las deficiencias que pueda haber en

la misma deba ponerlas en conocimiento, en primer lugar, de la dirección de la institución y, si son corregidas, de las entidades médicas corporativas o autoridades sanitarias, antes de hacerlo a otros medios,

74. Los médicos deben respetar y promover el derecho del paciente a tener un médico responsable de él, aunque sea un equipo el que esté a su cuidado, sea cual sea el tipo de asistencia que reciba y el lugar donde la reciba, y a cuenta de quien la reciba. Las responsabilidades del médico no desaparecen ni se diluyen cuando actúa en un equipo médico.

75. En primer lugar, el médico debe presentarse al paciente, informarle de su función profesional, de quiénes son y de por qué están allí todas las personas que puedan acompañarle o estar presentes en el acto médico, Debe respetar el derecho del paciente a rechazarlas y facilitar el diálogo privado con él, con cualquier otro médico, o con cualquier otra persona, sanitaria o no, de las que están a su cuidado.

76. El médico tiene el deber de procurar que el paciente pueda mantener una relación fluida con los familiares y amigos, y evitar, dentro de sus competencias, que los trámites administrativos impidan o retrasen la acción médica. También debe procurar que el paciente se incorpore lo más pronto posible a su vida habitual.

77. El médico debe respetar el derecho del paciente a elegir a otro médico, ajeno o no a la institución, para que esté presente en cualquier acto médico que se le practique y en cualquier circunstancia y tiene el deber de facilitarle la más amplia información sin interferir, sin embargo, en la asistencia.

78. El médico debe negarse a practicar cualquier acto médico, excepto en caso de urgencia, si considera que no tiene la actitud necesaria y/o no dispone de los medios adecuados para llevarlo a cabo y también si existe la razonable presunción de que el

paciente podría salir perjudicado del mismo. El médico facilitará la asistencia a quien pueda practicarlo.

79. El médico tiene el deber de colaborar, en las instituciones donde trabaje, con las comisiones médicas en las que sea requerido.

XI. De la huelga

80. Los médicos, individual y colectivamente, deben esforzarse para que la organización social y sanitaria permita que su actividad profesional, como agentes de la salud, sea la mejor posible. Para conseguir este fin pueden emplear, individual y colectivamente los medios más adecuados y siempre los menos lesivos para los pacientes.

81. Ante la posibilidad de huelga, los médicos, individualmente y mediante los entes corporativos, deben facilitar la creación de comités de arbitraje, y procurar que la huelga no tenga lugar. Pero si se produjera, los médicos deberán establecer -con quien tenga la competencia para ello- los servicios necesarios que garanticen la preservación del derecho de los ciudadanos a la protección de la salud.

XII. De los deberes y derechos del médico hacia sus compañeros y deberes del Colegio de Médicos

82. Todo médico que forme parte de un equipo médico puede rechazar a cualquiera de sus miembros por causa profesionalmente justa, pero debe argumentar previamente los motivos de su rechazo a la jerarquía médica del ente al que pertenezca el equipo o al Colegio de Médicos.

83. El médico tiene el deber y el derecho de pedir consejo a otro médico y éste tiene el deber de dárselo. Este consejo o consulta lo pedirá siempre que se crea incapaz de proporcionar al paciente aquello que éste espera de él. También cuando las circunstancias, el paciente o los responsables del enfermo lo pidan o bien cuando el no ejercer este derecho pudiera significar un riesgo importante para el médico o para el enfermo.

84. La relación entre médicos nunca debe comportar desprestigio público. Las discrepancias profesionales deben ser siempre discutidas entre médicos y en el seno del Colegio de Médicos o de otros organismos o colectivos profesionales. Sólo cuando estas vías estén agotadas se podrá recurrir a otras instancias.

85. Salvo en los casos de urgencia ningún médico interferirá en la asistencia que preste otro colega. No se considerará interferencia la libre consulta a otro médico; éste, sin embargo, debe hacer constar al paciente el perjuicio de una dirección médica múltiple no coordinada.

86. El médico, por encima de toda consideración jerárquica, debe tener en cuenta que cualquier otro médico es un compañero que merece un respeto impuesto por la costumbre médica universal y como tal debe tratarlo.

87. El médico tiene el deber de comunicar sus conocimientos al compañero que lo solicite y facilitarle el acceso a los centros de estudio, servicios o instalaciones sanitarias, sin otros límites que la razonable marcha de la actividad y la salvaguardia prioritaria de la intimidad del paciente.

88. El médico, sea cual sea su situación profesional, jerárquica o social tiene el deber de comparecer a la llamada que se haga desde el Colegio de Médicos, independientemente que su actividad sea pública o privada.

89. El médico tiene el deber de prestar la colaboración personal a la vida corporativa, así como también de contribuir económicamente a las cargas correspondientes.

90. El médico está obligado a un perfeccionamiento constante. Tanto el como el Colegio de Médicos deben procurar que ello sea posible, ya sea en instituciones públicas como privadas.

91. El médico que se sepa enfermo, que sea conocedor que puede transmitir alguna enfermedad o que se vea en dificultades para ejercer con plena eficacia su profesión, tiene el deber de consultar a otro u otros colegas para que valoren su capacidad profesional y seguir las indicaciones que le sean dadas.

92. El médico que sepa que otro médico, por sus condiciones de salud, hábitos o posibilidad de contagio, puede perjudicar a los pacientes, tiene el deber, con la obligada discreción, de comunicarle y recomendarle consultar al que pueda aconsejar la mejor actuación, e igualmente tiene la obligación de ponerlo en conocimiento del Colegio de Médicos. El bien de los pacientes debe ser siempre prioritario.

93. El médico tiene el deber de denunciar al Colegio de Médicos al que no siendo médico ejerza actividades médicas. Nunca debe colaborar con personal no calificado debidamente. Pondrá en conocimiento del Colegio de Médicos al que recomiende tratamientos no basados en la eficacia clínica o que se hagan exclusivamente con fines lucrativos, así como también el uso de productos de composición no conocida o de eficacia no comprobada.

94. El Colegio de Médicos debe cuidar de la buena organización sanitaria del país y de todos los aspectos que puedan afectar a la salud de la población.

95. El Colegio de Médicos debe cuidar de la buena calidad de la enseñanza de la Medicina y además debe poner todos los medios a su alcance para conseguir que los médicos puedan lograr una formación continuada idónea.

96. El Colegio de Médicos debe procurar que la enseñanza obligatoria de la Ética Médica sea incorporada a los estudios de Medicina, y tiene el deber de exigir el conocimiento y el cumplimiento de estas Normas a todos los médicos desde el momento de su incorporación a la profesión.

97. El Colegio de Médicos no sólo debe intentar que sean anuladas todas las disposiciones legales de cualquier orden que se opongan a estas Normas, sino que debe procurar que éstas sean protegidas por la Ley.

98. El Colegio de Médicos, en todas las circunstancias, tiene el deber ineludible de defender, por todos los medios a su alcance, al médico que se vea perjudicado a causa del cumplimiento de estas Normas.

99. El Colegio Médicos cuidará que se evite la publicidad en los casos denuncia contra algún médico cuya culpabilidad no esté demostrada

100. El Colegio de Médicos cuidará que los médicos asalariados puedan desarrollar su tarea dentro de la institución o la empresa en las dignas y debidas condiciones de trabajo.

XIII. De la publicidad

101. El médico no debe fomentar engañosas esperanzas de curación ni tampoco promoverá falsas necesidades relacionadas con la salud. También deberá

abstenerse de emplear medios y/o mensajes publicitarios que menosprecien la dignidad de la profesión o tengan ánimo de lucro.

102. El médico podrá comunicar a la prensa y a otros medios de difusión, no dirigidos a médicos, información sobre sus actividades profesionales, siempre que ésta sea verídica, mesurada, discreta, prudente y comprensible.

XIV. De la economía

103. El médico tiene el deber de ahorrar al máximo posible los medios puestos a su alcance, sean públicos o no, sin por ello privar nunca al paciente de aquello que sea necesario para una buena calidad de la asistencia. Se abstendrá de indicar exploraciones que no tengan otro fin que la protección del médico.

104. El médico, que tiene la Medicina como su medio de vida, tiene el derecho de percibir honorarios de acuerdo con su calificación profesional y la responsabilidad de su función. La remuneración nunca puede estar ligada al éxito de su actividad y el acto médico nunca podrá tener como fin exclusivo el lucro.

105. Los honorarios médicos deben ser dignos y no abusivos. Ningún médico podrá aceptar remuneraciones o beneficios directos e indirectos en cualquier forma, en concepto de comisión, como propagandista o como proveedor de clientes o por otros motivos que no sean de trabajos encargados. Tampoco las prácticas dicotómicas son éticamente aceptables.

106. Ningún médico podrá vender a los pacientes, sirviéndose de su condición de médico, fármacos, hierbas medicinales, productos farmacéuticos o especialidades propias o fórmulas magistrales, salvo casos especiales que el Colegio de Médicos deberá autorizar expresamente.

107. Ningún médico podrá derivarse o derivar con fines lucrativos a pacientes hacia o desde instituciones, centros o consultas.

108. El médico debe asistir al compañero sin el cobro de algún tipo de honorarios, y es recomendable seguir la antigua tradición de hacerlo también con los familiares que económicamente dependan de él, la viuda o el viudo y los huérfanos. Podrá hacerse abonar los gastos materiales producidos en el acto médico que sean onerosos para el médico.

D) CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA, 1.989

Resolución nº32/89, por la que se aprueban las NORMAS DEONTOLÓGICAS QUE ORDENAN EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA DE ESPAÑA con carácter obligatorio.

Aprobada por el Pleno del Consejo General de Colegios de Diplomados de Enfermería de España. Madrid, 14 de julio de 1989

Conforme al artículo 75, párrafo 16, de los Estatutos de la Organización Colegial aprobados por el Real Decreto 1856/1978, de 29 de junio, se establece que el Consejo General aprobará las normas deontológicas que ordenen el ejercicio de la profesión, las cuales tendrán carácter de obligatorias,

En consecuencia, el Pleno del Consejo General, tras los oportunos informes jurídicos, así como el de los diferentes Colegios Provinciales, tal como preceptúa el artículo 75 de los Estatutos anteriormente citados y solicitados a éstos, con fecha del 18 de mayo del presente año, entre otros y por unanimidad de sus miembros; tomó el siguiente Acuerdo- Resolución, cuyo expediente completo obra en el archivo de este Consejo, sección de Resoluciones.

Primero. Se aprueba el Código Deontológico de la Profesión de Enfermería que se adjunta como anexo a la presente Resolución.

Segundo. El cumplimiento del mismo tendrá carácter obligatorio para todos los profesionales de Enfermería del Estado.

Tercero. El incumplimiento de dicho Código llevará implícito las sanciones disciplinarias previstas en los Estatutos de la Organización Colegial.

DISPOSICIÓN TRANSITORIA

Por el Consejo General se tomarán las medidas oportunas para la difusión a todos los profesionales de Enfermería del documento que contenga dicho Código.

DISPOSICIÓN FINAL

El Código Deontológico de la profesión de Enfermería entrará en el vigor en el día de la fecha.

Y para que conste, expido y firmo la presente en Madrid a catorce de julio de mil novecientos ochenta y nueve.

INTRODUCCIÓN

La Organización Colegial de Enfermería ha venido asumiendo y recomendado hasta ahora el Código Deontológico, elaborado en 1.973 por el Consejo Internacional de Enfermería, como guía para resolver los problemas éticos que el ejercicio de nuestra profesión pudiera plantear.

Sin embargo, la necesidad de disponer de un Código Deontológico especialmente concebido para los Enfermeros y Enfermeras españolas, se estaba haciendo sentir cada vez más claramente. Por ello, en el mes de abril de 1988, el Consejo General de Colegios de Diplomados de Enfermería designó un Comité formado por profesionales, Enfermeros/as, que ejercían la profesión en diferentes ámbitos, con el fin de elaborar un primer proyecto que, posteriormente fuese sometido a la opinión general del colectivo de Enfermería, para asegurar que el nuevo Código tuviera un alcance verdaderamente estatal.

Ahora, finalizado este proceso, agradecemos las valiosas aportaciones recibidas por los Colegiados y Organizaciones de Enfermería que hemos tenido en cuenta, en la elaboración del presente Código.

Pensamos que nuestro Código Deontológico Nacional es un elemento vivo, basado en un ética inspirada en el bienestar de las personas, para las que actuamos profesionalmente; convencidos que contribuirá a mantener un nivel profesional y un status social digno de nuestra profesión.

Máximo A. González Jurado

Presidente del Consejo General de Enfermería de España

PRÓLOGO

El establecimiento de un Código Deontológico que sirva de marco para el ejercicio profesional, ha de partir, necesariamente, de un marco conceptual que unifique y delimite los conceptos que sobre el hombre, la sociedad, la salud y la propia Enfermería tengan los profesionales que la ejerzan.

El hombre como unidad indisoluble compuesto de cuerpo y mente, sujeto a los diferentes efectos que estos elementos producen sobre él, es a su vez, un ser eminentemente social, inmerso en un medio que le influye positiva o negativamente dependiendo de múltiples factores, que pueden ser políticos, económicos, geográficos, culturales., y estableciéndose una relación entre él y su entorno que determinara su grado de bienestar, de ahí que resulte fundamental contemplarlo desde un punto de vista integral.

Por ello, entendemos que el hombre bio-psico-social dinámico, que interactúa dentro del contexto total de su ambiente, y participa como miembro de una comunidad.

La salud se concibe como un proceso de crecimiento y desarrollo humano, que no siempre se sucede sin dificultad y que incluye la totalidad del ser humano. Dicha salud se relaciona con el estilo de vida de cada persona, y su forma de afrontar ese proceso en el seno de los patrones culturales en los que vive.

España se constituye en un Estado social y democrático de Derecho, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político.

Respecto al papel de los Enfermeros/as en la sociedad, hemos de tener en cuenta su responsabilidad en el área de:

1. Prevención de las enfermedades.
2. Mantenimiento de la salud.
3. Atención, rehabilitación e integración social del enfermo.
4. Educación para la salud.
5. Formación, administración e investigación en Enfermería.

Debemos estar en disposición de propiciar una respuesta adecuada a los procesos de cambio que experimente la atención de salud, manteniendo normas de educación; siendo pioneros en la sugerencia de estrategias de puesta en práctica, que tengan en cuenta el contexto social, político y económico del país.

Partiendo de la base que la Enfermería como profesión constituye un servicio encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente, debemos tener presente que las/os Enfermeras /os, han de enfatizar de manera prioritaria, dentro de sus programas:

- a) La adquisición de un compromiso profesional serio y responsable.
- b) La participación activa en la sociedad.
- c) Reconocimiento y aplicación en su ejercicio, de los principios de ética profesional.
- d) La adopción de un profundo respeto por los derechos humanos.

Son muchas las ocasiones en las que está en nuestras manos la dignidad de la naturaleza humana y de ahí nuestra mayor responsabilidad como profesionales de enfermería. Vivimos en un época en la que se hace preciso realizar una profunda reflexión sobre los aspectos humanos, valores y actitudes de las profesionales sanitarias, en general y de la profesión de enfermería en particular.

Por ello, tal vez sea el momento más idóneo para hablar de ética profesional, sin temor a moralismos trasnochados, sino sencillamente abordando, en el marco de un

Código Deontológico, lo que constituye el armazón de nuestra profesión, más allá de sus elementos técnicos.

De lo anteriormente expuesto, extraemos las siguientes conclusiones:

1. En nuestro Código Deontológico deberán darse la mano continuidad y actualidad. Los valores básicos, permanentes e irrenunciables en Enfermería, han de ser conservados también el futuro, pero habrá que examinar una y otra vez las antiguas concreciones de esos valores fundamentales para ver si todavía pueden cumplir su función. Si ya no logran asumir y hacer fructíferas las experiencias de la época, si desconocen la progresiva complejidad de la vida, deberán ser repensadas de nuevo y reformadas en confrontación con los nuevos modos de entender el nuevo tiempo.
2. A la hora de fijar instrucciones concretas, conviene ser discretos; será preferible mostrar el sentido último, total y humano de nuestra profesión. Construir modelos concretos es competencia de la conciencia individual de cada profesional responsable.
3. La evaluación presente y futura nos pedirá un esfuerzo, un decidido valor, para emprender experiencias y aceptar lo profesional. A la vista de la complejidad de las condiciones de vida cada vez más diferenciadas, sería utópico que quisiéramos afrontar de antemano soluciones concretas a todos los problemas que se presentan hoy y que se presentarán en el futuro. En suma, debemos ser conscientes que por muchos Códigos Deontológicos que tengamos, el riesgo de la conciencia aumenta considerablemente.

Con estas reflexiones hemos elaborado un Código Deontológico para la Profesión de Enfermería en España, que sea un instrumento eficaz para aplicar las reglas generales de la ética al trabajo profesional. Insistir en esto parece, no pocas veces, una reiteración

innecesaria ya que se da por supuesta en nuestra profesión; sin embargo, cada vez con mayor fuerza van aumentando las voces que hablan de falta de ética, y de deshumanización. Por ello, es necesario articular el contenido de nuestra responsabilidad profesional, no sea que con la evolución de la Enfermería como ciencia se nos vaya escapando su esencia fundamental, la de los valores que le sirven de sostén.

Se equivoca quien piensa que la ciencia nada tiene que ver con los valores; si la ciencia esta hoy en crisis, probablemente sea por esta divergencia antinatural. Ha de correr paralela con esta dimensión humana y, por ello, situarse en el ámbito de lo moral.

Desearíamos que este Código sirviera para tener conciencia de que los valores que manejamos a diario son auténticamente fundamentales: la salud, la libertad, la dignidad, en una palabra, la vida humana, y nos ayudará a los profesionales de enfermería a fundamentar con razones de carácter ético las decisiones que tomemos.

Estamos convencidos, por último de que un Código Deontológico, en cuanto a criterio ético, es estrictamente necesario para el buen desempeño de nuestra profesión, no sólo para hacer uso de él en situaciones extremas, sino para reflexionar a través de él en aquellas situaciones diarias en las que se puedan lesionar o infravalorar los derechos humanos.

Hacer Enfermería es algo que va más allá de la pura técnica; nuestras actitudes han de trascender al limitado marco que nos otorga un Código Deontológico, ya que ser Enfermero/a, es gozar de un talante ante la vida, su origen creación, más allá de los límites del ser humano, para cuyo estímulo ojála nos sirva este Código Profesional.

En el presente Código están prácticamente incardinados los tres grandes grupos, correspondientes a las distintas obligaciones morales:

1. La Enfermera/o y el ser humano
2. La Enfermera /o y la sociedad

3. La Enfermera /o y el ejercicio profesional

Declaración Previa. La Moral Profesional no es más que una aplicación de las reglas generales de la moral al trabajo profesional del hombre, como la Ley Natural no es otra cosa que la participación de la Ley Eterna en la criatura racional.

La Deontología es el Conjunto de los deberes de los profesionales de Enfermería que han e inspirar su conducta.

CAPÍTULO I

Ámbito de Aplicación

Artículo 1. Las disposiciones del presente Código obligan a todos los Enfermeros/as inscritos en los Colegios, sea cual sea la modalidad de su ejercicio (libre, al servicio de la Sanidad Pública, Privada, etc.). También serán de aplicación, para el resto de los extranjeros que por convenios, tratados internacionales puedan ejercer ocasionalmente en España.

Artículo 2. Una de las responsabilidades prioritarias del Consejo General y de los Colegios es la ordenación, en su ámbito respectivo, de la actividad profesional de los colegiados, velando por la ética y dignidad profesional y por el respeto debido a los derechos y dignidad de los enfermos.

Artículo 3. De conformidad con lo dispuesto en el artículo anterior, será función primordial del Consejo General y de los Colegios favorecer y exigir el cumplimiento de los deberes deontológicos de la profesión, recogidos en el presente código.

CAPÍTULO II

La enfermería y el ser humano, deberes de las enfermeras/os

Artículo 4. La Enfermera/o reconoce que la libertad y la igualdad en dignidad y derecho son valores compartidos por todos los seres humanos que se hallen garantizados por la Constitución Española y Declaración Universal de Derechos Humanos.

Por ello, la Enfermera/o está obligado a tratar con el mismo respeto a todos, sin distinción de raza, sexo, edad, religión, nacionalidad, opinión política, condición social o estado de salud.

Artículo 5. Consecuentemente, las Enfermeras/os deben proteger al paciente mientras esté a su cuidado, de posibles tratos humillantes, degradantes, o de cualquier tipo de afrentas a su dignidad personal.

Artículo 6. En ejercicio de sus funciones, las Enfermeras/os están obligadas a respetar la libertad del paciente, a elegir y controlar la atención que se le presta.

Artículo 7. El consentimiento del paciente, en el ejercicio libre de su profesión, ha de ser obtenido siempre, con carácter previo, ante cualquier intervención de la Enfermera/o. Y lo harán en reconocimiento del derecho moral que cada persona tiene a participar de forma libre, y válidamente manifestada sobre la atención que se le preste.

Artículo 8. Cuando el enfermo no esté en condiciones físicas y psíquicas de prestar su consentimiento, la Enfermera/o tendrá que buscarlo a través de los familiares o allegados a éste.

Artículo 9. La Enfermera/o nunca empleará ni consentirá que otros lo empleen, medidas de fuerza física o moral para obtener el consentimiento del paciente. En caso

de ocurrir así, deberá ponerlo en conocimiento de las autoridades sanitarias, y del Colegio Profesional respectivo con la mayor urgencia posible.

Artículo 10. En responsabilidad de la Enfermera/o mantener informado al enfermo, tanto en el ejercicio libre de la profesión, como cuando ésta se ejerce en las Instituciones Sanitarias, empleando un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión del mismo.

Artículo 11. De conformidad con lo indicado en el artículo anterior, la Enfermera/o deberá informar verazmente al paciente, dentro del límite de sus atribuciones. Cuando el contenido de esa información excede del nivel de su competencia, se remitirá al miembro del equipo de salud más adecuado.

Artículo 12. La Enfermera/o tendrá que valorar la situación física y psicológica del paciente antes de informarle de su real o potencial estado de salud; teniendo en cuenta en todo momento que éste se encuentre en condiciones y disposición de entender, aceptar o decidir por sí mismo.

Artículo 13. Si la Enfermera/o es consciente que el paciente no está preparado para recibir la información pertinente y requerida, deberá dirigirse a los familiares o allegados del mismo.

CAPÍTULO III

Derechos de los enfermos y profesionales de la enfermería

Artículo 14. Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la seguridad de su persona y a la protección de la salud. Nadie puede ser objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, en su familia o domicilio.

Artículo 15. La Enfermera/o garantizará y llevará a cabo un tratamiento correcto y adecuado a todas las personas que lo necesiten, independientemente de cuál sea su padecimiento, edad o circunstancias de dichas personas.

Artículo 16. En su comportamiento profesional, la Enfermera/o tendrá presente que la vida es un derecho fundamental del ser humano y, por tanto, deberá realizar acciones conducentes a su menoscabo o que conduzca a su destrucción.

Artículo 17. La Enfermera/o no podrá participar en investigaciones científicas o en tratamientos experimentales, en pacientes que estén a su cuidado, si previamente no se hubiera obtenido de ellos, o de sus familiares o responsables, el correspondiente consentimiento libre e informado.

Artículo 18. Ante un enfermo terminal, la Enfermera/o, consciente de la alta calidad profesional de los cuidados paliativos, se esforzará por prestarle hasta el final de su vida, con competencia y con compasión, los cuidados necesarios para aliviar sus sufrimientos. También proporcionará a su familia la ayuda necesaria para que puedan afrontar la muerte, cuando ésta ya no pueda evitarse.

Artículo 19. La Enfermera/o guardará en secreto toda la información sobre el paciente que haya llegado a su conocimiento en el ejercicio de su trabajo.

Artículo 20. La Enfermera/o informará al paciente de los límites del secreto profesional y no adquirirá compromisos bajo secreto que entrañen malicia o dañen a terceros o a un bien público.

Artículo 21. Cuando la Enfermera/o se vea obligada a romper el secreto profesional por motivos legales, no debe olvidar que moralmente su primera preocupación, ha de ser la seguridad del paciente y procurará reducir al mínimo

indispensable la cantidad de información revelada y el número de personas que participen en secreto.

Artículo 22. De conformidad en lo dispuesto en el artículo 16.1 de la Constitución Española, la Enfermera/o tiene, en el ejercicio de su profesión, el derecho a la objeción de conciencia que deberá ser debidamente explicitado ante cada caso concreto.

El Consejo General y los Colegios velarán para que ninguno/a Enfermera/o pueda sufrir discriminación o perjuicio a causa del uso de ese derecho.

CAPÍTULO IV

La enfermera/o ante la sociedad

Artículo 23. Las Enfermeras/os deben ayudar a detectar los efectos adversos que ejerce el medio ambiente sobre la salud de los hombres.

Artículo 24. Las Enfermeras/os deben mantenerse informados y en condiciones de poder informar sobre las medidas preventivas contra los riesgos de los factores ambientales, así como acerca de la conservación de los recursos actuales de que se dispone.

Artículo 25. Desde su ejercicio profesional, la Enfermera/o debe conocer, analizar, registrar y comunicar las consecuencias ecológicas de los contaminantes y sus efectos nocivos sobre los seres humanos, con el fin de participar en las medidas preventivas y/o curativas que se deban adoptar.

Artículo 26. La Enfermera/o, dentro de sus funciones, debe impartir la educación relativa a la salud de la Comunidad, con el fin de contribuir a la formación una conciencia sana sobre los problemas del medio ambiente.

Artículo 27. Las Enfermeras/os deben cooperar con las autoridades de Salud en la planificación de actividades que permitan controlar el medio ambiente y sean relativas al mejoramiento de la atención de la salud comunitaria.

Artículo 28. Las Enfermeras/os participarán en las acciones que ejercite o desarrolle la Comunidad respecto a sus propios problemas de salud.

Artículo 29. La Enfermera/o debe participar en los programas tendentes a reducir la acción nociva de los elementos químicos, biológicos o físicos causados por la industria y otras actividades humanas con el fin de contribuir a la mejora de la calidad de la población.

Artículo 30. La Enfermera/o participará en equipos multiprofesionales que desarrollan investigaciones epidemiológicas y experimentales dirigidas a obtener información sobre los riesgos ambientales que puedan afectar a la salud de la mejora de vida y trabajo determinado las acciones y evaluando los efectos de la intervención de Enfermería.

CAPÍTULO V

Promoción de la salud y bienestar social

Artículo 31. El personal de enfermería deberá colaborar en la promoción de la Salud poniendo al servicio del logro de esa función social sus conocimientos científicos y conducta ética en el desarrollo de los diferentes programas que se planifiquen con ese objetivo.

Artículo 32. Los proyectos y programas de promoción de la salud han de respetar la integridad del grupo social teniendo en cuenta la gran diversidad de niveles socio-culturales y económicos.

Artículo 33. El personal de Enfermería deberá reconocer y conceder al grupo social el derecho que le corresponde en la promoción de la salud, permitiéndole una participación real en las decisiones que le conciernen.

Artículo 34. En el establecimiento de programas de promoción de la salud y en el reparto de los recursos disponibles, la Enfermera/o se guiará por el principio de justicia social de dar más al más necesitado. Los conceptos de justicia social son algo más que paternalismo.

CAPÍTULO VI

La enfermería y los disminuidos físicos, psíquicos e incapacitados.

Artículo 35. Como consecuencia del Derecho Público, que tiene los disminuidos físicos, psíquicos e incapacitados a ser integrados y readaptados a la Sociedad a la que pertenecen, las Enfermeras/os pondrán a su servicio tanto sus conocimientos profesionales como su capacidad de cuidados para que individualmente o colaborando con otros profesionales, se esfuercen en identificar las causas principales de la incapacidad con el fin de prevenirlas, curarlas o rehabilitarlas.

Artículo 36. Asimismo deberá colaborar con organismos, instituciones o asociaciones que tengan como finalidad la creación y desarrollo y servicios de prevención y atención a minusválidos e incapacitados.

Artículo 37. Igualmente deberán colaborar en la educación y formación de la Comunidad para que aquellos miembros que sufran incapacidades o minusvalías puedan se integrados en la misma y, a través de ellas, en la Sociedad.

CAPÍTULO VII

El personal de enfermería y el derecho del niño a crecer en salud y dignidad, como obligación ética y responsabilidad social

Artículo 38. Las Enfermeras/os en su ejercicio profesional deben salvaguardar los derechos del niño.

Artículo 39. La Enfermera/o denunciará y protegerá a los niños de cualquier forma de abusos y denunciará a las autoridades competentes los casos de los que tenga conocimiento.

Artículo 40. En el ejercicio de su profesión la Enfermera/o promoverá la salud y el bienestar familiar a fin de que en dicho núcleo los niños sean deseados, protegidos y cuidados de forma que puedan crecer con salud y dignidad.

Artículo 41. La Enfermera/o deberá contribuir, mediante su trabajo, y en la medida de su capacidad, a que todos los niños tengan adecuada alimentación, vivienda, educación y reciban los necesarios cuidados preventivos y curativos de salud.

Artículo 42. La Enfermera/o contribuirá a intensificar la forma de protección y cuidados destinados a los niños que tienen necesidades especiales, evitando que sean maltratados y explotados, en todo su ciclo vital. También procurará la reinserción o adopción de los niños abandonados.

CAPÍTULO VIII

La enfermería ante el derecho a una ancianidad más digna, saludable y feliz como contribución ética y social al desarrollo armonioso de la sociedad

Artículo 43. Las Enfermeras/os deben prestar atención de salud tanto al anciano enfermo como sano, al objeto de mantener su independencia, fomentando su autocuidado para garantizarle un mejoramiento de la calidad de vida.

Artículo 44. En el ámbito de su competencia profesional, la enfermera será responsable de los programas de educación para la salud dirigidos al anciano.

Artículo 45. Las Enfermeras/os deben influir en la política de salud, para que se ponga a disposición de todos los ancianos que lo precisen, una atención de salud competente y humana. Esa atención será integral e incluirá entre otras medidas la adaptación material de la vivienda y el acceso a actividades de tiempo libre.

Artículo 46. La Enfermera/o debe incluir en sus programas de educación la atención integral de Enfermería al anciano.

CAPÍTULO IX

El personal de enfermería ante el derecho que toda persona tiene a la libertad, seguridad y a ser reconocidos, tratados y respetados como seres humanos

Artículo 47. Las Enfermeras/os deberán rechazar enérgicamente cualquier tipo de presiones que puedan ejercérselas, con la finalidad de utilizar o manipular sus conocimientos o habilidades en perjuicio de los seres humanos.

Artículo 48. Cuando se diera la circunstancia a que alude el artículo anterior, la Enfermera/o deberá, en defensa de los principios éticos de la profesión, denunciar el caso ante su Colegio. En caso necesario, éste, a través del Consejo General, pondrá en conocimiento de la Autoridad o de la opinión pública, las irregularidades indicadas, y adoptará las acciones necesarias y urgentes que el caso requiera, a fin de establecer el orden ético alterado y defender la dignidad y libertad de los Colegiados.

Artículo 49. Ninguna Enfermera/o podrá participar en cualquier forma de torturas o métodos que permitan someter a sesiones de sufrimiento a cualquier ser humano.

Artículo 50. En caso de emergencia, la Enfermera/o está obligado a prestar su auxilio profesional al herido o enfermo. En situaciones de catástrofe, deberá ponerse voluntariamente a disposición de quienes coordinan los programas de ayuda sanitaria.

Artículo 51. La Enfermera/o cooperará con los organismos oportunos a solucionar los problemas de salud de presos y refugiados, ayudando en su adaptación a un nuevo modo de vida.

CAPÍTULO X

Normas comunes en el ejercicio de la profesión

Artículo 52. La Enfermera/o ejercerá su profesión con respeto a la dignidad humana y la singularidad de cada pacientes in hacer distinción alguna por razones de situación social, económica, características personales o naturaleza del problema de salud que le aquejen. Administrará sus cuidados en función exclusivamente de las necesidades de sus pacientes.

Artículo 53. La Enfermera/o tendrá como responsabilidad primordial profesional la salvaguarda de los Derechos Humanos, orientado su atención hacia las personas que requieran sus cuidados.

Artículo 54. La Enfermera/o debe adoptar las medidas necesarias para proteger al paciente cuando los cuidados que se le presten sean o puedan ser amenazados por cualquier persona.

Artículo 55. La Enfermera/o tiene la obligación de defender los derechos del paciente ante malos tratos físicos o mentales, y se opondrá por igual a que se le someta a tratamientos fútiles a que se le niegue la asistencia sanitaria.

Artículo 56. La Enfermera/o asume la responsabilidad de todas las decisiones que a nivel individual debe tomar en el ejercicio y su profesión.

Artículo 57. La Enfermera/o debe ejercer su profesión con responsabilidad y eficacia, cualquiera que sea el ámbito de acción.

Artículo 58. La Enfermera/o no debe aceptar el cumplimiento de una responsabilidad que no sea de su competencia, en demérito del cumplimiento de sus propias funciones.

Artículo 59. La Enfermera/o nunca deberá delegar en cualquier otro miembro del equipo de salud, funciones que le son propias y para las cuales no está los demás debidamente capacitados.

Artículo 60. Será responsabilidad de la Enfermera/o, actualizar constantemente sus conocimientos personales, con el fin de evitar actuaciones que puedan ocasionar la pérdida de salud o de vida de las personas que atiende.

Artículo 61. La Enfermera/o está obligada a denunciar cuantas actitudes negativas observe hacia el paciente, en cualquiera de los miembros del equipo de salud. No puede hacerse cómplice de personas que descuidan deliberada y culpablemente sus deberes profesionales.

Artículo 62. Las relaciones de Enfermera/o con sus colegas y con los restantes profesionales con quienes coopera deberán basarse en el respeto mutuo de las personas y de las funciones específicas y de cada uno.

Artículo 63. Para lograr el mejor servicio de los pacientes, la Enfermera/o colabora diligentemente con los otros miembros del equipo de salud. Respetará siempre las respectivas áreas de competencia, pero permitirá que se le arrebate su propia autonomía profesional.

Artículo 64. La Enfermera/o deberá solicitar, siempre que sea necesario, la colaboración de los miembros de otras profesiones de salud, que asegure al público un servicio de mejor calidad.

Artículo 65. Es deber de la Enfermera/o compartir con sus colegas aquellos conocimientos y experiencias que puedan contribuir al mejor servicio de los enfermos y al fortalecimiento de la profesión.

Artículo 66. La Enfermera/o, en el trato con subordinados, superiores, colegas y otros profesionales sanitarios, se guiará siempre por las reglas de la buena educación y cortesía.

Artículo 67. La Enfermera/o en las relaciones con sus colegas nunca practicará la competencia desleal, ni realizará publicidad profesional engañosa para acaparar clientes. La Enfermera/o considerará como un honor que sus colegas la llamen para que preste cuidados de enfermería a ellos a sus familiares más cercanos. Es norma

tradicional no exigir en esas circunstancias el pago de los honorarios devengados los actos profesionales realizados.

Artículo 68. La Enfermera/o no aceptará hacerse cargo de un cliente que está siendo atendido por otro colega sin el previo consentimiento de éste, excepto por una causa muy justificada, y en caso de urgencia.

CAPÍTULO XI

La educación y la investigación de la enfermería

Artículo 69. La Enfermera/o no solamente está preparada para practicar, sino que deberá poseer los conocimientos y habilidades científicas que la lex Artis exige en cada momento a la Enfermera competente.

Artículo 70. La Enfermera/o será consciente de la necesidad de una permanente puesta al día y mediante la educación continuada y desarrollo del conjunto de conocimientos sobre las cuales se basa su ejercicio profesional.

Artículo 71. La Enfermera/o deberá valorar sus propias necesidades de aprendizaje, buscando los recursos apropiados y siendo capaz de autodirigir su propia formación.

Artículo 72. La Enfermera/o debe asumir individual y colectivamente la responsabilidad de la educación en el Enfermería a todos sus niveles.

Artículo 73. La Enfermera/o debe procurar investigar sistemáticamente, en el campo de su actividad profesional con el fin de mejorar los cuidados de Enfermería, desechar prácticas incorrectas y ampliar el cuerpo de conocimientos sobre los que se basa la actividad profesional.

Artículo 74. Es obligación de la Enfermera/o que participe en investigación, vigilar que la vida, la salud y la intimidad de los seres sometidos a estudio, no están expuestos a riesgos físicos o morales desproporcionados en el curso de estas investigaciones.

Artículo 75. La Enfermera/o, al actuar ya sea como investigadora, como asistente de investigación o como experta que valora críticamente los resultados de la investigación, deben tener presentes los principios promulgados por la declaración de Helsinki y los que regulan la ética de la publicación científica.

CAPÍTULO XII

Condiciones de trabajo

Artículo 76. La Enfermera/o que acceda a puestos de relevancia o responsabilidad en la Administración Sanitaria o en centros sanitarios, deberá tratar en todo momento, con corrección a sus colegas, aún en el caso de surgir discrepancias.

Artículo 77. Las Enfermeras/os deben trabajar para asegurar y mantener unas condiciones laborales que respeten la atención al paciente y la satisfacción de los profesionales.

Artículo 78. Aún en casos de conflictos laborales y de suspensión organizada de los servicios profesionales, la Enfermera/o tendrá presente que su primera responsabilidad es atender a los intereses de los enfermos.

Artículo 79. La Enfermera/o que participe en un conflicto laboral tiene el deber de coordinar y comunicar las medidas adoptadas para garantizar la continuidad de los cuidados que necesiten sus pacientes.

Artículo 80. Cuando la Enfermera/o observare que las deficiencias que se dan en las instituciones sanitarias, públicas o privadas, en que presta sus servicios, pueden influir negativamente sobre la salud o la rehabilitación de los pacientes que tiene a su cargo, deberá ponerlo en conocimiento del Colegio, para que éste tome las medidas oportunas. El Colegio, si la gravedad del caso lo requiere, lo comunicará al Consejo General, para que éste, a nivel de Estado, ejerza las acciones oportunas entre los organismos competentes y dicte las instrucciones necesarias para la debida protección de los pacientes y del personal de Enfermería.

CAPÍTULO XIII

Participación del personal de enfermería en la planificación sanitaria

Artículo 81. La participación del Personal de Enfermería en la Planificación Sanitaria se ejercerá:

- a) A través de los Consejos Generales y Colegios respecto a las normas y disposiciones que se dicten.
- b) A través de las Enfermeras/os en la ejecución de los planes o en la elaboración de los programas locales concretos.

Artículo 82. Las Enfermeras/os deben participar plenamente, a través del Consejo General, de las Agrupaciones de Colegios o de los propios Colegios, en las comisiones de planificación y en los consejos de administración en que se decide las políticas sanitarias a nivel estatal, autonómico o provincial.

Artículo 83. Los Enfermeros/as forman parte integrante y cualificada de la asistencia sanitaria, siendo responsables de los servicios de enfermería que dirigen.

Artículo 84. Las Enfermeras/os procuran estar presentes y participar activamente, a título individual y con independencia de las actuaciones corporativas, en todo el sistema nacional de salud y en sus organismos locales autonómicos y estatales.

Artículo final. El Consejo General se obliga a mantener al día el contenido de este Código Deontológico y publicará oportunamente el texto de los artículos nuevos o modificados.

NORMAS ADICIONALES

Primera. Por medio de la acción colectiva se cumple una más efectiva definición y control de calidad de los Servicios de Enfermería. Por tanto, el Consejo General de Enfermería asume la responsabilidad de preservar la autonomía profesional y la autorreglamentación en el control de las condiciones de trabajo, velando porque los estándares éticos de la profesión se mantengan actualizados.

Segunda. El Consejo General y los Colegios Profesionales de Enfermería deben prestar continua atención a los derechos, necesidades e intereses legítimos de los profesionales de enfermería y de las personas que reciban sus cuidados.

Tercera. El Consejo General y los Colegios Profesionales de Enfermería deben adoptar actitud abierta a las diferentes corrientes que circulan en la profesión, siempre que redunde en una mejor calidad en la atención y cuidados hacia la salud de todos los ciudadanos.

Cuarta. Con el fin de asegurar el respeto y la armonía profesional entre todos sus miembros, es esencial que exista una comunicación y colaboración constante entre

el Consejo General, los Colegios Profesionales y cualquier otra asociación de Enfermería.

Quinta. El Consejo General de Enfermería de España asume la responsabilidad de velar por los valores éticos de la Profesión, arbitrando las acciones pertinentes.

Sexta. Los responsables de la Organización Colegial de Enfermería de España, en cualquiera de sus niveles, miembros de Junta de Gobierno u otro órganos de los Colegios Provinciales, de los Consejos Autonómicos u órganos de similar rango que constituyan en el futuro, Pleno del Consejo General, y en definitiva, cuantas personas ostenten cualquier cargo electivo o de designación en la Organización Colegial, vienen especialmente obligados a guardar y hacer guardar, en la medida de sus competencias, las normas recogidas en este Código y en la normativa general de la Enfermería y su Organización Colegial.

En consecuencia, y a tenor del artículo 57, a) y c) y 58.a) del RD 1856/78, de 29 de junio incurrirán en responsabilidad disciplinaria aquellos que por comisión o simple negligencia en el cumplimiento de sus fines, se conduzcan en formas contrarias a las disposiciones de cualquier Código o de cualquier otra norma de obligado cumplimiento en materia ética o deontológica o permitan, con su abstención u omisión, que otros lo hagan sin aplicar las medidas legales a su alcance, en defensa de las reglas y preceptos éticos y deontológicos de la Enfermería.

Bibliografía:

- ATAZ LÓPEZ, J.- *‘Los Médicos y la Responsabilidad Civil’*.- Ed. Montecorvo.- Madrid, 1.985.
- BUISAN EZPELETA, L.- *‘Materiales de Bioética y Derecho’* (varios autores).- Edición a cargo de María Casado.- Cap. 5, *‘Bioética y principios básicos de la ética médica’*.- Cedecs Editorial.- Barcelona, 1.996.
- CASTELLANO ARROYO, M^a.- *‘Derecho biomédico y bioética’* (varios autores), Cap. 2, *‘La Deontología Médica: Teoría y Práctica’*. Ed. Comares, Granada, 1.998.
- DELGADO GARCÍA, J.- *‘La Sanidad ante las nuevas tendencias jurisprudenciales.- Aspectos penales’*.- Exposición en el IV Congreso Nacional de Derecho Sanitario, Asociación Española de Derecho Sanitario; Ed. Fundación Mapfre Medicina, 1.998.
- DE LOS REYES LÓPEZ, M.; MUÑOZ GARRIDO, R. y VILLAR PALASÍ, J.L.- *‘Bioética y Justicia’* (varios autores).- Actas del Seminario conjunto sobre Bioética y Justicia celebrado en Madrid, del 6 al 8 de octubre de 1.999.- Segunda sesión: *‘Deontología en la Sociedad Actual’*.-Edición conjunta de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad y Consumo y del Consejo General del Poder Judicial.- Madrid, 2.000.
- GARRIDO FALLA, F., *‘Comentarios a la Constitución’*, Madrid, Civitas, 1.980, pág.454.
- HERRANZ RODRÍGUEZ, G., *‘El Código de Ética y Deontología Médica’*.- Unidad didáctica 6, del Plan de Formación en Responsabilidad Legal Profesional, de la Asociación Española de Derecho Sanitario, 2.000.
- HERRANZ RODRÍGUEZ, G., *‘Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica’*. Eunsa, Pamplona, 1.992.
- MONÉS XIOL, J. *‘Consentimiento Informado.- Información y Códigos Deontológicos’*. Exposición en el IV Congreso Nacional de Derecho Sanitario, Asociación Española de Derecho Sanitario; Ed. Fundación Mapfre Medicina, 1.998.
- ROMEO CASABONA, C. M^a. – *‘El Médico ante el Derecho’*.- Ministerio de Sanidad y Consumo.- 1.986.

- SÁNCHEZ CARO, J. y ABELLÁN, F., *‘Derecho y Reproducción Humana’*. Ed. Fundación Salud 2.000; Madrid, 1.998
- TORRES DULCE, E. *‘Aspectos constitucionales y jurisprudenciales de la deontología profesional’*. Seminario sobre Deontología Profesional. Hotel Palace, 6 de octubre de 1.994. Madrid. Unión Profesional, 1.995.

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

(SEGUNDA PARTE)

JAVIER SÁNCHEZ-CARO

FERNANDO ABELLÁN

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del «Copyright», bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de los ejemplares de ella mediante alquiler o préstamos públicos.

EDITA: FUNDACIÓN SALUD 2000

©ADESA. ASESORAMIENTO EN DERECHO SANITARIO, S.L.

DISEÑO DE PORTADA: ALFONSO SÁNCHEZ CARO

DEPÓSITO LEGAL: M-25852-1998

IMPRIME: CERO GRÁFICO, S.L.

Miguel Yuste, 12 – MADRID

PREFACIO

La unidad que ahora se presenta es la segunda de la serie de tres dedicadas íntegramente al Consentimiento Informado.

Como ya anunciamos al tiempo de la edición de la primera unidad dedicada a la perspectiva teórica del Consentimiento Informado, el contenido de esta segunda unidad se circunscribe al Consentimiento Informado dentro del derecho español, abarcando nuestros antecedentes legislativos y los fundamentos y elementos propios de nuestro derecho en esta materia.

Cuestiones tales como ¿De qué debe informarse?, ¿Cuánta información hay que dar por escrito?, ¿Quiénes son los destinatarios de la misma?, y ¿Quién tiene la responsabilidad de informar?, son abordadas en esta unidad.

También se afronta un análisis pormenorizado de las excepciones al Consentimiento Informado a la luz de nuestra legislación vigente, pero sin obviar el efecto en este tema que acarreará la próxima entrada en vigor del Convenio de Oviedo sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina.

Finalmente, se da cuenta de determinadas posturas críticas a la teoría del Consentimiento Informado, y de las perspectivas de futuro de su aplicación.

Como ya ocurriera en la primera unidad, esta segunda aprovecha elementos de la obra “Consentimiento Informado y Psiquiatría.- Una guía práctica”, de Jesús y Javier Sánchez-Caro, editada en Madrid, por la Fundación Mapfre Medicina. Ed. Mapfre S.A. 1998.

Madrid, 15 de septiembre de 1999

- ÍNDICE GENERAL -

Introducción

A) *PRIMERA PARTE:*

I.- LA TEORÍA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Capítulo 1 Fundamentos y Terminología

- 1.1 Fundamentos legales
- 1.2 Fundamentos éticos
- 1.3 Otras influencias

Capítulo 2 Elementos esenciales

- 2.1 Información
- 2.2 Voluntariedad
- 2.3 Capacidad
 - 2.3.1 Evaluación de la capacidad
 - 2.3.1.1 Criterios de capacidad de decisión
 - 2.3.1.2 Otros intentos de evaluación
 - 2.3.1.3 Factores clínicos
 - 2.3.1.4 Cuestionarios y protocolos
 - 2.3.1.5 Protocolos de Neurología

Capítulo 3 Excepciones

- 3.1 Urgencia
- 3.2 Renuncia
- 3.3 Privilegio terapéutico

- 3.4 Incapacidad
- 3.5 Tratamiento involuntario

Capítulo 4 Consentimiento Informado y Responsabilidad Profesional

- 4.1 Prueba
- 4.2 Estrategias defensivas
- 4.3 Datos estadísticos

B) SEGUNDA PARTE:

II.- EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL DERECHO ESPAÑOL

Capítulo 5 Antecedentes legislativos

- 5.1 Los orígenes
- 5.2 Constitución Española
- 5.3 Convenio de Oviedo
- 5.4 Código Civil
- 5.5 Código Penal
- 5.6 Ley General de Sanidad
- 5.7 La Recomendación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre el Consentimiento Informado y el Informe del Grupo de Expertos
- 5.8 La Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios
- 5.9 El consentimiento informado en disposiciones especiales

Capítulo 6 Fundamento del consentimiento informado: la libertad o autodeterminación

- 6.1 Las clases de tratamientos sanitarios: voluntarios y obligatorios
- 6.2 Los tratamientos voluntarios y la información: la información terapéutica, la información para el consentimiento y la información no clínica
- 6.3 El consentimiento informado y su relación con el principio de autonomía

Capítulo 7 Los elementos

- 7.1 Información
 - 7.1.1 La información como presupuesto del consentimiento informado
 - 7.1.2 ¿De qué debemos informar por escrito?
 - 7.1.3 ¿Cuánta información hay que dar por escrito?
 - 7.1.4 ¿Cuándo debe utilizarse la información escrita?
 - 7.1.5 Destinatarios de la información
 - 7.1.6 Responsabilidad de informar
- 7.2 Voluntariedad
- 7.3 Capacidad
- 7.4 Consentimiento
- 7.5 Evaluación del consentimiento informado en España
- 7.6 Referencia a los casos juzgados por los tribunales

Capítulo 8 Excepciones en el Derecho español

- 8.1 Riesgo para la salud pública

- 8.2 Urgencia
- 8.3 Renuncia
- 8.4 Necesidad terapéutica
- 8.5 Incapacidad

Capítulo 9 Conclusiones

- 9.1 Críticas a la teoría
- 9.2 El futuro del consentimiento informado

C) TERCERA PARTE:

III.- APÉNDICES

- Textos legales sobre Consentimiento Informado
- Protocolos de Consentimiento Informado
- Casos judiciales más significativos en reproducción humana, endocrinología pediátrica, inmunología y neurología, fallados por los tribunales españoles

II. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL DERECHO ESPAÑOL

Antecedentes legislativos

5.1 Los orígenes.

Hay que destacar, en primer lugar, el Reglamento General para el Régimen, Gobierno y Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, aprobado por Orden de 7 de julio de 1972. Dicha norma estableció que, con independencia de las normas reguladoras del régimen de los enfermos durante su permanencia en la Institución, los enfermos asistidos tenían derecho a autorizar, bien directamente o a través de sus familiares más allegados, las intervenciones quirúrgicas o actuaciones terapéuticas que implicaran riesgo notorio previsible, así como a ser advertidos de su estado de gravedad (Art.148.4).

En segundo lugar, merece una mención especial el Real Decreto 2082/1978 de 25 de agosto, que recogía en su Anexo una serie de garantías para los usuarios de los Centros Hospitalarios y que ha podido ser calificado de verdadera Carta de Derechos del Paciente, ya que tenía naturaleza jurídica y, por tanto, fuerza obligatoria.¹⁴⁵ Dicho Real Decreto,

¹⁴⁵ Romeo Casabona C.: En “Jornadas sobre los derechos de los pacientes, 1990”. Madrid: Instituto Nacional de la Salud, 1992; 181 y ss.

sin embargo, fue declarado nulo por el Tribunal Supremo, por defecto de forma (omisión del dictamen preceptivo del Consejo de Estado)¹⁴⁶.

Finalmente, y en tercer lugar, es importante destacar el precedente constituido por el Plan de Humanización de los Hospitales del Instituto Nacional de la Salud, del año 1984. Como instrumento básico del mencionado Plan de Humanización de la Asistencia se dio a conocer la Carta de los Derechos y Deberes del Paciente. En el punto 4º de la citada Carta, se dispuso lo siguiente:

“El paciente tiene derecho a recibir información completa y continuada, verbal y escrita, de todo lo relacionado con su proceso, incluyendo diagnóstico, alternativas de tratamiento y sus riesgos y pronósticos, que será facilitada en un lenguaje comprensible. En caso de que el paciente no quiera o no pueda recibir manifiestamente dicha información, ésta deberá proporcionarse a los familiares o personas legalmente responsables”¹⁴⁷.

¹⁴⁶ Por sentencias del Tribunal Supremo (sala 4ª), de 29 de abril de 1982 y 10 de diciembre de 1982.

¹⁴⁷ Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria. Instituto Nacional de la Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1984.

5.2 Constitución Española.

Debemos referirnos a los preceptos claves de nuestra Constitución en relación con el consentimiento informado.

La libertad constituye un valor superior del ordenamiento jurídico (art. 1); corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad... sea real y efectiva y se deben remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud (art. 9.2); la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la Ley y los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social (art. 10.1); las normas relativas a los derechos fundamentales y las libertades que reconoce la Constitución se interpretarán de acuerdo con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España (art. 10.2); por último, el precepto constitucional que determina que todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a torturas ni a penas o tratos inhumanos o degradantes, norma que hay que conectar con la que establece que toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad (artículos 15 y 17 respectivamente).

Queda claro que el consentimiento informado tiene su asiento en el marco del derecho a la autodeterminación y, en consecuencia, cuando de un tratamiento sanitario se trata, encuentra directamente su fundamento en la dignidad y en la libertad de la persona.

Este es también el sentido de la Constitución Italiana de 1947, cuando proclama lo siguiente:

“Nadie puede ser obligado a un determinado tratamiento sanitario, si no es por disposición de la Ley. La Ley no puede en ningún caso violar los límites impuestos por el respeto a la persona humana.”

Igualmente nuestro Tribunal Constitucional¹⁴⁸, en un caso paradigmático de autorización de asistencia médica a reclusos en huelga de hambre, recuerda que el artículo 15 de la Constitución declara el derecho a la vida y a la integridad física y moral, protegiendo la inviolabilidad de la persona, no sólo contra ataques dirigidos a lesionar su cuerpo o espíritu, sino también contra toda clase de intervención en esos bienes que carezca del consentimiento de su titular y por ello, dice el Tribunal, este derecho constitucional resultará afectado cuando se imponga a una persona asistencia médica en contra de su voluntad, que puede venir determinada por los más variados móviles, no sólo por el de morir y, por consiguiente, esa asistencia médica coactiva constituiría una

¹⁴⁸ Tribunal Constitucional, sentencia 120/1990, de 27 de junio.

limitación vulneradora del derecho fundamental mencionado, a no ser que tuviera justificación constitucional.

El consentimiento es, por tanto, la justificación misma de la legitimación del acto médico, basado en el derecho del paciente a su autonomía o autodeterminación¹⁴⁹.

Dos últimos artículos constitucionales, que se relacionan con el tema ahora tratado, hacen referencia, respectivamente, al reconocimiento del derecho a la protección de la salud (art. 43) y a la obligación de los poderes públicos de garantizar la defensa de los consumidores y usuarios, protegiendo, mediante procedimientos eficaces, la seguridad, la salud y los legítimos intereses económicos de los mismos (art. 51).

5.3 Convenio de Oviedo.

El Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina, llamado abreviadamente Convenio de Oviedo por ser dicha capital el lugar de la firma (el 4 de abril de 1997) parte del principio de que el interés y el bienestar del ser humano deberán prevalecer sobre el interés exclusivo de la sociedad o de la ciencia. Su contenido hace referencia al

¹⁴⁹ De Lorenzo y Montero, R. Y Sánchez-Caro, J., en “Consentimiento Informado”. Plan de Formación en Responsabilidad Legal Profesional. Asociación Española de Derecho Sanitario. Madrid. 1997.

consentimiento en el ámbito de la sanidad, a la vida privada, al derecho a la información, al genoma humano, a la investigación científica, a la extracción de órganos y de tejidos de donantes vivos para trasplantes, a la prohibición del lucro, a la utilización de una parte del cuerpo humano y a las consecuencias en el caso de incumplimiento de lo previsto en el mismo. Ha de tenerse en cuenta, sin embargo, que dicho Convenio para formar parte del ordenamiento jurídico español y convertirse en Ley ha de ser objeto de ratificación por el Parlamento español, lo que en la actualidad se encuentra en plena tramitación.

La entrada en vigor del Convenio, prevista para el 1 de enero del 2000¹⁵⁰, obligará a reinterpretar todos los preceptos de la Ley General de Sanidad y del resto de nuestras leyes en las materias que regula, ya que como vimos anteriormente las normas relativas a los derechos y libertades fundamentales deben interpretarse de conformidad con los tratados y acuerdos internacionales ratificados por España. Interesa destacar en este momento la regla general a propósito del consentimiento: una intervención en el ámbito de la sanidad solo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento. Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la

¹⁵⁰ V. Diario Médico del 3 de septiembre de 1999 (pág. 6): “La entrada en vigor del Convenio de Bioética del Consejo de Europa ya tiene fecha para España: el 1 de enero del 2000, ya que Guillermo Kirkpatrick, representante permanente ante esta organización internacional, entregó el 1 de septiembre, en Estrasburgo, el instrumento de ratificación.

intervención, así como de sus riesgos y consecuencias. En cualquier momento la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento.

5.4 Código Civil.

No contiene nuestro Código Civil una manifestación expresa referida al derecho a la información que precede al consentimiento. No obstante, se suelen citar algunos preceptos por la relación que pueden tener con el mencionado derecho. Así, se ha señalado que por la vía de la costumbre tendría entrada el derecho a la información, o bien por la vía de la buena fe (art. 1, apartados 1 y 3 y art. 1258).

Nuestra jurisprudencia, en algún caso, se ha referido a la posibilidad de introducir el derecho a la información por la vía de la costumbre o como derivación del deber de actuar de buena fe.

Con carácter general, en el ámbito civil el consentimiento se estudia en la teoría general del contrato, que es donde encontramos su definición, así como los requisitos y los vicios que lo invalidan. En consecuencia, cuando el tratamiento médico se considere que es resultado de un contrato entre el médico y el paciente, la legitimación para que el médico actúe sobre el cuerpo del paciente se encontraría en la previa existencia del mencionado contrato, que requiere como elemento indispensable el consentimiento del paciente. Dicho consentimiento ha de ser libre, consciente y ausente de error, por lo que no puede admitirse un

consentimiento sin la adecuada información. No obstante lo expuesto, ya se ha hecho referencia anteriormente al verdadero fundamento de la actividad sanitaria sobre el cuerpo del paciente, que no es otro que la libertad y la dignidad humana. Por último, ha de dejarse constancia de que hay muchas ocasiones en que la relación médico-paciente no deriva de un contrato. Así, por ejemplo, es el caso de los profesionales sanitarios del Sistema Nacional de Salud, que realizan su actividad sin haber realizado un contrato con los usuarios del Servicio Público y a los que se les puede exigir responsabilidad por el incumplimiento de sus obligaciones a pesar de la inexistencia de un contrato con el paciente (dicha responsabilidad se denomina extracontractual y se basa en el deber general de que no se debe dañar a otro).

5.5 Código Penal.

A diferencia del Código Civil, que tiene una regulación general del consentimiento a propósito de los contratos, el Código Penal sólo lo menciona al tratar de diversos delitos como causa que excluye o limita la responsabilidad profesional. En concreto, en los delitos de lesiones, si ha mediado el consentimiento válido, libre, espontáneo y expresamente emitido del ofendido, se impondrá la pena inferior en uno o dos grados, de suerte que el consentimiento no excluye la responsabilidad penal, pero la atenúa (art.155). En cambio, en otras ocasiones el consentimiento válido, libre, consciente y expresamente emitido, exime, ahora sí, de responsabilidad penal: en los supuestos de trasplante de órganos

efectuado con arreglo a lo dispuesto en la Ley, esterilización y cirugía transexual realizada por facultativo, salvo que el consentimiento se haya obtenido viciadamente, o mediante precio o recompensa, o el otorgante sea menor o incapaz, en cuyo caso no será válido el prestado por estos ni por sus representantes legales (art. 156).

5.6 Ley General de Sanidad.

Como ya se ha visto, la Constitución dispone que la Ley establecerá los derechos y deberes de todos a propósito del derecho a la protección de la salud. En aplicación de esta norma fundamental se dictó la Ley General de Sanidad¹⁵¹ en la que se recogen una serie de preceptos en relación con el tema que ahora tratamos. Dichos preceptos (artículos 9, 10 y 11) establecen la obligación de los poderes públicos de informar de sus derechos y deberes a los usuarios de los servicios del Sistema Sanitario Público o vinculados a él; establecen que todos tienen derecho a que se les dé en términos comprensibles, a ellos y a sus familiares o allegados información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento; regulan la obligación del consentimiento escrito (que se verá más adelante); determinan las excepciones (que igualmente serán estudiadas en su momento); en fin, configuran la negativa al tratamiento, el alta voluntaria y los aspectos fundamentales de la Historia Clínica (artículos 9, 10, 11 y 61). Además, todo lo relativo al consentimiento y a la

¹⁵¹ Ley 14/1986, de 25 de abril.

información se aplica también a los servicios sanitarios privados, en los términos de la citada Ley.

Conviene destacar que la Ley General de Sanidad es la primera Ley de nuestra historia, en el sentido parlamentario, en la que se regulan los derechos y deberes de los usuarios. Deriva, ciertamente, de la Constitución (al decir que la Ley establecerá los derechos y deberes de todos), siendo conocidos los desvelos del Defensor del Pueblo para que se incluyeran en el actual texto normativo.

5.7 La Recomendación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre el Consentimiento Informado y el Informe del Grupo de Expertos.

Es interesante destacar que se han producido dos documentos en materia de consentimiento informado, que por su importancia merecen la pena ser tenidos en cuenta. El primero es el acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre el consentimiento informado, adoptado en la sesión plenaria del 6 de noviembre de 1995 y el segundo se refiere al documento final del Grupo de Expertos sobre Información y Documentación Clínica, de noviembre de 1997¹⁵².

¹⁵² El documento del Grupo de Expertos en materia de Información y Documentación Clínica ha sido publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en su colección de “Normas y Textos Jurídicos”. Madrid 1998. Ministerio de Sanidad y Consumo. Subsecretaría de Sanidad y Consumo.

5.8 La Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios.

Es importante también mencionar que la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios¹⁵³ ha regulado como un derecho básico de los consumidores y usuarios la información correcta sobre los diferentes productos y servicios y la educación y divulgación para facilitar el conocimiento sobre su adecuado uso, consumo o disfrute. Es por lo demás conocida la evolución que ha transformado al paciente en un consumidor o usuario de servicios sanitarios, con todas las consecuencias. La expresión “servicios sanitarios” se encuentra recogida en la citada Ley.

5.9 El consentimiento informado en disposiciones especiales.

Antes de hacer una enumeración de las principales normas que regulan consentimientos informados específicos, conviene tener en cuenta la importancia de la distinción entre tratamientos curativos y no específicamente curativos (cirugía estética, trasplantes, experimentación terapéutica, experimentación e investigación en seres humanos, etc.). Se entiende que los tratamientos no específicamente curativos son tributarios de una mayor información que se piensa debe ser exhaustiva, hasta el extremo de configurar prácticamente, a veces, una obligación de resultados y no simplemente de medios, como es lo habitual en el actuar

¹⁵³ Ley 26/1989, de 19 de junio.

médico. Recuérdese a este respecto el famoso caso de cirugía estética sentenciado por la Corte de Apelación de París (12 de marzo de 1931), relativo a la Sta. Geoffre. El Tribunal exigió una información rigurosa en materia de cirugía plástica, consistente en la indicación exacta del peligro de la operación¹⁵⁴.

El criterio jurídico de la distinción comentada, fuertemente enraizado en los derechos de los diferentes países, llama sin embargo la atención en cuanto que no se acomoda a la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud. Pues si la salud es tan amplia que abarca el bienestar psíquico (no solamente el físico), no se ve siempre con claridad el límite de dicha distinción.

Los consentimientos informados que se enumeran a continuación tienen, pues, sus propios y rigurosos requisitos, no acomodándose al consentimiento informado general.

1.-Trasplantes.- Hay que mencionar los aspectos del consentimiento informado recogidos en la legislación de trasplantes de órganos¹⁵⁵.

¹⁵⁴ Barreiro, J. “La imprudencia punible en la actividad médico-quirúrgica”. Editorial Tecnos. Madrid, 1990. Páginas 23 y ss., en donde se hace una breve exposición del precedente.

¹⁵⁵ Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplantes de órganos y su desarrollo reglamentario, llevado a cabo por Real Decreto 426/1980, de 22 de febrero, artículos 4 y 6.

La distinción entre tratamiento curativo y no curativo es aquí importante a la hora de la información. En tal sentido, la información al donante vivo abarca aspectos y cuestiones impropias de una intervención meramente curativa (ha de informarse de las consecuencias previsibles de orden somático, psíquico y psicológico y de las repercusiones sobre su vida personal, familiar y profesional; en último extremo, de los beneficios que con el trasplante se espera consiga el receptor).

2.- Reproducción Asistida Humana¹⁵⁶.

3.- Donación y utilización de embriones y fetos humanos¹⁵⁷.

4.- Ley del medicamento¹⁵⁸.

Dichos preceptos regulan el aspecto fundamental del consentimiento informado en los ensayos clínicos.

5.- Autopsias clínicas¹⁵⁹.

¹⁵⁶ Ley 35/1989, de 22 de noviembre, artículos 2, 5 y 6.

¹⁵⁷ Ley 42/1988, de 28 de diciembre, sobre donación y utilización de embriones y fetos humanos o de sus células, tejidos u órganos, artículos 2, 4 y 5.

¹⁵⁸ Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del medicamento, artículos 60 y 61.

¹⁵⁹ Ley 29/1980, de 21 de junio, de autopsias clínicas, artículo 2.

6.- Las disposiciones que regulan la hemodonación y los bancos de sangre¹⁶⁰.

7.- La norma que regula los centros sanitarios acreditados y dictámenes preceptivos para la práctica legal de la interrupción voluntaria del embarazo¹⁶¹.

8.- La receta médica¹⁶².

9.- Normas deontológicas.

Podemos citar el actual Código de Deontología Médica, de la Organización Médica Colegial, de 1990, que dedica al derecho a la información una parte importante de su contenido (arts. 10, 11 y 12).

El precedente del actual Código de Deontología Médica es el de 1979, que el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social declaró de utilidad profesional y pública. No obstante, las normas deontológicas no son normas a las que el Estado preste su sanción, es decir, no se trata de

¹⁶⁰ Real Decreto 1945/1985, de 9 de octubre, del Ministerio de Sanidad y Consumo, por el que se regula la hemodonación y los Bancos de Sangre. Artículo 6.

¹⁶¹ Real Decreto 2409/1986, de 21 de noviembre, artículo 9.

¹⁶² Real Decreto 1910/1984, de 26 de septiembre, del Ministerio de Sanidad y Consumo de Receta Médica, artículo 7.

normas del Estado publicadas en el Boletín Oficial del Estado. Por tanto, se trata de disposiciones que tienen su aplicación en el ámbito interno de la Organización Colegial, esto es, para los colegiados integrados dentro del mismo, pero no pueden ser invocadas con carácter obligatorio respecto de los pacientes o usuarios de la Sanidad. Ahora bien, por la vía de la costumbre pueden acceder al ordenamiento jurídico (art. 1.1 del Código Civil).

6

Fundamento del consentimiento informado: la libertad o autodeterminación

6.1 Las clases de tratamientos sanitarios: voluntarios y obligatorios.

La regla general en los tratamientos sanitarios es la voluntariedad (se da aquí a la palabra tratamiento un significado amplio). Sin embargo, como excepción, existe la posibilidad de establecer tratamientos sanitarios obligatorios, esto es, aún sin contar con el consentimiento de los pacientes. Claro está que para una intervención sanitaria de tal carácter nuestra Ley exige “razones sanitarias de urgencia o necesidad”¹⁶³. Esto es, no cabe disponer dichas medidas cuando la

¹⁶³ V. Ley Orgánica de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública, Ley 3/1986, de 14 de abril, a la que se refieren todas las frases entrecomilladas.

situación pueda ser combatida con medidas normales y no hay necesidad, por tanto, de emplear medidas tan drásticas (tal es, por ejemplo, el caso del SIDA).

No se trata ahora de analizar todos los problemas que plantean las medidas sanitarias obligatorias (quién puede adoptarlas, en qué consisten, cuáles son las garantías que deben exigirse a las Administraciones Públicas competentes para salvaguardar los derechos de los ciudadanos, ni como ha de valorarse el peligro para la salud de la población). Se trata de poner de relieve que, junto a los tratamientos voluntarios (que insistimos constituyen el régimen normal en la relación médico-paciente) existen, por vía de excepción, una serie de situaciones en las que las autoridades sanitarias pueden adoptar “medidas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control, cuando se aprecien indicios racionales que permitan suponer la existencia de peligro para la salud de la población, debido a la situación sanitaria concreta de una persona o grupo de personas o por las condiciones sanitarias en que se desarrolle una actividad”.

6.2 Los tratamientos voluntarios y la información: la información terapéutica, la información para el consentimiento y la información no clínica.

Cuando se habla del deber de información clínica se tiende a identificar tal exigencia con la explicación al paciente de todos aquellos extremos que son necesarios para que éste pueda emitir un consentimiento válido en relación con su tratamiento (consentimiento informado). Sin embargo, cada vez está más ampliamente asumido por profesionales sanitarios y juristas que el deber de información clínica presenta una doble vertiente, según su función. Por un lado está el deber de información como presupuesto del consentimiento informado y por otro el deber de información como presupuesto indispensable de un tratamiento óptimo. La información como derecho autónomo del paciente se configura como aquel derecho a conocer la información disponible, en términos adecuados, comprensibles y suficientes sobre su diagnóstico, pronóstico y tratamiento, sin estar orientada a otro fin que el conocimiento por el paciente de su proceso. Dentro de este último se encuentra lo que se denomina deber de información terapéutica, que no es más que aquella información obligada por las necesidades del tratamiento.

Aún cuando la información, como presupuesto del consentimiento informado, constituye el núcleo esencial de la información clínica, por cuanto la información en el proceso clínico está orientada fundamentalmente a la toma de decisiones en relación con el tratamiento, no debe menospreciarse el valor de la información terapéutica para

alcanzar la colaboración necesaria del paciente (o de terceros) en aras al éxito del tratamiento¹⁶⁴.

Por último hay que hacer una referencia a la información no clínica y, por tanto, al margen de la relación médico-paciente, situándose en este apartado todo lo referente a la información epidemiológica, así como otro tipo de informaciones de las que ahora no nos vamos a ocupar.

6.3 El consentimiento informado y su relación con el principio de autonomía.

Desde el punto de vista legal, el consentimiento informado es el exponente fundamental del principio de autonomía. Para la Ley la cuestión consiste en el papel que tengan la información y el consentimiento. Esto es, si lo relevante es la posición del médico, que en virtud del principio ético de beneficencia tiene como norte el objetivo del bienestar del paciente (aquí la relación se construye alrededor del profesional sanitario); o si, por el contrario, el eje de la relación se construye sobre la autonomía del paciente, quien, sobre la base de una información adecuada, de unos datos relevantes, queda en libertad para tomar la decisión que crea más oportuna.

¹⁶⁴ En lo que se refiere a la información, se asumen los criterios del Grupo de Expertos en Información y Documentación Clínica del Ministerio de Sanidad y Consumo (noviembre 1997), creado para clarificar la situación jurídica y los derechos y obligaciones de los facultativos, pacientes y las propias Instituciones.

Podemos decir que en el primer caso (el médico como eje de la situación) la relación se verticaliza (es un modelo vertical). En cambio, en el segundo caso (el paciente como elemento rector de la situación) se horizontaliza (es un modelo horizontal). En el primer supuesto, la información pasa a un segundo plano, porque lo importante es el bienestar del paciente. La pregunta que nos podemos formular es si hay que conseguir la salud del enfermo a toda costa, siempre que sea posible, y la respuesta en este modelo debe ser afirmativa. El ejemplo clásico es el del Testigo de Jehová: se le transfundirá al final para salvarle la vida, aún a costa de su consentimiento, de su voluntad, de sus convicciones o creencias. En resumen, para esta posición la información es un elemento accesorio que solo será útil cuando necesitemos de la colaboración del paciente (tomar las píldoras, no tomar determinados alimentos o bebidas, llevar cierto tipo de vida), pero no sirve para tomar con suficientes elementos de juicio una decisión.

En el segundo supuesto, (el paciente como centro de decisión), la información pasa a primer plano y sirve para que se pueda tomar una decisión con pleno conocimiento de causa. Un aspecto fundamental es el modo de informar. El modelo horizontal necesita un lenguaje comprensible, no un lenguaje hermético y accesible solo para iniciados. La información es aquí para el consentimiento, para la autodeterminación, para consolidar libremente una voluntad. En el primer modelo, la información cumple fines terapéuticos, no decisionales

(información terapéutica). En el segundo, permite la libre decisión (consentimiento informado). También aquí podemos hacernos la misma pregunta que en el modelo anterior. La libre decisión ¿permite el rechazo al tratamiento o negarse a uno mismo la curación?. La respuesta, en tesis general, debe a nuestro juicio ser afirmativa con todas sus consecuencias (incluso en el caso de los Testigos de Jehová).

Hemos dicho que el consentimiento informado descansa sobre una información comprensible. Esto significa que el lenguaje, y la comunicación en general, debe acomodarse al entorno cultural de la persona que tenemos delante. Si es un colega, el lenguaje podrá adoptar la terminología científica, pero si no lo es deberá formularse de otra manera: de manera aproximativa, leal e inteligible, como dijera hace tiempo la jurisprudencia francesa. Por ejemplo, en el caso de un conductor de autobús, con dolor en la columna, no se le puede decir que tiene una espondiloartrosis anquilopoyética, porque esto significaría la continuación del primer modelo por otras vías.

Todo lo dicho anteriormente no significa que el principio de autonomía (y su versión jurídica del consentimiento informado) constituya una panacea que permita solucionar todas las posibles situaciones en que se encuentre la relación médico-paciente. Aún reconociendo la importancia de la información y del consentimiento, parece obligado advertir, en este momento, que la complejidad médica nos puede presentar situaciones en las que el principio de autonomía no

es relevante por sí solo sino que tiene que ser objeto de ponderación junto con otros principios. Tal es el caso de la experimentación terapéutica, la investigación con y en seres humanos y el llamado auxilio a morir.

Además de las excepciones del consentimiento informado, que veremos más adelante, en la llamada experimentación terapéutica, la capacidad de decisión de la persona suscita dificultades. Se trata de un tratamiento que, desde el punto de vista del paciente, tiene finalidad curativa, pero objetivamente considerado tiene carácter experimental. Pues bien, dada la situación en la que se puede encontrar el enfermo (por ejemplo el riesgo de morir) su voluntad puede estar condicionada por tal circunstancia, siendo objeto posible de abusos que hay que evitar, con la finalidad de impedir que los seres humanos sean objeto de una cosificación a ultranza o víctimas de inconfesables intereses.

No otra cosa es lo que nuestro ordenamiento recoge bajo la denominación de “tratamiento para uso compasivo”¹⁶⁵.

En definitiva, nuestras normas limitan la capacidad de decisión, en el caso del tratamiento para uso compasivo, en beneficio de la propia persona, sin dar valor definitivo a la voluntad del paciente, pues el uso del medicamento requiere no solo el consentimiento informado por escrito del paciente o de su representante legal, sino además un informe

¹⁶⁵ Artículo 23 del Real Decreto 561/1993, de 16 de abril, por el que se establecen los requisitos para la realización de ensayos clínicos con medicamentos.

clínico del médico, la conformidad del Director del Centro donde se vaya a aplicar el tratamiento y la autorización de la Autoridad administrativa sanitaria. Ahora bien, si observamos este fenómeno con atención, caeremos en la cuenta de que lo que la norma pretende no solo es proteger a la persona enferma, sino también limitar la actuación médica, impidiendo abusos en nombre de una pretendida experimentación. Quizá baste con recordar el caso HAMER como supuesto inadmisibles para las reglas de orden ético que inspiran las conductas de nuestra actual sociedad.

En el caso de la experimentación o investigación con y en seres humanos, la autonomía tampoco es la causa decisiva para que una persona sea admitida, por ejemplo, en un ensayo clínico, tal como lo denomina nuestro Derecho, y la razón es evidente: el fin que se persigue es fundamentalmente investigador (desde el punto de vista objetivo), aunque incidentalmente pueda repercutir en favor de la persona. Estamos aquí en presencia de las exigencias de la ciencia y la cuestión es trazar límites razonables a esta legítima y necesaria actuación humana que, sin embargo, no puede servir de pretexto para extralimitaciones inadmisibles.

Pues bien, nuestras normas parten del respeto a los postulados éticos internacionalmente admitidos, requiriendo el previo informe del Comité Etico de Investigaciones Clínicas y la autorización administrativa correspondiente. Claro está que no basta, únicamente, el consentimiento

informado del sujeto, ya que es preciso, además, una serie de controles y una autorización última de las autoridades sanitarias. Por tanto, podría darse el consentimiento de una persona y no llegar a desarrollarse el ensayo. O bien, obtener el informe favorable del Comité Ético y negarse la realización del ensayo por la Autoridad Administrativa. Entre todos los aspectos citados, el Comité Ético se revela como el elemento más importante, ya que ha de ponderar los aspectos metodológicos, éticos y legales del protocolo propuesto, así como el balance de riesgos y beneficios (art. 42 del Reglamento de ensayos Clínicos).

Por último, las posibilidades de que una persona ayude a otra a morir, en el sentido de provocar la muerte en determinados casos (la eutanasia y sus problemas) es un tema controvertido en el que influyen factores de muy diversa índole (los progresos de la medicina intensiva, las convicciones religiosas, el desarrollo real del principio de autonomía del paciente en determinadas sociedades, la cultura ética y humanística de los médicos y otros profesionales sanitarios que prestan asistencia, las posibilidades o no de soportar determinados costes que parecen desproporcionados en relación con los resultados potenciales y las situaciones de marginalidad social en determinadas sociedades). Interesa, sobre todo, destacar la dificultad que supone admitir la voluntad del paciente, ya que aceptar el principio de autodeterminación supone disponer de la vida y tal posibilidad está prohibida en principio, según el valor dado a dicho bien, que es la base sobre la que necesariamente se sustentan otros valores. No obstante, la moderna medicina permite

alargar innecesariamente la vida cuando el proceso irreversible de la muerte está ya instaurado y el final de la existencia es inevitable, de suerte que la técnica puede decidir el momento en que se acaba la vida. Esto significa que la dignidad de la persona puede no respetarse en algunos casos, desde el momento en que se suprime el curso natural de la muerte, incluso cuando esta forma de existencia no tenga sentido para la persona. En otras palabras, pueden darse situaciones en las que hay que protegerse frente a un alargamiento innecesario de la vida y no sólo frente a un acortamiento prematuro. Y es alrededor de estos conflictos donde ha surgido el concepto de “derecho a una muerte digna” y la expresión “encarnizamiento terapéutico”, términos que, en virtud de las posiciones previamente adoptadas, distan mucho de estar claros y son discutidos apasionadamente en la actualidad. Un ejemplo de lo que decimos es la posición intermedia adoptada por nuestro Código Penal, al decir lo siguiente en el artículo 143, y sin entrar en este momento en otro tipo de consideraciones:

“1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.

2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.

3. Será castigado con la pena de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.

4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números dos y tres de éste artículo”.

(Ha alcanzado gran notoriedad y difusión en nuestro medio el suicidio asistido del enfermo tetraplégico Ramón Sampedro).

7

Los elementos

Se aborda en este capítulo, en primer lugar, las cuestiones referentes a la información, la voluntariedad y la capacidad, que son las más complejas y las más importantes; en segundo lugar, las cuestiones relativas al consentimiento, que en alguna medida vienen resueltas por la posición que se haya adoptado en materia de información; y por último, la posición de nuestros tribunales sobre estas cuestiones, en lo referente a la responsabilidad civil. Más adelante se aborda la responsabilidad médica, civil y penal, de forma general y en relación con el consentimiento informado, así como la jurisprudencia correlativa.

7.1 Información¹⁶⁶.

El artículo 10 de la Ley General de Sanidad¹⁶⁷ constituye en este momento el marco normativo general más importante en relación con la información clínica. Asimismo, se aplica en el ámbito sanitario la Ley que regula el tratamiento automatizado de los datos de carácter personal¹⁶⁸. El marco normativo citado debe ser armonizado con los artículos correspondientes del Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina del Consejo de Europa, firmado en Oviedo en abril de 1997, aún pendiente de su ratificación por las Cortes Generales y publicación en el Boletín Oficial del Estado, como ya hemos advertido¹⁶⁹.

¹⁶⁶ En materia de información sanitaria pueden consultarse los dos volúmenes editados conjuntamente por el Consejo General del Poder Judicial y el Ministerio de Sanidad y Consumo: Información y Documentación Clínica (Actas del Seminario Conjunto sobre Información y Documentación Clínica, celebrado en Madrid los días 22 y 23 de septiembre de 1.997). Madrid, 1997. En los dos volúmenes citados se contiene una amplia bibliografía nacional e internacional.

¹⁶⁷ Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de abril de 1986).

¹⁶⁸ Ley Orgánica 5/1992.

¹⁶⁹ Ver nota 6.

El apartado 5 del artículo 10 de la citada Ley General de Sanidad dispone que los pacientes tienen derecho "a que se les dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento".

La poca concreción de la Ley General de Sanidad sobre estas materias ha generado inseguridad entre los profesionales sanitarios. Dicha inseguridad, además, ha aumentado ante la diversidad de interpretaciones de estos criterios por parte de los tribunales. Se plantea entonces el dilema de si debe o no emitirse una norma jurídica que sienta una serie de pautas claras, que unifique mínimamente los elementos, cantidades y formas de información. El Grupo de Expertos en Información y Documentación Clínica, reunido a instancia de la Subsecretaría del Ministerio de Sanidad y Consumo, entiende que la producción de una norma tiene sus ventajas y sus inconvenientes, señalando que la principal ventaja es que daría luz y seguridad a toda la sociedad, incluidos los propios profesionales sanitarios. Por lo que sin ignorar sus inconvenientes (que los profesionales sanitarios lo vivan como una agresión e intromisión en el mundo de las relaciones con sus pacientes y que se oculte el problema principal, que no es otro que un cambio cultural que va del paternalismo a la autonomía) la conclusión que se obtiene es la de que es necesaria una norma que establezca pautas claras y que unifique los elementos, cantidades y formas de información.

Por otro lado, ha de tenerse en cuenta que el derecho a la información de los pacientes no afecta únicamente al ámbito de la medicina pública, sino que también es de aplicación al ámbito asistencial privado.

7.1.1 La información como presupuesto del consentimiento informado.

Lo primero que hay que señalar es que la información constituye un proceso de relación y es, por tanto, un proceso verbal, hablado, en el cual se produce una continua interacción e intercambio de información entre el sanitario y el paciente. Es quizás en este sentido en el que debería interpretarse el término “información completa y continuada” de la Ley General de Sanidad. Podría decirse que, desde este punto de vista, el criterio de información que se debe aplicar en la relación clínica es siempre “subjetivo”, es decir, a un paciente hay que proporcionarle toda la información que necesite para tomar una decisión. El asunto estriba pues en aprender a detectar las necesidades y deseos de información, en mantener una actitud abierta y despierta en este sentido, en saber hacer y recibir preguntas, etc¹⁷⁰. Así se conforma la información “adecuada”, de la que habla el Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina.

¹⁷⁰ Sánchez-Caro, J. El derecho a la información en la relación sanitaria: aspectos civiles. La Ley 1993; (3340): 941-961.

Como se recoge en el documento del citado Grupo de Expertos (al que seguimos en esta exposición) la cuestión más preocupante, y la que genera la mayor parte del conflicto, es que la Ley General de Sanidad no solo habla de información “completa y continuada” en relación con la información verbal, sino también con la escrita. Y esto es imposible de aplicar en la práctica clínica.

7.1.2.- ¿De qué debemos informar por escrito?

Un formulario escrito de consentimiento informado debe respetar, al menos, los siguientes criterios de información:

- a) Naturaleza de la intervención: en qué consiste, qué se va a hacer. (La palabra intervención se entiende aquí como todo acto médico que se realiza sobre el cuerpo de un paciente con el fin de diagnosticar o tratar un proceso patológico).
- b) Objetivos de la intervención: para qué se hace.
- c) Beneficios de la intervención: que mejoría espera obtenerse.
- d) Riesgos, molestias y efectos secundarios posibles, incluidos los derivados de no hacer la intervención.

- e) Alternativas posibles a la intervención propuesta.
- f) Explicación breve del motivo que lleva al sanitario a elegir una y no otras.
- g) Posibilidad de retirar el consentimiento de forma libre cuando lo desee.

7.1.3 ¿Cuánta información hay que dar por escrito?

Más específicamente, en relación a la información sobre riesgos, los formularios escritos de consentimiento informado deberían abarcar los siguientes aspectos:

- a) Consecuencias seguras de la intervención.
- b) Riesgos típicos de la intervención: aquellos cuya producción debe normalmente esperarse, según el estado y conocimiento actual de la ciencia.
- c) Riesgos personalizados: aquellos que se derivan de las condiciones peculiares de la patología o estado físico del sujeto, así como de las circunstancias personales o profesionales relevantes.

- d) Contraindicaciones.

- e) Disponibilidad explícita a ampliar toda la información si el sujeto lo desea.

Según la interpretación doctrinal mayoritaria, incluyendo la jurisprudencia, esta información debe ampliarse al máximo cuando la intervención es “no curativa”. El problema es que en la realidad clínica resulta cada vez más difícil diferenciar entre intervenciones “curativas” y “no curativas”.

Resulta imprescindible que toda la información se redacte en un lenguaje asequible y comprensible para el paciente, despojado en lo posible de tecnicismos.

Es controvertido, por último, el uso de “porcentajes numéricos” en la expresión de riesgos. Por una parte, otorgan precisión a la información, pero por otra la vuelven más incomprensible para los pacientes, porque no tienen costumbre de manejar el lenguaje probabilístico. Además, la relevancia estadística no se correlaciona siempre con la relevancia clínica. También es importante señalar que, dependiendo del lugar de obtención de dichos porcentajes (literatura científica, casuística del Sistema Nacional de Salud, del Hospital, o de un facultativo concreto), estos pueden resultar muy dispares. Por otra parte,

la traducción de porcentajes numéricos en expresiones lingüísticas como “muy frecuentes”, “raro”, etc., es también problemática porque no hay consenso sobre su significado exacto. ¿Qué significa “excepcional” en términos probabilísticos?. Con carácter general, se debe evitar el uso de porcentajes y utilizar expresiones lingüísticas adecuadas, aún aceptando las dificultades que tales expresiones suponen.

7.1.4.- ¿Cuándo debe utilizarse la información escrita?

Una vez dilucidada la cuestión de aquello de lo que debemos informar y de cuanta información hay que dar, se plantea ahora la cuestión de clarificar en que intervenciones debe utilizarse la información escrita.

En primer lugar, se debe insistir en que la historia clínica sigue siendo el lugar físico por antonomasia para registrar procesos de información y consentimiento, aunque los profesionales no suelen entenderlo así. De hecho, debería recomendarse a los profesionales que adquirieran el hábito de incluir en las hojas de “evolución clínica” comentarios y anotaciones acerca de aquello que hablan con sus pacientes. Además de ser un signo de calidad, tiene valor probatorio a efectos jurídicos.

En segundo lugar, sería conveniente especificar algunos criterios que indiquen cuando una intervención es susceptible de tener formulario

escrito de consentimiento informado. Podrían ser los tres siguientes, vinculados todos ellos a las peculiaridades del procedimiento diagnóstico o terapéutico en cuestión:

- a) Aquellos procedimientos que sean invasores requieren el uso de formularios de consentimiento informado. El problema es definir qué se entiende por procedimiento “invasor”.
- b) Aquellos procedimientos diagnósticos o terapéuticos que supongan riesgos e inconvenientes notorios y previsibles, no inherentes a la actuación clínica, que repercutan de manera importante en las actividades de la vida cotidiana.
- c) Cuanto más dudosa sea la efectividad de un procedimiento diagnóstico o terapéutico más necesario es desarrollar cuidadosos procesos de información y consentimiento y, por tanto, más necesario el uso del soporte escrito.

En cualquier caso, el concretar finalmente los procedimientos susceptibles de formulario escrito de consentimiento informado es una cuestión que debe dejarse a recomendación de las Administraciones, las

Sociedades Científicas, los Comités Asistenciales de Ética, las Instituciones, etc. Y en última instancia es una decisión y una responsabilidad de los propios profesionales.

7.1.5 Destinatarios de la información

La cuestión de quien sea el destinatario de la información debe resolverse, como ha señalado la doctrina, por aplicación del ordenamiento jurídico, y en particular del Derecho Civil. En principio, el destinatario de la información es el propio paciente o usuario, o la persona legitimada para recibirla. Se presumirán legitimados a estos efectos sus familiares más próximos y los acompañantes en el momento de la admisión en el hospital, si así lo autorizó el paciente. En el caso de menores o incapaces se recurrirá a la figura del representante legal o pariente más próximo y, cuando así lo exijan las leyes para determinados supuestos especiales, se informará, si es preciso, al propio juez (por ejemplo en los supuestos de internamiento psiquiátrico involuntario).

Por otra parte, en el caso de menores, el Convenio de Oviedo afirma que la opinión del menor debe adquirir progresivamente más peso en la decisión final, cuanto mayor sea su edad y capacidad de discernimiento. En consecuencia, según este criterio, en algunas ocasiones el consentimiento del menor debe ser necesario o, al menos, suficiente. Este mismo criterio se deduce de lo dispuesto en nuestro Código Civil (art. 162) que remite esta cuestión a un problema de madurez y no necesariamente a un problema de edad (lo que se conoce

actualmente como la “minoría madura” y que plantea, a veces, al médico la necesidad de efectuar una evaluación sobre la capacidad de decisión del paciente para un asunto concreto).

En el caso de que el médico dude de la capacidad de hecho del paciente para tomar decisiones, aún cuando éste, siendo mayor de edad y legalmente capaz, haya dado su consentimiento a la intervención, parece recomendable recabar de los familiares que asuman o no la decisión del paciente y, en caso de discordancia, recurrir al juez.

7.1.6 Responsabilidad de informar.

La responsabilidad de informar incumbe al médico responsable del paciente, sin perjuicio de la que corresponde al médico que practica la intervención diagnóstica o terapéutica al realizar las especificaciones adecuadas sobre la técnica concreta. En último extremo, si hubiera controversia entre los diferentes médicos que intervienen en el proceso sanitario (p. ej., entre médico general, internista, endoscopista y otros) y no pudiera llegarse a un acuerdo sobre el alcance de la información que hay que transmitir, la obligación legal recaería sobre el médico realizador, ya que es este último el que genera el riesgo. Esta hipótesis debe considerarse, no obstante, como un fracaso, dada la complejidad de la actual medicina y hace además inviable que el médico informante sea distinto del médico que lleva a cabo la prueba.

Otros profesionales sanitarios, tales como los profesionales de enfermería, pueden y deben participar en el proceso de información

clínica del paciente, aunque dentro del ámbito de su función propia en el proceso de atención.

7.2 Voluntariedad.

Desde la perspectiva del Derecho español el requisito de libertad es fundamental en la teoría del consentimiento, ya que para nuestro Ordenamiento el consentimiento supone la concurrencia de dos libres voluntades sobre un mismo objeto -en este caso la actividad médica sobre el cuerpo del paciente-. Por ello el consentimiento no será válido si es emitido bajo la influencia de los llamados vicios de la voluntad.

Según el Código Civil (art. 1265, que trata como indicamos la teoría del consentimiento a propósito de los contratos) los vicios de la voluntad son el error, la violencia, la intimidación y el dolo. Por su parte el Código Penal señala que las actuaciones de un sujeto susceptibles de quebrar la voluntad del otro son la amenaza, la coacción, el engaño y el error. Así pues existe un acusado paralelismo entre la perspectiva civil y penal. La violencia civil tiene su correlativo penal en la coacción, la intimidación en la amenaza, el dolo civil en el engaño penal y el error civil en el error esencial penal.

7.3 Capacidad.

Según el diccionario de la Real Academia en sus acepciones tercera y cuarta la capacidad es “la aptitud o suficiencia para alguna cosa y talento o disposición para comprender bien las cosas”.

El término capacidad deriva del latín, “capacitas-capacitatis”, que se viene utilizando tradicionalmente con el significado de “aptitud para, y en especial, aptitud legal para suceder y heredar” (Blanquez, 1975)¹⁷¹.

Desde la perspectiva jurídica De Castro¹⁷² definía la capacidad como la “cualidad de la persona de ser titular de las distintas relaciones jurídicas que le afectan.” Igualmente, Díez-Picazo y Gullón¹⁷³ afirman que “la capacidad jurídica es la aptitud o idoneidad para ser titular de derechos y obligaciones.”

Se pueden distinguir dos tipos de capacidad: la capacidad jurídica y la capacidad de obrar.

En el Derecho español vigente tiene capacidad jurídica todo ser humano por el hecho de serlo, sin más requisitos, desde su nacimiento (art.29 del Código Civil) hasta su muerte (art. 32 del Código Civil). El

¹⁷¹ Cit. Por Cabrera, J. Y Fuertes, J.C. La Enfermedad Mental ante la Ley. Madrid: Editorial Libro del Año, 1994; 285.

¹⁷² De Castro y Bravo, F. Derecho Civil de España. Tomo II. Vol. 1. Madrid: 1952; 9.

¹⁷³ Díez-Picazo y Gullón L, Gullón A. Sistema de Derecho Civil. Vol. 1, 7ª ed. Madrid: Tecno, 1990; 238.

concepto de capacidad jurídica se asimila por tanto con el de personalidad, es decir la personalidad sería emanación jurídica de la persona. (O'Callaghan, 1988)¹⁷⁴. A veces se utiliza la expresión capacidad civil, que no es otra cosa que la aptitud general para ser sujeto de derechos y obligaciones en la esfera del Derecho Privado (constituido principalmente por el Derecho Civil y el Mercantil, es decir, la capacidad jurídica referida a tal ámbito).

Por otra parte, se puede llamar capacidad de obrar al poder realizar actos con eficacia jurídica, o en otros términos, a la capacidad para adquirir y ejercitar los derechos y asumir las obligaciones. La capacidad de obrar va a depender del estado civil de cada persona, teniendo como sustrato las condiciones naturales de cada sujeto. Esta capacidad no corresponde por igual a todos los que poseen capacidad jurídica y depende, como decimos, del estado civil, de ciertas cualidades que el ordenamiento jurídico toma en consideración (mayor o menor edad, capacitado o incapacitado por locura, sordomudez y otras, que el Código Civil define como enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impiden a la persona gobernarse por sí misma). De acuerdo con lo expuesto se habla de capacidad de obrar en su grado máximo (plena), restringida (menor emancipado, pródigo o incapacidad parcial) o de privación de la capacidad, según los términos de la sentencia, que debe determinar la extensión y los límites, así como el régimen de tutela o guarda (artículo 210 del Código Civil).

¹⁷⁴ Cabrera, J. Y Fuertes, J.C., Op. Cit., 285.

Por tanto, la incapacidad se puede definir, de acuerdo con los artículos 199 y 210 del Código Civil, de la siguiente forma: “Situación en que se encuentra una persona a la cual se le declara incapaz o con capacidad restringida por sentencia judicial, en virtud de causa legal y con los límites y extensión que sean establecidos en la referida sentencia.”¹⁷⁵ La incapacidad total está sometida a tutela, mientras que la incapacidad parcial está sometida a curatela.

La incapacitación está regulada por el artículo 200 del Código Civil. Sus requisitos son los siguientes: existencia de enfermedad o deficiencia de carácter físico o psíquico. Dicha enfermedad o deficiencia ha de ser persistente e impedir a la persona gobernarse por sí misma.

Dado que la incapacidad no se presume sino todo lo contrario, nadie puede ser incapacitado sino mediante sentencia judicial (art.199 del Código Civil), por las causas que establece el artículo 200 de dicho texto sustantivo y mediante el correspondiente procedimiento contradictorio de menor cuantía.¹⁷⁶

¹⁷⁵ Cruz, E. Enfermedad mental y capacidad civil. En Delgado, S. et al., *Psiquiatría Legal y Forense*. Madrid: Editorial Colez 1994; 146.

¹⁷⁶ Disposición adicional de la Ley 24 de octubre de 1983 y art. 484.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, reformado por Ley 34/1984 y L.O. 10/1992 de Reforma Procesal.

Los criterios legales utilizados tradicionalmente en España para evaluar la capacidad penal o la capacidad civil de un individuo son básicamente los mismos, uno cognitivo y otro volitivo¹⁷⁷:

“1. Que en el momento de la ejecución del hecho posea la inteligencia y el discernimiento de sus actos”.

“2. Que goce de la libertad de su voluntad, de su libre albedrío; es decir, de la facultad de poder escoger entre los diversos motivos de conducta que se presenten ante su espíritu y de determinar libremente la potencia de su voluntad”.

De lo anterior se deduce que son las enfermedades que afectan a la voluntad y a la conciencia las que con mayor probabilidad dan lugar a la incapacidad.

Los profesionales con más experiencia en la evaluación de la capacidad en España han sido los médicos, psiquiatras y psicólogos forenses. En el campo penal el objetivo más clásico es la evaluación de la capacidad penal con el fin de determinar el grado de imputabilidad o inimputabilidad de un individuo ante un delito. En el campo civil lo más frecuente es la evaluación de la capacidad en procesos de incapacitación; también se evalúa la capacidad para testar y la capacidad de los

¹⁷⁷ Gisbert, J. A. Medicina legal y Toxicología. 3ª ed. Valencia: Fundación García Muñoz, 1985.

participantes en los diversos actos o negocios del Derecho de Familia (matrimonio, separación, divorcio, filiación y otros).

Al no existir protocolos definidos de diagnóstico de la incapacidad lo que sucede es que cada profesional utiliza en cada momento los medios diagnósticos que juzga más idóneos. Así el psiquiatra o el médico forense suelen efectuar una exploración psicopatológica del sujeto mediante una entrevista, una exploración neurológica y proceder a algunas pruebas complementarias analíticas, morfoanatómicas o neuropsicológicas. En la exploración psicopatológica se examinan principalmente el nivel de conciencia, la memoria, la orientación, el curso y el contenido de pensamiento, la inteligencia, la afectividad y los trastornos de conducta. Existen múltiples tests neuropsicológicos que pueden ser utilizados, generalmente por un psicólogo clínico. Dentro de los tests de inteligencia el más frecuentemente utilizado es la “escala de inteligencia de Wechsler para adultos” -WAIS- y entre los tests de personalidad uno autodescriptivo, como el “inventario multifásico de personalidad de Minnessota”, -MMPI-, otro de aptitudes como el DAT/PMA, y alguno proyectivo como el Rorschach.

Para que el consentimiento sea válido, de acuerdo con la teoría del consentimiento informado, es requisito imprescindible que sea emitido por un sujeto capaz. En principio, como se ha señalado, todo individuo adulto es capaz salvo que haya sido considerado incapaz por sentencia judicial.

La Ley General de Sanidad¹⁷⁸ en su artículo 10 no define lo que constituye la capacidad de un sujeto para tomar decisiones pero si que su ausencia es una de las causas por las que no es preceptivo pedirle al paciente su consentimiento informado. Así en la letra “b” del apartado 6 del citado artículo se exceptúa la petición del consentimiento “Cuando no se esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas”. Según Bueno Arús¹⁷⁹ lo que la Ley General de Sanidad regula es una incapacidad de hecho y momentánea (por ejemplo estar privado de sentido), y no una incapacidad permanente (por ejemplo, una deficiencia mental), que requeriría proceder a la tutela.

Si bien es una práctica habitual en el sistema sanitario español que los médicos evalúen la capacidad de obrar o de hecho de sus pacientes, se desconoce por completo la forma en que lo hacen, es decir, los criterios y protocolos de evaluación de la capacidad que utilizan, existiendo la opinión de que en muchos casos realizan su tarea de forma intuitiva.

En definitiva, se precisan criterios y protocolos más objetivos y aplicables para la práctica clínica, pero al menos de momento, desde un punto de vista legal, el médico que precisa evaluar a un paciente y decidir

¹⁷⁸ Ver nota 22.

¹⁷⁹ Cit. Por Simón, P. Tesis Doctoral sobre el Consentimiento Informado. Santiago de Compostela: Editorial de la Universidad de Santiago de Compostela 1996; 625.

sobre su capacidad de hecho para tomar una decisión que pueda afectar a su salud tiene que examinar sus habilidades cognitivas y volitivas. Lógicamente deberá profundizar en la afectación de estas habilidades psíquicas para determinar su influencia en la posible incapacidad del paciente para tomar dicha decisión concreta. Puede ocurrir, por ejemplo, que como consecuencia de su enfermedad un psicópata hipertímico tenga tendencia a dilapidar su fortuna y no sea capaz de administrar sus bienes, pero sí lo sea para decidir sobre una determinada intervención médica. Queda al libre arbitrio del médico la forma de realizar dicho examen, pudiendo siempre pedir la ayuda pericial de un psiquiatra o de un psicólogo clínico. Si finalmente tiene alguna duda podrá recurrir al propio juez para que sea él quien evalúe o determine como evaluar la capacidad.

Se ha modificado ligeramente una propuesta que hizo Medrano (1996)¹⁸⁰ para evaluar la competencia en la toma de decisiones sanitarias. Como se viene exponiendo, en el ámbito del consentimiento informado nosotros preferimos hablar, en lugar de competencia, de capacidad de decisión (o de capacidad para tomar decisiones) sobre un determinado procedimiento diagnóstico o terapéutico, o para ser sujeto de una investigación o experimentación. Se recoge en la tabla 1.

¹⁸⁰ Medrano, J. Competencia y consentimiento informado en medicina. Aspectos clínicos. Actas del III Congreso Nacional de la Asociación Española de Psiquiatría Legal. Toledo: Juste, S.A.Q.F., 1996; 3-12.

Tabla 1. Evaluación de la capacidad de decisión en el consentimiento informado

1. Conocer las circunstancias en que tiene lugar la solicitud de evaluación de la capacidad.
Transferencia, contratransferencia.
Temores.
Aclarar contenido y límites de la intervención.

2. ¿Qué información se ha dado al paciente?
Repetirla en presencia del evaluador
Proponer cambios

3. Examen clínico.
Exploración somática.
Exploración psicopatológica.
Exploración de funciones neuropsicológicas (atención, orientación, memoria, lenguaje y juicio). Tests recomendados: Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) de Lobo et al. (1978, 1980), que es una versión española del Mini-Mental State de Folstein et al. (1975), y protocolo de Freedman, Stuss y Gordon (1991).

4. Examinar el grado de cumplimiento de los criterios de capacidad de decisión. Como orientación pueden servir los criterios de Roth et al.

(1977), los criterios de Appelbaum y Roth (1982) y el cuestionario de Appelbaum y Grisso (1988).

5. Valores y creencias del paciente: intentar evaluar su influencia sobre la capacidad de decisión.
 6. Aumentar la información sobre el paciente, a ser posible entrevistando a la familia.
 7. Repetir la evaluación transcurridos algunos días y observar si hay cambios.
 8. Tratar al paciente si la disminución de su capacidad obedece a una causa psiquiátrica.
 9. Asesorar al médico consultante.
 10. Anotar adecuadamente el proceso de evaluación y los datos clínicos obtenidos.
-

En el Convenio de Oviedo¹⁸¹ (artículos 6 y 7) se regula el consentimiento informado de las personas que no tengan capacidad para

¹⁸¹ Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina. Consejo de Europa. Oviedo, 1997.

expresar su consentimiento y la protección adecuada para consentir en el caso de las personas que sufran trastornos mentales.

7.4 Consentimiento.

Como recuerda De Lorenzo (1998)¹⁸², en línea con lo expuesto más atrás en relación con el fundamento del consentimiento informado, el principio general del consentimiento, derivado de la concepción de la relación profesional-paciente como una especie de contrato, es de reconocimiento antiguo, ya que el consentimiento es un requisito esencial del contrato y, por tanto, inexcusable para que se constituya válidamente la relación desde un punto de vista jurídico. Este tradicional fundamento contractual de la relación médico-paciente ha evolucionado modernamente, pasando a considerarse en el marco de la libertad individual, que se antepone a la libertad negocial. Por último, de forma aun más moderna se considera el derecho a la información como una de las principales obligaciones derivadas de la relación médico-paciente, tenga o no ésta un origen contractual.

El consentimiento puede adoptar diversas formas. Puede ser expreso o tácito. A su vez, el consentimiento expreso puede ser verbal o escrito. Lo normal en nuestro Derecho es que el consentimiento sea implícito, sin necesidad de que adopte una forma expresa, bien sea verbal o escrita. Es excepcional que sea por escrito y sobre este particular nos

¹⁸² De Lorenzo y Montero, R. Aspectos Jurídicos de la práctica médica: “El consentimiento informado”. *Toko-in-Pract.*, 57, 4 (199-206), 1998.

remitimos a lo dicho a propósito de la información, que es trasladable a este ámbito. Conviene, no obstante, tener en cuenta que cuando la Ley o la jurisprudencia exigen que la información y el consentimiento aparezcan por escrito, la prueba de su existencia, para el caso de que existiera conflicto, corresponde al médico, según la mejor doctrina y jurisprudencia. Por último, el consentimiento puede ser también presunto (por ejemplo, el que sirve para prestar asistencia a un paciente inconsciente).

La Ley General de Sanidad dice que no es necesario el consentimiento en tres casos:

- a) Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública (ya hemos hablado al principio de esta exposición de lo que esto significa y de la conexión obligada con la Ley Orgánica de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública).
- b) Cuando no se esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas (este supuesto plantea las mismas cuestiones que las relativas a la información, ya tratadas).

- c) Cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento. Además de lo ya dicho, a propósito de la información, parece que la urgencia no debe ser una cuestión absolutamente clínica, sino que debe referirse a la imposibilidad por el paciente de tomar una decisión en condiciones adecuadas.

El Convenio de Oviedo¹⁸³ anteriormente mencionado dedica el capítulo II al consentimiento, y especifica en su artículo 5 lo siguiente:

“Una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e inequívoco consentimiento.

Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias.

En cualquier momento la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento”.

Mención aparte merece la revocación del consentimiento dado, que puede hacerse en cualquier momento, siendo una consecuencia de su

¹⁸³ Ver nota 35.

carácter personalísimo. Nuestra Ley General de Sanidad no lo regula. No obstante, la doctrina y la jurisprudencia están conformes en que se trata de algo inherente al consentimiento informado.

Son interesantes las consideraciones sobre este aspecto redactadas por Jean Michaud que se recogen en el informe explicativo del Convenio de Oviedo. En particular, el hecho de que la libertad de consentir implica que el consentimiento puede ser retirado en cualquier momento y que la decisión de la persona interesada debe respetarse una vez que ha sido completamente informada de sus consecuencias. Sin embargo, este principio no significa, por ejemplo, que la retirada del consentimiento del paciente durante una intervención deba respetarse siempre. Las normas de conducta y obligaciones profesionales, así como las reglas aplicables en tales casos, de acuerdo con el Convenio, pueden obligar al médico a continuar con la operación para evitar que la salud del paciente sufra un grave peligro. Además, hay que tener en cuenta que el propio Convenio establece en determinadas ocasiones una serie de restricciones al ejercicio de los derechos (seguridad pública, prevención de las infracciones penales, protección de la salud pública o protección de los derechos y libertades de las demás personas). Por último, la necesidad del consentimiento puede verse limitada con ocasión de la protección de las personas con trastornos mentales y en presencia de las situaciones de urgencia.

Aunque el comentario explicativo concluye que la información es un derecho del paciente, señala que tal y como prevé el Convenio debe respetarse el eventual deseo del paciente de no ser informado. Ello no elimina, por otra parte, la necesidad de pedir el consentimiento a la intervención propuesta al paciente.

La revocación se recoge también en la recomendación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre consentimiento informado. Se establece en concreto la posibilidad de revocar en cualquier momento el consentimiento informado, sin expresión de causa. Es decir, sin necesidad de tener que justificar el cambio de actitud.

7.5 Evaluación del consentimiento informado en España.

Los únicos estudios realizados hasta la fecha proceden de la investigación efectuada por un equipo del INSALUD en la que se revisaron las últimas sentencias en relación con el consentimiento informado y la implantación de este último en sus centros hospitalarios (1996 y 1997)¹⁸⁴.

Una de las preocupaciones más importantes de los profesionales es la de sus posibles consecuencias jurídicas. En la investigación

¹⁸⁴ Pardo, A.; Guirao, A. Y Pelayo, S. Aproximación a la evaluación del consentimiento informado un año después. IV Congreso Nacional de Derecho Sanitario. Madrid: Mapfre, 1998.

señalada se revisaron las sentencias aparecidas entre marzo de 1994 y marzo de 1997, encontrándose las siguientes: 1) Cuatro sentencias de orden penal, destacando una de ellas condenatoria, por delito de esterilización con error vencible, a un mes y un día y una indemnización de 5 millones en un caso de ligadura de trompas en el curso de una cesárea sin existir consentimiento de la paciente. 2) Diecisiete sentencias de orden civil, de las que once son condenatorias, en un rango entre 1 y 4 millones de pesetas, y 6 son absolutorias, cuatro por existir algún tipo de documento, una por ser una intervención realizada en el año 1975, y por tanto anterior a la Ley General de Sanidad y la última desestimada por valorar el tribunal como prueba la información testifical del personal ayudante sanitario. 3) Una única sentencia de orden social en la que se condenaba a una indemnización de 10 millones de pesetas por falta de información en relación con los riesgos derivados de una resección transuretral que produjo en el paciente impotencia sexual. 4) Tres sentencias de orden contencioso-administrativo en las que se reclama la falta de consentimiento, existiendo en una de ellas una condena por falta de información en una ligadura de trompas tras la cual se produjo un embarazo, y en otras dos no se condenó al personal sanitario, siendo estas dos sentencias importantes porque en una de ellas, la sentencia de 8 de junio de 1995, del Tribunal Superior de Justicia de Galicia, estimó el Tribunal que en un riesgo inferior al 1% la no información no genera responsabilidad, y en la otra, sentencia de 29 de febrero de 1996, el Tribunal Superior de Justicia de la Rioja consideró que era suficiente prueba que la información constara en la historia clínica.

Respecto a la evaluación de la implantación del consentimiento informado en los centros hospitalarios del INSALUD se fijaron dos objetivos: conocer el porcentaje de centros que utiliza el consentimiento informado y evaluar cuantitativa y cualitativamente los citados documentos. El trabajo fué efectuado por un grupo de médicos inspectores y/o A.T.S. visitantes revisando de forma retrospectiva el total de las historias del mes de noviembre de 1996 existentes en los centros hospitalarios del INSALUD, en los procedimientos de endoscopia digestiva alta, colecistectomía y anestesia con protocolización establecida de forma obligatoria, y de histerectomía, cataratas y prótesis de cadera de forma voluntaria.

Los resultados indican que el porcentaje de centros evaluados en los que existe un documento de consentimiento, ya sea genérico o específico, se puede considerar como bueno al situarse en el 91%. El número de historias con documentos ha sido del 63, 69% del total de historias validadas. Por lo que se refiere a las deficiencias destacan las debidas a riesgos personalizados y falta del nombre y firma del médico, mientras que la firma del paciente o representante legal es el apartado mejor cumplimentado, faltando únicamente en el 4,45% de los casos.

En conclusión se observa que el número de centros hospitalarios con documento de consentimiento es elevado, si bien todavía existe una alta proporción de documentos genéricos. También es aceptable el

número de historias en las que efectivamente existen documentos de consentimiento.

7.6 Referencia a los casos juzgados por los Tribunales.

Descripción general de la obligación de medios que corresponde al médico.

Nuestro Tribunal Supremo aprovecha un caso de vasectomía para exponer su criterio en relación con la obligación de medios que corresponde al médico en general, estructurando sus deberes en la forma que se expone a continuación:

A) El contrato que une al paciente con el médico se considera como un contrato de arrendamiento de servicios y no de obra, en razón a que, tanto la naturaleza mortal del hombre, como los niveles a que llega la ciencia médica –insuficientes para la curación de determinadas enfermedades-, y, finalmente, la circunstancia de que no todos los individuos reaccionan de igual manera ante los tratamientos de que dispone la medicina actual, impide reputar el aludido contrato como de arrendamiento de obra. En consecuencia, no se obliga a la consecución de un resultado –el de la curación del paciente- que, en muchos casos ni puede ni podrá nunca conseguirse, dada la aludida naturaleza mortal del hombre. Por tanto, a lo único que se obliga al facultativo es a poner los medios para la deseable curación del paciente, atribuyéndole, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una llamada obligación de medios.

B) Dentro de la aludida obligación de medios se comprenden los siguientes deberes:

- a) Utilizar cuantos remedios conozca la ciencia médica y estén a disposición del médico en el lugar en el que se produce el tratamiento, de manera que la actuación del facultativo se rija por la denominada “lex artis ad hoc”, es decir en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle, así como las incidencias inseparables en el normal actuar profesional, teniendo en cuenta las especiales características del autor, del acto médico, de la profesión, de la complejidad y transcendencia vital de la intervención y, en su caso, la influencia de otros factores endógenos –estado y situación del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria-, para calificar dicho acto como conforme o no a la técnica normal requerida. En cualquier caso, debe hacerse patente que, dada la vital transcendencia que en muchas de las ocasiones reviste para el enfermo la intervención médica, debe ser exigida, al menos en estos supuestos, la diligencia que el derecho sajón

califica como propia de las obligaciones de mayor esfuerzo.

- b) Informar al paciente o, en su caso, a los familiares del mismo, siempre, claro está, que resulte posible, del diagnóstico de la enfermedad o lesión que padece; del pronóstico que de su tratamiento puede normalmente esperarse, de los riesgos que del mismo, especialmente si este es quirúrgico, pueden derivarse; y, finalmente, en el caso de que los medios de que se disponga en el lugar donde se aplica el tratamiento puedan resultar insuficientes, debe hacerse constar tal circunstancia, de manera que, si resultase posible, opte el paciente o sus familiares por el tratamiento del mismo en otro centro médico más adecuado.
- c) Continuar el tratamiento del enfermo hasta el momento en que este pueda ser dado de alta, advirtiendo al mismo de los riesgos que su abandono le puede comportar.
- d) En los supuestos –no infrecuentes- de enfermedades o dolencias que puedan calificarse de recidivas, crónicas o evolutivas, informar al paciente de la necesidad de someterse a los análisis y cuidados preventivos que

resulten necesarios para la prevención del agravamiento o repetición de la dolencia.

C) En aquellos supuestos en los que la medicina tiene un carácter meramente voluntario, es decir, en los que el interesado acude al médico no para la curación de una dolencia patológica, sino para el mejoramiento de un aspecto físico, estético o, como en el caso de la vasectomía contemplada, el contrato, sin perder su carácter de arrendamiento de servicios, que impone al médico una obligación de medios, se aproxima ya de manera notoria al de arrendamiento de obra, que propicia la exigencia de una mayor garantía en la obtención del resultado que se persigue¹⁸⁵.

Operación quirúrgica de alto riesgo sin información adecuada y sin la advertencia de que existían otros tratamientos alternativos¹⁸⁶.

El Tribunal Supremo entiende que la operación a que fue sometida la menor no era ineludible y necesaria, siendo posible otros tratamientos alternativos, evitándose así el alto riesgo de la intervención quirúrgica que se le practicó. Además, no se advirtió a la madre de los riesgos de la operación y de las otras alternativas para que ella decidiera.

¹⁸⁵ Tribunal Supremo, sala de lo Civil, sentencia de 25 de abril de 1994, que se considera trascendente.

¹⁸⁶ Tribunal Supremo, sala de lo Civil, sentencia de 23 de abril de 1992.

En consecuencia, los riesgos se asumen por los que llevaron adelante la operación y no por la paciente o por la persona llamada a prestar su consentimiento, tras una información objetiva, veraz, completa y asequible.

Información correcta de los riesgos de la intervención: el daño se produjo por culpa del paciente al retrasar la operación¹⁸⁷.

Resulta acreditado que el cirujano consiguió, con la operación que practicó al paciente, evitar y detener la progresión de la espondilolistesis que padecía, y si bien la operación se retrasó varios años, fue por la propia voluntad del enfermo, repercutiendo en la agravación de la enfermedad, por lo que la cirugía se hizo del todo necesaria e inevitable al haber fracasado el tratamiento fisioterapéutico seguido. La anquilosis posterior de distintas articulaciones se debió a un proceso de multitraumatismo congénito, localizado en un nivel vertebral, y no relacionado con la operación practicada.

En lo que aquí interesa, resultó claramente improcedente la tesis que se expuso en el sentido de que el médico-cirujano no procedió a informar sobre los resultados de la operación, para el supuesto de que no fuera satisfactoria y eficaz, con lo que se agravaría posiblemente la salud del enfermo. Por el contrario, los hechos acreditaron que se había informado y, en consecuencia, se desestimó la reclamación.

¹⁸⁷ Tribunal Supremo, sala de lo Civil, sentencia de 18 de febrero de 1997.

No existe responsabilidad cuando no se informa de los riesgos mínimos¹⁸⁸.

La falta de información de los riesgos mínimos de una intervención no genera responsabilidad si aparece el daño, según la sentencia. En concreto, la Administración resultó absuelta en un proceso en el que se debatía lo correcto de una intervención por hipertensión, en la que existía menos de un uno por ciento de riesgo de paraplejia, y donde no quedó probado que se informase de este extremo. En concreto, se afirma que la decisión tomada en el caso, por el equipo médico, parece la esperable también de cualquier persona situada en la tesitura de arriesgarse a un porcentaje tan mínimo de riesgo, frente a un seguro futuro tan problemático respecto de la salud, y en momento en que ya empezaban los síntomas al respecto, como era el de la hipertensión. Por todo ello, continúa la sentencia, no se ha de entender como decisivo el elemento de que no se hubiese informado por los médicos.

Hay que informar de las consecuencias seguras: el caso de la cirugía ortopédica con secuelas no advertidas previamente¹⁸⁹.

¹⁸⁸ Tribunal Superior de Justicia de Galicia, sala de lo Contencioso-Administrativo, sentencia de 8 de junio de 1995.

¹⁸⁹ Audiencia Provincial de Zaragoza, sección 4ª, sentencia de 5 de mayo de 1992.

En la sentencia se condena al Instituto Nacional de la Salud, de forma solidaria con los médicos intervinientes, como consecuencia de no haberse informado de forma completa a la paciente de las posibles secuelas de la operación quirúrgica efectuada. Se trataba de una operación de juanetes, cuya resolución adecuada requería, según informes técnicos, la intervención de la metatarsalgia de ambos pies.

Consentimiento informado en situaciones de urgencia¹⁹⁰.

El supuesto hace referencia a una paciente a la que, con ocasión de realizarle cierta intervención quirúrgica, se le practicó, además, una histerectomía total, sin ser previamente informada de ello. El Tribunal rechaza la demanda, porque la información adecuada fue facilitada al marido en el curso del operatorio y su consentimiento fue obtenido en forma legal, ya que la propia paciente no se encontraba en condiciones de prestarlo.

Consentimiento informado e historia clínica.-

La historia clínica puede demostrar o no demostrar, según los casos, la existencia de consentimiento informado¹⁹¹.

¹⁹⁰ Sentencia de la Audiencia Provincial de Zaragoza, sección 5ª, de 31 de julio de 1993.

¹⁹¹ Tribunal Supremo, sala de lo Civil, sentencia de 1 de julio de 1997; Tribunal Superior de Justicia de la Rioja, sentencia de 29 de febrero de 1996; Audiencia Provincial de Oviedo, sentencia de 29 de mayo de 1993; Juzgado número 7 de

8

Las excepciones en el derecho español

De las cinco excepciones al consentimiento informado que se vienen admitiendo en la práctica diaria tres se contemplan en nuestro Ordenamiento, estando reguladas principalmente por la Ley General de Sanidad¹⁹² (riesgo para la salud pública, urgencia, incapacidad), cuatro en el Convenio de Oviedo¹⁹³ (incapacidad, urgencia, renuncia y necesidad terapéutica) y una en el Código de Deontología Médica (necesidad terapéutica)¹⁹⁴

8.1 Riesgo para la salud pública.

Desde antiguo la sociedad se ha protegido de determinados sujetos cuya enfermedad constituía un peligro para la salud pública y para ello no ha dudado en emplear, incluso contra su voluntad, determinados medios terapéuticos o reclusión forzada (enfermos de lepra,

Oviedo, sentencia de 22 de mayo de 1992; Juzgado número 1 de Mahón, sentencia de 31 de diciembre de 1994; Audiencia de Valladolid, sentencia de 19 de abril.

¹⁹² Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril, artículos 9, 10 y 11).

¹⁹³ Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina. Consejo de Europa. Oviedo: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica 1997.

¹⁹⁴ Código Deontológico del Consejo General de Colegios de Médicos. Ver Herranz, G. Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica. Eumsa: Pamplona, 1992.

cólera y otras enfermedades infecto-contagiosas). En la actualidad algunas enfermedades siguen planteando la aplicación de esta excepción. Piénsese en el internamiento forzoso de los enfermos mentales agresivos o en los problemas que plantean los enfermos tuberculosos activos y resistentes que se niegan a ser tratados.

De acuerdo con la letra “a” del apartado 6 del artículo 10 de la Ley General de Sanidad todo paciente tiene derecho a la libre elección de tratamiento excepto “cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública”.

También la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de Abril, de Medidas Especiales en materia de Salud Pública¹⁹⁵ establece la facultad de las autoridades competentes para adoptar medidas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control de los enfermos o de personas que estén o hayan estado en contacto con los mismos y con el medio ambiente inmediato, cuando se aprecien indicios racionales que permitan suponer la existencia de peligro para la salud de la población y especialmente en los casos de riesgo de carácter transmisible.

¹⁹⁵ Ley Orgánica de Medidas Especiales en Materia de Sanidad Pública (Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril).

De acuerdo con Bueno Arús¹⁹⁶, en caso de resistencia, serían legítimas tanto la compulsión sobre las personas como la coacción directa para obligar a su cumplimiento, aunque el internamiento forzoso por atentar directamente contra la libertad personal, o bien requiere autorización judicial (internamiento de enfermos mentales, artículos 211 y 271 del Código Civil), o al menos ha de ser controlable judicialmente, incluso por la vía del *habeas corpus*.

8.2 Urgencia.

En nuestro Ordenamiento esta excepción esta recogida en la letra “c” del apartado 6 del artículo 10 de la Ley General de Sanidad, donde se señala que el paciente tiene derecho a que se le pida el consentimiento informado excepto “cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.”

Queda claro que la excepción de urgencia sólo puede aplicarse en aquellas situaciones de urgencia en las que no hay tiempo material para obtener el consentimiento ya que todo el tiempo es necesario para atender rápidamente al paciente. Por tanto, no a todas las situaciones de urgencia médica se puede aplicar esta excepción.

¹⁹⁶ Bueno Arús, F. El consentimiento del paciente en el tratamiento médico-quirúrgico y la Ley General de Sanidad. En: VV.AA. Estudios de Derecho Penal y Criminología (En homenaje al Prof. J.M. Rodríguez Devesa). Vol. 1. Madrid: UNED 1989; 159-160.

El Código de Deontología Médica¹⁹⁷ dispone que todo médico cualquiera que sea su especialidad o la modalidad de su ejercicio debe prestar asistencia de urgencia al enfermo accidentado, deber de actuar cuya vulneración integraría el tipo de delito de omisión de socorro, castigado en el Código Penal con especial agravación para los profesionales sanitarios. En este supuesto, no es posible obtener el consentimiento del paciente sin duda porque se estima preponderante su derecho a la vida e integridad física e inaplazable la asistencia médica. Se deduce de lo anterior que el médico siempre estaría amparado por la eximente del estado de necesidad, ya que el paciente no puede ejecutar su libertad de elección. En definitiva, la Ley restringe en este supuesto el concepto de urgencia, que no puede ser cualquiera, sino únicamente aquella en la que la demora en la instauración del tratamiento conduzca a la aparición de lesiones irreversibles o al fallecimiento del paciente.

En el artículo 8 del Convenio de Oviedo¹⁹⁸ se especifican las siguientes condiciones para permitir al médico actuar en una situación de urgencia:

- 1) Ante todo esta posibilidad se limita a las urgencias que impiden al médico obtener un consentimiento apropiado; el artículo se aplica tanto a las personas que son capaces como a las que no lo son, por imposibilidad legal o de hecho para dar

¹⁹⁷ Ver nota 48.

¹⁹⁸ Ver nota 47.

su consentimiento. Un ejemplo es el caso del paciente en coma que es incapaz de dar su consentimiento, pero también el facultativo que no puede contactar con el representante legal de un incapacitado que normalmente tendría que autorizar la intervención urgente.

- 2) Esta posibilidad debe limitarse exclusivamente a las intervenciones médicas necesarias que no pueden ser retrasadas. Las intervenciones que se pueden programar no entran en este supuesto.
- 3) La intervención debe realizarse para el beneficio directo de la persona afectada.

8.3 Renuncia

En nuestro ordenamiento esta excepción no ha sido recogida, aunque creemos se puede plantear el tema de la renuncia como cuestión general del derecho¹⁹⁹. Otros autores han planteado que se reconozca

¹⁹⁹ Sánchez-Caro, J. El derecho a la información en la relación sanitaria: aspectos civiles. La Ley 1993; (3340): 941-961.

explícitamente “esta posibilidad de no información, pues constituye un derecho del paciente tan digno de protección como el de información”²⁰⁰.

La Ley General de Sanidad concibe la información como un derecho del paciente. Como todos los derechos, el derecho a la información es renunciable, al no establecerse lo contrario, y siempre que la renuncia no sea contraria al interés, al orden público o perjudique a terceros, por lo que es admisible la renuncia a la información, ya sea ésta expresa o tácita, más cuidando de dejar constancia de la renuncia, bien en un documento específico, bien en el propio documento del consentimiento, bien por último en la historia clínica.

El Convenio de Oviedo en su artículo 10 dispone que toda persona tiene derecho a conocer toda la información recogida respecto a su salud, pero que, no obstante, deberá respetarse la voluntad de una persona de no ser informada.

En el informe explicativo que acompaña al Convenio se expresa que el derecho a saber va de la mano con el derecho a no saber, ya que los pacientes pueden tener sus propias razones para desear no conocer ciertos aspectos de su salud y debe respetarse un deseo de ese tipo.

²⁰⁰ Pelayo, S. El futuro del consentimiento informado tras las últimas resoluciones judiciales. *Actualidad del Derecho Sanitario* 1996; (15/Marzo): 179-192.

El ejercicio por parte del paciente del derecho a no saber tal o cual circunstancia relativa a su salud no se considera un obstáculo a la validez de su consentimiento a una intervención; por ejemplo, puede consentir válidamente para la extracción de un quiste a pesar de que no desee conocer su naturaleza.

Y como ocurre con el derecho a la información, también el derecho a no saber puede restringirse en interés del propio paciente o de otros, para proteger los derechos de los terceros o de la sociedad, por ejemplo acerca de las medidas preventivas para evitar una enfermedad a la que está predispuesto, o para evitar la transmisión de una enfermedad a sus familiares o allegados, a terceros o a la sociedad en general.

8.4 Necesidad terapéutica

En España Diego Gracia²⁰¹ ha propuesto que se utilice la frase “excepción terapéutica” en lugar de “privilegio terapéutico” que es la denominación mas frecuente en EE.UU, con el fin de eliminar las resonancias paternalistas que sugiere. Por privilegio terapéutico se ha

²⁰¹ Gracia, D. ¿Privilegio terapéutico o excepción terapéutica? En: VV.AA. Resúmenes de Comunicaciones. I Congreso de la Asociación de Bioética fundamental y Clínica. Madrid: ABF y C, 1996; 20-21.

venido entendiendo la ocultación al paciente de aquella parte de la información que pueda ser gravemente perjudicial para su salud²⁰².

En el Convenio de Oviedo de 1997 se propone el término de “necesidad terapéutica”.

En definitiva, el pronóstico fatal no constituye por sí mismo motivo suficiente para ocultar información, pero la generalidad de los autores, incluso los que propugnan una mayor intensidad del derecho a la información, reconocen que siempre aparecen excepciones de difíciles contornos, que pueden legitimar al médico para no informar plenamente al paciente, o para proporcionar una información gradual o atenuada, sugiriendo incluso propuestas legislativas, a través por ejemplo de una remisión a las normas deontológicas. Tanto el Código de Deontología Médica como la generalidad de la doctrina añaden que en los supuestos de excepción al deber de informar al paciente, debe proporcionarse ésta a los familiares o allegados.

También el informe explicativo del Convenio de Oviedo establece al respecto lo siguiente:

“En consecuencia, el último párrafo del artículo 10 señala que en casos excepcionales las leyes nacionales pueden fijar restricciones al

²⁰² De Lorenzo y Montero, R. Y Sánchez-Caro, J. El consentimiento informado. Plan de Formación en Responsabilidad Legal Profesional. Madrid: Asociación Española de Derecho Sanitario 1997; 2: 19-20; 23-26.

derecho a saber o a no saber en interés de la salud del paciente (por ejemplo, un pronóstico de muerte que si se transmitiese de forma inmediata al paciente podría, en ciertos casos, perjudicar gravemente su salud)”. Se añade también que en algunos casos el deber del médico de proporcionar información, que también está prevista en el artículo 4, entra en conflicto con el interés de la salud del paciente. La ley nacional debe resolver estos conflictos, teniendo en cuenta el bagaje social y cultural. La ley nacional puede justificar -en su caso, bajo control judicial- que el médico retenga a veces parte de la información o, en cualquier caso, que la revele con prudente cautela (necesidad o privilegio terapéutico).

Por otra parte, puede ser de capital importancia para el enfermo conocer algunos aspectos relativos a su salud, aún cuando haya expresado el deseo de no conocerlos. Por ejemplo, el conocimiento de que tiene una cierta predisposición a determinada enfermedad puede ser la única forma de permitirle que tome medidas (preventivas) potencialmente eficaces. En este supuesto se puede producir un conflicto entre el derecho del paciente a no saber y la obligación del médico de proporcionar asistencia.

8.5 Incapacidad

Se aplica esta excepción de acuerdo con el artículo 10 de la Ley General de Sanidad, cuando un paciente no esté capacitado para tomar

decisiones, tanto de derecho (por existir sentencia de incapacitación, menor edad sin suficiente juicio...), como de puro hecho (paciente inconsciente...). El consentimiento deberá ser otorgado por sus familiares o personas a él allegadas. Una de estas últimas suele ser un amigo íntimo, el médico u otro miembro del personal directivo del hospital.

De acuerdo con Cobreros Mendazona²⁰³ se plantean en este punto dos problemas. En primer lugar la situación del enfermo incapacitado para tomar decisiones del que no se conozcan parientes o allegados que pudieran suplir su consentimiento. En tal caso, el médico podría suplir el consentimiento hasta tanto el paciente o un familiar puedan asumir la responsabilidad del proceso terapéutico, con lo que el supuesto podría reconducirse hacia el caso de urgencia; y el supuesto de negativa de los parientes o allegados a consentir un tratamiento, negativa que resultaría perjudicial para la salud del paciente. En este caso entiende que el médico o la dirección del centro deben dirigir al juez una solicitud de autorización, y si el enfermo se encontrara en una situación de riesgo inminente, lesiones irreversibles o posibilidad de fallecimiento, actuarán por sí mismos, haciendo coincidir el supuesto con el caso de urgencia.

También puede ser tomada la decisión por un tribunal de justicia, en cuyo caso será el juez quien tome la decisión o nombre un tutor.

²⁰³ Cobreros Mendazona, E. Los tratamientos sanitarios obligatorios y el derecho a la salud. Oñati: HAEE/IVAP 1988.

La mayoría de las veces es el médico el que toma la decisión de considerar incapaz al paciente y de acuerdo con la tradición médica espera que sea la familia la que tome las decisiones sobre el tratamiento en estos casos. Pero aunque sea la familia la que más frecuentemente toma la decisión, existen multitud de ocasiones en las que la propia dinámica de la familia o determinados conflictos de intereses hacen dicha decisión problemática.

En el artículo 6 del Convenio de Oviedo se especifica la protección de las personas que no tengan capacidad para expresar su consentimiento. Concretamente se refiere a que algunas personas pueden no tener capacidad para otorgar un consentimiento pleno y válido para las intervenciones, por su edad (menores) o por su incapacidad mental.

9

Conclusiones

Por los profesionales de la ley el consentimiento informado se concibe como un esfuerzo para modificar la naturaleza de la atención médica. Persigue cambiar la relación médico-paciente de tal forma que se produzca una radical redistribución del poder en esa relación: el bienestar del paciente deja de ser el principal motivo de actuación del médico, que ostenta el poder, pasando la voluntad del paciente a convertirse en el

elemento fundamental y justificativo del encuentro entre ambos. Pero como señalan Katz²⁰⁴, y Appelbaum y Gutheil²⁰⁵, estas conclusiones parecen excesivamente optimistas, ya que todavía existen dificultades u objeciones teóricas y prácticas para su aplicación.

9.1 Críticas a la teoría

Para Katz²⁰⁶ existe un conflicto entre la autonomía del paciente y el paternalismo médico, prevalentes en el derecho y la medicina sobre la relación médico-paciente. La autonomía del paciente, que en derecho se denomina a veces derecho a la autodeterminación, con la correspondiente exigencia de la mayor información posible, entra en conflicto a veces con el paternalismo médico, en el que el médico asume la autoridad para manejar la información a revelar, sin consultar con el paciente, por motivos de beneficencia.

Katz considera que los tribunales no intervienen en la “conflictiva” relación médico-paciente expuesta a no ser que la realidad del ejercicio médico y la capacidad de los pacientes para tomar decisiones en cuestiones médicas exijan la intervención de la justicia. Por

²⁰⁴ Katz, J. “Informed Consent – A Fairy Tale? Law’s Vision”. University of Pittsburgh Law Review 1977; 39:139.

²⁰⁵ Appelbaum, P.S. y Gutheil, T.G. Clinical Handbook of Psychiatry and the law. 2nd ed. Baltimore: Williams and Wilkins 1991; 163-165; 182-184.

²⁰⁶ Cit. Por Beauchamp TL, McCullough LB. Ética Médica. Barcelona: Editorial Labor S.A., 1987; 80-82.

tanto, considera que toda la doctrina del consentimiento informado es poco más que un símbolo de la necesidad de que los pacientes tomen decisiones, aunque dicho símbolo influya muy poco en cómo toman sus decisiones los médicos, los pacientes o los tribunales. Según expone el citado autor:

“El problema central del consentimiento informado es el conflicto creado por las dudas existentes sobre hasta qué punto fomentar la autodeterminación de los pacientes o apoyar el paternalismo de los médicos favorece el bienestar tanto individual como social. Este conflicto fundamental, que refleja una ambivalencia absoluta entre la capacidad de los seres humanos de cuidarse a sí mismos y la necesidad de cuidar, ha moldeado en mayor medida de lo que generalmente se piensa las sentencias judiciales sobre consentimiento informado. La afirmación de que es “necesaria” la discreción de los médicos (por ser preferible el juicio que emite un profesional experto sobre lo que es bienestar al que emite un paciente) revela esta ambivalencia. Otros impedimentos frecuentemente invocados para fomentar la autodeterminación de los pacientes (como la ignorancia médica de los pacientes, el valor del tiempo de los médicos, la amenaza que suponen los frecuentes pleitos o la dificultad existente para demostrar lo que verdaderamente ocurrió en el diálogo entre el médico y el paciente) son, esencialmente, racionalizaciones que oscurecen el conflicto básico: ¿cuál de los juicios ha de ser respetado?”

También analiza Katz las contradicciones que surgen del establecimiento de la relación fiduciaria entre el médico y el paciente. Por un lado y debido a esa especial relación, los tribunales exigen al médico que sea discreto cuando habla de los riesgos y por otro lado esos mismos tribunales le exigen que dé toda la información necesaria para que el paciente consiga realizar un consentimiento inteligente. Manifiesta por ello serias dudas de que pueda existir una coherencia absoluta entre la “discreción por parte del médico” en la revelación de datos y la “revelación completa de los datos”. “Sólo en sueños o en cuentos de hadas pueden reconciliarse, tan fácil y mágicamente, la discreción al retener información crucial y la revelación completa”.

Como indican Appelbaum y Gutheil²⁰⁷ al menos en EE.UU la intencionalidad de la doctrina de forzar al clínico a compartir la información con el paciente se encuentra obstaculizada por la forma en que la teoría ha evolucionado. El impacto de la misma ha quedado muy limitado por la utilización del criterio profesional para informar, la clasificación del fallo en revelar la información como un asunto de negligencia más que de delito y las dificultades que encuentran en la prueba los demandantes que alegan el fallo en el consentimiento informado. Meisel et al²⁰⁸ añaden que lo que hoy se considera como un consentimiento válido en una jurisdicción puede no serlo mañana, o no

²⁰⁷ Ver nota 59.

²⁰⁸ Meisel, A.; Roth, L.H. y Lidz, C.W: Toward a model of the legal doctrine of informed consent. *Am J Psychiatry* 1977; 134: 285-289.

serlo en otra jurisdicción, dado que lo que ha establecido la ley al respecto, el estatus legal del consentimiento informado, es incompleto y se está todavía desarrollando.

Los problemas prácticos radican principalmente en la dificultad que tienen los pacientes para comprender la información que se les transmite²⁰⁹. Los legisladores dan por supuesto que los pacientes van a prestar atención a la información, la van a comprender y a utilizar para su toma de decisiones. Estudios empíricos demuestran que, pese a sus problemas metodológicos, existen muchas dudas al respecto. Como ya se señaló al analizar la información, no existen criterios claros que definan qué variables hay que utilizar para analizar la comprensión. En la mayor parte de los estudios la comprensión se analiza a partir del recuerdo, es decir, que el grado mayor o menor de comprensión de la información médica se estima analizando lo que de esa información y en general de todo el proceso de consentimiento se recuerda. Pues bien, los tests de memoria para medir la atención y la comprensión del paciente indican que se recuerda muy poco y que por tanto el nivel de comprensión de la información es muy bajo. Ello se ha atribuido a la forma en que se presenta la información, excesiva muchas veces, con un lenguaje muy técnico o con una sintaxis complicada. Pero también puede ocurrir que lograr una adecuada simplificación de la abundante información médica sea imposible o tan difícil que no se consiga en la práctica médica diaria.

²⁰⁹ Ver nota 59.

Aún logrando dicha simplificación no parece probable en muchos casos que el paciente pueda comprenderla sin una cierta educación médica. Todo ello sin considerar que la enfermedad induce un estado de regresión en el cual los pacientes buscan una figura fiable y con autoridad de quien depender, prefiriendo muchas veces ignorar la información y que sea el médico el que decida por ellos. De cualquier forma, como recuerda Simón²¹⁰, la identificación entre comprensión y recuerdo es problemática, ya que el hecho de que las personas hayan olvidado al poco tiempo la información que se les transmitió, no significa necesariamente que en el mismo momento en que la utilizaron para decidir no la comprendieran.

Se asume también que la información, en el supuesto de que haya sido bien comprendida, servirá de ayuda al paciente para que tome su decisión. Pero ello es también discutible. Muchos pacientes toman su decisión de aceptar o rechazar un determinado tratamiento antes de realizar formalmente la entrevista para el consentimiento²¹¹. Por otra parte, no es necesariamente la información que transmite el médico lo que más influye en la decisión del paciente, ya que determinados factores sociales como la presión familiar, el tipo de centro sanitario en el que se va a ingresar, el coste económico en algunos casos o la actitud del medio social del paciente ante una forma concreta de tratamiento pueden ser

²¹⁰ Simón, P. Tesis Doctoral. Universidad de Santiago de Compostela: Santiago de Compostela, 1997.

²¹¹ Ver nota 59.

más decisivos que la explicación científica de los posibles efectos secundarios del tratamiento.

Otra crítica importante es que en el consentimiento informado se asume que la mayoría de los pacientes toman sus decisiones de una forma racional, cuando de hecho el pensamiento racional es sólo un componente, y no siempre el más importante, de la toma de decisiones. Estados emocionales muy intensos y creencias irracionales pueden fácilmente alterar el proceso normal de consentimiento^{212,213}.

Si la información al paciente no resulta decisiva para su toma de decisiones y la ley constituye un medio relativamente débil para obligar a que se informe en primer lugar, cabría preguntarse cuál es la utilidad de la doctrina del consentimiento informado y si no sería mejor para los clínicos olvidarse de ella. Pero como indican Appelbaum y Gutheil²¹⁴ aún dando por válidas las críticas anteriores, en muchos aspectos exageradas, existen sólidas razones que avalan la aplicación del consentimiento informado en la práctica médica. Muchos pacientes desean recibir la información, aunque luego prescindan de ella para tomar sus propias

²¹² Roth, L.H.; Appelbaum, P.; Sally, R. et al. The dilemma of denial in the assessment of competency to refuse treatment. *Am J Psychiatry* 1982; 139: 910-3.

²¹³ Bursztajn, H.J.; Herndon, P.; Harding, Jr. et al. Beyond cognition; the role of disordered affective states in impairing competence to consent to treatment. *Bull Am Acad Psychiatry Lae* 1991; 19: 383-388.

²¹⁴ Ver nota 59.

decisiones. Además, si en la sociedad actual se concede una gran importancia al derecho de las personas a tomar decisiones inteligentes ante problemas importantes, no parece absurdo respetar el derecho de los pacientes a recibir información. Y lo que es más importante aún, como indican Gutheil et al.²¹⁵, el consentimiento informado puede ser utilizado para reforzar la relación terapéutica al aumentar la confianza y la comprensión entre el paciente y el médico. Ello exige aplicar el “modelo de proceso”, ya analizado anteriormente. El médico y el paciente establecen una relación sincera y un diálogo abierto desde la primera entrevista y hasta el final de su propia relación, compartiendo sus diferentes percepciones sobre la enfermedad, valores y expectativas, en una forma que expresa su “mutua monitorización.” El establecimiento de esta alianza terapéutica entre el clínico y el paciente va a permitir compartir la incertidumbre que generan el estado del paciente, el tratamiento propuesto por el clínico y las perspectivas de futuro. Esta especial relación constituye una buena forma de prevenir las reclamaciones por fallo en la obtención del consentimiento informado.

La alianza terapéutica se comprende mejor analizando las experiencias del individuo enfermo desde un punto de vista psicodinámico²¹⁶. La relación entre el clínico y el paciente es tanto real

²¹⁵ Ghuteil, T.G; Bursztajn, H. Y Brodsky, A. Malpractice prevention through the sharing of uncertainty: informed consent and the therapeutic alliance. *N Engl J Med* 1984; 311: 49-51.

²¹⁶ Meissner, W.W. *The Therapeutic Alliance*. New Haven: Yale University Press, 1996.

como imaginada y constituye la matriz en la que se van a producir los cambios emocionales más duraderos. El paciente experimenta una regresión a niveles mágicos del desarrollo mental. Los deseos mágicos, derivados de los sentimientos infantiles de omnipotencia, le llevan a buscar de forma inconsciente una cura mágica, aunque a nivel consciente pueda hacer una evaluación de su situación bastante realista. El clínico que “sólo” ofrece un cuidado médico razonable puede frustrar las expectativas mágicas inconscientes del paciente y propiciar una mala relación médico-paciente final. Su intervención en estos casos requiere que reconozca de alguna forma que él también desea soluciones mágicas para los problemas de la vida, aunque expresándolo con un cierto tono de sentimiento lamentable que vaya poniendo de manifiesto discretamente la incertidumbre del trabajo clínico. Ejemplos de como podría iniciarse esto en la práctica serían los siguientes²¹⁷: “Me gustaría poder indicarle una medicación que no tuviera ningún efecto secundario”. O este otro: “Me gustaría poder garantizarle que con este tratamiento desaparecerán por completo esas fobias que tanto le molestan”. El médico tiene que saber dosificar la información según las necesidades del paciente y el estado de su enfermedad, e individualizarla según los temores, intereses, profesión, estilo de vida y consideraciones similares del mismo.

²¹⁷ Ver nota 59.

9.2 El futuro del consentimiento informado.

Como indican Schwartz y Roth²¹⁸ dos factores se vislumbran como los más influyentes en el futuro del consentimiento informado: las actitudes del médico práctico y la estructura del sistema sanitario. Se ha argumentado que no puede haber consentimiento informado si el “paciente-consumidor” no tiene posibilidad de elegir entre varias opciones de tratamiento. El individualismo y la autonomía que promueve el consentimiento informado son valores relativos, no absolutos, estando equilibrados no sólo por el valor de la salud sino por múltiples consideraciones económicas y sociales que reflejan la cultura dominante. El inexorable crecimiento e influencia de las medidas de contención de gastos del sistema sanitario en los países occidentales amenaza indudablemente la evolución del consentimiento informado, ya que limita las posibilidades de elección del tratamiento tanto del paciente como del médico.

Se comprende que las restricciones económicas del sistema sanitario propician un ambiente en el que resulta “aún más difícil” para el clínico el ejercicio del consentimiento informado. El médico tiene que realizarlo pensando casi exclusivamente en la promoción de la autonomía

²¹⁸ Schwartz, H.I. y Roth, L.H. Informed consent and competency in psychiatric practice. En *Review of Psychiatry*, vol 8, 409-427. Washington DC: American Psychiatric Press, 1989.

individual del paciente y ello requiere indudablemente una mentalización y educación adecuadas.

Se ha sugerido que las resistencias al consentimiento informado podrían surgir por el miedo del clínico a quedar comprometido en un proceso legal de responsabilidad profesional, aunque ello no se mantiene dado el escaso número de reclamaciones que hasta la fecha se han producido.

Otra opinión es que el médico se negaría porque se le exige que valore más el principio de autonomía que la salud, ya que al realizar el consentimiento informado aumentaría el rechazo a la atención sanitaria. Pero al margen de que los estudios empíricos no avalan este rechazo, la interpretación es errónea porque si bien el médico tiene la responsabilidad de promover la autonomía del paciente de acuerdo con la doctrina del consentimiento informado, su principal obligación es la de intentar que dicha doctrina lo mismo que todos sus esfuerzos respecto al paciente conduzcan a un resultado clínico razonable. El futuro dependerá en gran parte de los esfuerzos que se hagan para corregir todas estas concepciones erróneas así como del valor que la sociedad otorgue a la autonomía individual y a la libertad para elegir en una época de contención de gastos.

Quedan todavía por desarrollar algunos aspectos fundamentales de la teoría del consentimiento informado, entre otros la determinación

definitiva de sus elementos, el acuerdo sobre un criterio clínico y legal de capacidad y el consenso sobre el procedimiento o procedimientos más adecuados para explorarla. En su última propuesta sobre los elementos Beauchamp y Childress²¹⁹ añadían dos elementos más: las recomendaciones sobre el tratamiento (o sobre un plan de vida) y la autorización autónoma del plan elegido. Las recomendaciones sobre el tratamiento y sobre el plan de vida a seguir por el paciente, lo que entre nosotros se conoce como información terapéutica, gozan en la actualidad de un indudable interés entre los médicos norteamericanos. La Asociación Médica Americana (AMA) a través de su revista JAMA ha creado una nueva página que puede ser utilizada por el médico como un apoyo para dar información al paciente sobre la enfermedad que padece. La idea es que los profesionales la fotocopien y la distribuyan en la consulta, o la utilicen para dar explicaciones más claras en la entrevista profesional²²⁰. Para los autores citados las recomendaciones sobre la información pueden ser incluso más importantes que la revelación de la información, sin incluirse en ella, y admitirse como un elemento fundamental por tener carácter normativo.

²¹⁹ Beauchamp, T.L. y Childress, J.F. *Principles of Biomedical Ethics*, 4ª ed. New York: Oxford University Press 1994; 133-136.

²²⁰ Glass, R.M.; Molter, J.; Hwang, M.Y. y Chicago III. Providing a tool for physicians to educate patients: the JAMA patient page. *JAMA* 1998; 279: 1309-1310.

El futuro del consentimiento informado en España se puede inferir en parte de las modificaciones que está experimentando la organización de la asistencia sanitaria y de las conclusiones a las que han llegado, por ejemplo, el grupo de expertos del Consejo de Europa en el Convenio de Oviedo (1997)²²¹ o el Grupo de Expertos de los Ministerios de Sanidad y Consumo sobre Información y Documentación Clínica (1997)²²². También de las conclusiones del grupo de investigadores del INSALUD que han realizado una evaluación del consentimiento informado en España (1997). Según ellos el número de procedimientos con documento de consentimiento es elevado, si bien todavía existe una alta proporción de documentos genéricos en relación con los específicos de cada intervención. Los autores observan un aumento progresivo tanto del número de historias en las que existe consentimiento como de la cumplimentación de los distintos apartados del documento de consentimiento.

Como ya se indicó, en el Convenio de Oviedo se entiende de un modo amplio el término “intervención” en el marco del consentimiento informado, comprendiendo todos los actos médicos, especialmente las intervenciones practicadas con fines preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores o de investigación. Ello podría facilitar la

²²¹ Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina. Consejo de Europa. Oviedo: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, 1997.

²²² Información y Documentación Clínica. Documento Final del grupo de Expertos. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1997.

aplicación del consentimiento informado a un mayor número de procesos terapéuticos, como la psicoterapia, y a los internamientos voluntarios.

Quedan también entre nosotros como objetivos importantes a conseguir un acuerdo o “consenso” clínico y legal sobre el concepto de capacidad de decisión y un procedimiento o procedimientos mayoritariamente aceptados para su evaluación en la clínica.

Por otra parte, debe significarse que los grandes teóricos de la bioética moderna Beauchamp y Childress incluyen a la información terapéutica entre los elementos fundamentales del consentimiento informado.