

## **VIII CONGRESO NACIONAL DE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA MÉDICA (SEVILLA 2023).**

En estos momentos en donde la ética y la deontología están tan presentes en nuestra realidad clínica como médicos expertos en Homeopatía, desde la ANH hemos querido estar presentes en este evento para vivir y poder trasladar de primera mano todo lo allí expuesto y reflexionado.

Sin más, os dejamos con este resumen agradeciendo de todo corazón el esfuerzo y la generosidad de los compañeros que allí estuvieron.

### **RESUMEN DEL VIII CONGRESO NACIONAL DE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA MÉDICA.**

Celebrado en Sevilla del 9 al 11 de febrero de 2023.

Asistencia y transcripción: **Dra. Isabel Romero de la Osa**

### **CURSO PRECONGRESO PARA JUNTAS DIRECTIVAS.**

#### **ACTUALIZACIÓN EN DEONTOLOGÍA PARA JUNTAS DIRECTIVAS DE COLEGIOS DE MÉDICOS.**

**Dr. J M<sup>o</sup> Domínguez Roldan**

La ciencia debe estar relacionada con la experiencia.

#### **LA RELEVANCIA DE LA ÉTICA Y LA DEONTOLOGÍA.**

**Dr. J M.<sup>a</sup> Rubio**

Toda la medicina es ética. Hay que conocer al paciente.

#### **BASES ÉTICAS DE LA DEONTOLGÍA MÉDICA.**

**Dr. Jacinto Bátiz Cantero**

Si no puedes hacer el bien, al menos no hagas daño.

La base de la ética consiste en estudio + experiencia + buen juicio.

El médico no debe quedarse con lo que aprende en la facultad, debe seguir formándose y someterse a juicio en un proceso de autorregulación que le permita corregir sus errores y gestionar los conflictos que se le vayan presentando.

El enfermo no es la enfermedad, es organismo, conciencia y voluntad.

## **FUNCIONES Y FUNCIONAMIENTO DE LAS COMISIONES DE DEONTOLOGÍA MÉDICA EN ESPAÑA.**

**Dr. José M<sup>o</sup> Domínguez Roldán** (Presidente de la Comisión Central de Deontología del CGCOM)

Las funciones de las comisiones deontológicas son:

- Hacer normas
- Formar en Deontología
- Valorar los casos denunciados

## **EL RÉGIMEN SANCIONADOR Y EL CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA MÉDICA.**

**Dr. Mariano Casado Blanco.** (Secretario General del Ilustre Colegio de Médicos de Badajoz)

El régimen sancionador del Código deontológico se basa en leyes como:

- 2/1974 de 13 de febrero sobre colegios profesionales
- 25/2009 de 25 de diciembre Ley Omnibus
- 39/2015 de 1 de octubre sobre procedimientos administrativos

## **MESA REDONDA. NUEVOS PARADIGMAS DE ÉTICA MÉDICA.**

## **GENÓMICA PREDICTIVA, ÉTICA Y DEONTOLOGÍA MÉDICA.**

**Dr. J. Antonio Lorente Acosta.**

Los test genéticos son útiles para determinar la predisposición a padecer determinadas enfermedades, averiguar el origen de esa predisposición e incluso tratarla antes de que se manifieste, pero el que se desarrolle o no la enfermedad no depende solo de la predisposición genética. Generalizar el uso de test genéticos puede llevar a intervenciones médicas, a veces drásticas, en personas que tal vez nunca hubieran desarrollado la enfermedad

## **SOSTENIBILIDAD DE LOS SISTEMAS PUBLICOS DE SALUD: UNA OBLIGACIÓN ÉTICA.**

**Dr. José Ramón Repullo Labrador**

Lo que llevó a la creación de los sistemas públicos de salud fue el reconocimiento de que todas las personas tienen derecho a que sus problemas sean atendidos sin que sea condicionante, entre otras cosas, su capacidad económica. Pero junto a las ventajas que se perseguían aparecen problemas que también son económicos y que se deben a:

- El médico es un asalariado
- La aparición de especialidades y subespecialidades suponen un aumento del número de especialistas
- La aparición de la tecno-medicina
- El aumento de las enfermedades crónicas

## **PERSPECTIVA DESDE LA ETICA DE LA IGUALDAD DE GÉNERO.**

**Dra. María Castellanos Arroyo.**

## **CONGRESO**

### **CONFERENCIA INAUGURAL. LA DEONTOLOGÍA Y LA OMC. ¿QUÉ HA CAMBIADO EN LOS ÚLTIMOS 40 AÑOS?**

**Dr. Juan José Rodríguez Sendín**

En los últimos 40 años la medicina ha cambiado de forma sustancial, lo que obliga a modificar el código deontológico para adaptarlo en situaciones como:

- Identidad de género
- Atención del paciente al final de la vida
- Pruebas genéticas
- Informatización de la historia clínica
- Inteligencia artificial
- Telemedicina

**MESA REDONDA. FINAL DE LA VIDA, EXPERIENCIAS, POLISEMIA, LEGISLACIÓN.**

**EXPERIENCIAS SOBRE LA LEY DE EUTANASIA EN ESPAÑA.**

**Dr. Serafín Romero Agüit**

**POLISEMIA Y EUFEMISMOS AL FINAL DE LA VIDA. POR UN GLOSARIO NECESARIO.**

**Dr. José maría Domínguez Roldán**

**¿NECESITARÍAN LOS CIUDADANOS Y LOS PROFESIONALES DE LA SALUD, UNA LEY ESTATAL SOBRE EL FINAL DE LA VIDA?**

**Dr. Bernabé Robles del Olmo**

**MESA REDONDA. NUEVO CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA MÉDICA.**

**Dra. Pilar León Sanz**

**Dr. Santiago Santa Cruz Ruiz**

**Dra. Felicidad Rodríguez Sánchez**

El nuevo Código Deontológico surgió por la necesidad de adaptar las normas colegiales a la sociedad y la normativa legal actual. Aspectos importantes a tener en cuenta para esta actualización del código son la ley del aborto, la ley de eutanasia, la identidad de género, la informatización

de la historia clínica, la telemedicina y la medicina basada en la evidencia científica.

Se hace referencia a que esta actualización no se ha sometido a alegaciones por parte de los colegiados porque de hacerlo no se cumplirían los plazos previstos para llevarlo al Congreso de los Diputados y darle la correspondiente publicidad en el BOE. La justificación que se esgrime en la dificultad de los plazos tiene que ver con que para el borrador de 2017 se presentaron 3000 alegaciones y su lectura requirió mucho tiempo. La presentación del documento definitivo parece la de un texto secreto al que solo han tenido acceso las personas que lo han redactado.

No hubo apenas tiempo para las intervenciones de los asistentes. Se plantea protesta por el hecho de que se llevara al congreso sin haber sido sometido a alegaciones.

## **MESA REDONDA. CALIDAD EN MEDICINA: UNA OBLIGACIÓN DEONTOLÓGICA.**

**Dr. Luis Ciprés Casasnovas.** Moderador

La calidad es un término que suscita interés porque todos la queremos en cualquier ámbito de nuestra vida. Sobre todo, cuando se habla de una profesión que tiene por objeto al ser humano cuando éste se encuentra en situación de mayor fragilidad y necesidad. Esta calidad no sería tal si junto al conocimiento no se tuviesen en cuenta los valores éticos y deontológicos que constituyen las señas de identidad de nuestra profesión y que quedan recogidas dentro del Código Deontológico.

Todo acto médico se acompaña de una responsabilidad y un compromiso ético y deontológico, que requiere además de la excelencia técnica de la consideración ética que encierra cada acto médico.

## **SALUD PUBLICA COMO OBLIGACIÓN ÉTICA.**

**Dr. Andreu Segura Benedicto**

Hay diferencias entre la ética en clínica y en salud pública:

En clínica el foco es la atención individual del paciente y el dilema ético se presenta entre el médico y el paciente, sobre todo cuando se trata de

establecer prioridades, que vienen determinadas por los recursos que tenemos.

En salud pública el foco son las intervenciones colectivas, (pertinencia de la intervención, equidad, eficiencia social) y los problemas se plantean entre los grupos sociales y el estado de bienestar, es decir sobre el bien común. La dimensión social es muy importante para la salud pública y no es solo cosa de los sanitarios, sino de todos.

El Código Deontológico Médico asume que la medicina tiene que ver con la salud de las personas y de las comunidades y que el médico tiene que procurar por ambas.

En la salud intervienen las condiciones vitales y sociales del paciente y el médico debe conocerlas, porque en determinadas situaciones el síntoma está alertando de problemas que no son médicos y que por tanto no tienen solución médica. El ansiolítico, por ejemplo, puede aliviar la ansiedad, pero no va a solucionar el problema y pueden provocar efectos secundarios indeseables. No se deben hacer cosas que no se saben si van a ir bien hasta que lo sepamos.

La salud es el medio para vivir plenamente, pero no es el fin de la vida.

La salud pública es aquello que como sociedad hacemos colectivamente para asegurar las condiciones en las que la población pueda ser saludable. No es solo responsabilidad médica, Y en ella intervienen también la educación, el urbanismo, etc.

La medicina preventiva es a veces arrogante y las ordenes preventivas, que no son consejos, son a veces peligrosas. La salud pública no debe ser, sino auxiliar en la toma de decisiones.

La medicina debe ser la más eficaz entre las conocidas y se deben conocer los pros y los contras de las medidas a tomar.

Las medidas deben ser justas y equitativas. No pueden beneficiar o perjudicar a unos más que a otros.

Se han de tener en cuenta las interferencias que se producen.

Cuando uno toma una decisión no solo debe hacerlo con la convicción de que es lo mejor, sino que debe averiguar cuál ha sido el resultado.

## **MEDICINA NO PRESENCIAL. UNA REALIDAD CON RIESGOS ÉTICOS Y DEONTOLÓGICOS**

### **Dr. Rogelio Altisent Trota**

La medicina no presencial es útil en determinadas situaciones, como dar resultados de estudios diagnósticos, para poner tratamiento a un paciente conocido con una historia clínica en la que existe un problema recurrente, para asesorar al paciente que se ha tomado la tensión o la glucemia, etc.

Esto se ha hecho siempre, pero durante la pandemia, por cuestiones de necesidad, se ha limitado la presencialidad del paciente a los servicios sanitarios y se ha recurrido a la telemedicina hasta el extremo. Tras esta experiencia se ha llegado a la conclusión de que la presencialidad no es tan necesaria. Pero no es así, ya que:

- El paciente es atendido unos días por un médico otros por otro. El paciente no conoce al médico que le atiende ni el médico al paciente.
- Se pierde la confidencialidad. El paciente cuenta su problema sin saber si alguien puede estar oyendo su relato al otro lado del teléfono
- A veces no se tiene la precaución de decir al paciente que ante la más mínima duda tiene que ir a consulta presencial. A veces después de la relación telemática el paciente tiene que ir a consulta porque hay que explorar. Se ha llegado a situaciones de negligencia a las que nos hemos llegado a acostumbrar porque no se ha estado lo suficientemente atentos.
- Se puede estar vulnerando el principio de justicia, porque hay personas que no son capaces de pedir cita telefónica, etc.
- Se carga sobre el paciente la responsabilidad de si debe o no ir al consultorio.

La relación clínica es el corazón de la medicina, es una relación afectiva entre una persona que tiene un problema y otra que tiene conocimientos para poder resolverlo. En la medicina no presencial también debería existir esa relación. El paciente debería poder hablar y el médico debería tener tiempo para escuchar y tener una actitud resolutoria. No puede ser una relación anónima, hay que conocer al paciente, saber de él.

Los criterios éticos y deontológicos para una relación no presencial son:

1º Que exista una distancia importante hasta el consultorio y quizás por teléfono se puede tomar una decisión.

2º.- Hay que buscar la excelencia.

3º.- Hay que ser prudente.

## **CALIDAD, INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN COMO MANDATO ÉTICO Y DEONTOLÓGICO.**

### **Dr. Isaac Túnez Fiñana**

Los poderes públicos muchas veces no pueden regular determinados aspectos, o porque no tienen la capacidad de saber qué es lo que tienen que regular o porque entramos en un problema de valores.

La investigación en Andalucía sigue el modelo de calidad que todos conocemos como medicina basada en la evidencia.

La investigación genera mucha información que se recoge en forma de documentos que puedan llegar a la docencia. Hemos utilizado dos tipos de documentos para los que es necesaria la investigación.

- Sugerencias de los tipos de medicamentos, tecnología sanitaria y productos sanitarios que deberíamos utilizar en los sistemas públicos de salud. Para esto es necesario contar con investigación primaria
- Elaboración de guías de práctica clínica. No llegan a ser reglamentos, sino que están en documentos de consulta recomendada sin llegar a adoptar carácter de obligación y respetando la libertad de prescripción del profesional

En el desarrollo de la calidad del conocimiento se necesita investigación dirigida a saber si un medicamento es realmente eficaz, si una práctica clínica es realmente la más indicada, etc. Pero a veces ese conocimiento no interesa a los financiadores de la investigación que evidentemente tienen sus objetivos, y se crea un vacío de conocimiento donde debe intervenir la deontología del profesional. Son los clínicos quienes tienen que liderar la cuestión y proporcionar la evidencia, porque fuera de este ámbito difícilmente va a encontrarse.

Hay que generar conocimiento, pero debe hacerse de forma responsable, ética y lo más segura posible. No se puede decir al 100% segura porque cuando vamos a probar algo, no sabemos realmente cómo va.

Un instrumento para conseguir que los profesionales utilicen de forma voluntaria esta medicina basada en la evidencia es la creación de manuales de competencias donde se acreditan las competencias personales en una determinada práctica médica en función de las buenas prácticas de esa gestión del conocimiento. Por otra parte, está el mapa de competencias cuyo ideario sería todo lo que debería saber el profesional de una determinada especialidad dependiendo de la cartera de servicios del sistema andaluz de salud.

El programa DESARRÓLLATE proyecta una imagen del médico ideal. Ha sido desarrollado por una serie de grupos en los que trabajan sociedades de cada especialidad. El médico se compara con el ideal y toma la decisión de qué competencias tiene que adquirir para acercarse a ese ideal.

Desde hace años se trabaja en un programa centrado en los derechos legales de los pacientes en el contexto de la investigación biomédica.

Los servicios sanitarios públicos son el mayor laboratorio de investigación biomédica. Casi todos los ensayos clínicos y toda la investigación biomédica se hacen en los Sistemas Públicos de Salud. Tenemos el papel de ser un laboratorio vivo en el que se realizan las investigaciones. Pero tenemos un compromiso ético, de transparencia y de buen gobierno en cuanto a decidir en qué tipo de investigaciones colaboramos.

Los resultados deben ser publicados, pero no todo se puede publicar en una revista porque no todo es aceptado por los revisores. Cuando no puede hacerse hay que recurrir a otros medios porque:

- a.- Se evita repetir experimentos que ya se han hecho.
- b.-. Los resultados negativos también deben conocerse.

La Consejería de Salud, el Gobierno de España e incluso Europa proponen que las bases de datos de los pacientes deben estar a disposición de la investigación, con lo que se podría llegar a la máxima eficiencia en investigación. Se tiende a que todas las determinaciones que se hacen en el sistema público de salud este registrado, de manera que tanto en paciente

como el sistema tiene acceso a esos datos porque el conocimiento permite tener más calidad en la atención de los pacientes.

### **INTERVENCIONES Y RESPUESTAS.**

ASISTENTE. Los que hemos trabajado antes de tener las herramientas informáticas para trabajar con datos, con bases de datos masivas, con registros, somos conscientes de que aquello que está escrito en las historias clínicas tiene muchas imperfecciones. Una de las graves limitaciones que tiene la nueva promesa de los datos, hemos de ser conscientes de ellas para no crear grandes sesgos y grandes mentiras, es ser conscientes que la calidad de los registros clínicos, no es maravillosa. Habría que generar mecanismos correctores de esas incoherencias. Los estudiantes que se están formando creen que cuando están analizando datos masivos están generando verdad, deben saber que la materia sobre la que trabajan tiene sus limitaciones

RESPUESTA 1. Los datos que se recogen para atender al paciente no son los mismos que los que se utilizan para hacer una investigación. No es lo mismo atender que investigar, y los requisitos que se deben tomar no son los mismos. En la investigación hay que tener cuidado con determinadas cosas que pueden ser un problema para el paciente. Las bases de datos se producen en un contexto de atención, no en un contexto de investigación

RESPUESTA 2.- Este tema de los datos los conocemos todos. La base poblacional captura datos de las historias clínicas, que evidentemente contiene errores. Hay que hacer dos cosas:

1º Depurar los errores, y para ello nos puede ayudar el Big data, que tiene mecanismos para detectar incoherencias en los registros.

El paradigma del “big data” es que en Google metemos datos falsos, pero sabe que es lo que haces y partiendo de ahí conoce tus intereses, etc

A lo mejor la historia clínica está mal escrita o es incompleta, pero tiene datos suficientes para saber lo que es importante del paciente. Las bases de datos no son de investigación y por tanto no tienen la misma calidad. Tenemos que tener en cuenta que según el propósito de los datos nos pueden servir o no para determinadas cuestiones

A veces los datos no se asientan en el mismo sitio. Los de investigación tiene su plataforma propia, individual, única y no confidente. Las fases 2-3 de las

investigaciones no siempre se publican porque no interesa a los patrocinadores

## **MESA REDONDA. DEONTOLOGÍA Y DERECHO SANITARIO.**

### **EL PRINCIPIO DE LA LEGALIDAD Y LOS CÓDIGOS DEONTOLÓGICOS.**

**D<sup>a</sup>. M.<sup>a</sup>. Luisa Alejandre Durán** (presidente de la Sala de lo Contencioso Administrativo del TSJA)

La diferencia entre ética y deontología consiste en que la ética va orientada al bien y la deontología al deber. En la ética, predomina la conciencia individual y ni es normativa ni exigible. La deontología se contiene en normas y códigos, es exigible al profesional en sus actuaciones y establece unos mínimos obligatorios.

La deontología es una ética aplicada, aprobada y aceptada por el colectivo profesional, que implica un código de conducta, tipifica infracciones por su incumplimiento y regula el procedimiento y las sanciones que procedan. Esto debe tener un respaldo legal y un sistema de garantías que incluye varios niveles de recursos y alcanza al final lo contencioso administrativo.

Los códigos deontológicos son corporaciones de derecho público amparados por la ley, reconocidos por el estado como persona jurídica propia con plena capacidad para el cumplimiento de sus fines, entre los que se encuentra la ordenación de la actividad profesional de los colegiados, velar por la ética y dignidad profesional y el respeto de los derechos de los particulares.

Para cumplir satisfactoriamente su función pública de ordenar debe estar dotado de los instrumentos adecuados, que son:

- La potestad normativa. Cuando unos estatutos de un colegio, del Consejo General o de la OMC aprueban normas deontológicas, están ejerciendo una potestad normativa delegada por el poder público.

- La potestad disciplinaria. En el ejercicio de la función sancionadora debe cumplir el Principio de Legalidad. Esto significa que toda actuación realizada por los poderes públicos han de estar dentro de los límites de la Constitución y de las leyes.

Es un principio básico en el procedimiento sancionador que no cabe ninguna pena sin ley. Nadie puede ser sancionado por acciones u omisiones que en el momento de producirse no constituyan delito, falta o infracción administrativa según la ley vigente en ese momento.

Según el Principio de Legalidad los colegios profesionales que ejercen potestades delegadas del poder público tienen que ajustarse a:

- La Constitución.
- La ley Estatal
- Las leyes autonómicas
- Los estatutos generales aprobados por Real Decreto y publicados en BOE que tienen rango reglamentario

En la preparación de los procedimientos sancionadores tienen que respetarse las leyes procedimentales, generales y básicas como son las 39 y 40 de 2015

“La validez de las normas colegiales vendrá determinada por su adecuación al ordenamiento jurídico en su conjunto, de manera que si no se adecuan al ordenamiento jurídico no tienen validez”.

El Principio de Legalidad ha sido flexibilizado y matizado por la jurisprudencia del Tribunal Supremo y del Constitucional diciendo que: las normas deontológicas aprobadas por los colegios no constituyen simples deberes morales sin consecuencias de orden disciplinario, sino que dichas normas determinan obligaciones de necesario cumplimiento por los colegiados que responden a las potestades públicas que la ley delega a favor de los colegios. Se defienden los intereses públicos, no los intereses del colegio.

Los códigos deontológicos deben conjugar perfectamente las normas de prohibición y las de orientación. Es fundamental que comprendan normas de buenos principios generales que señalen como alcanzar la excelencia

profesional. Y sobre todo deben contener una buena regulación del procedimiento sancionador respetando los principios de legalidad, tipicidad y publicidad, porque en sí, las normas deontológicas no tienen entidad jurídica suficiente.

La ley de colegios profesionales establece que los Consejos Generales elaborarán, para todos los colegios de una misma profesión, unos estatutos generales que serán sometidos a la aprobación del gobierno, publicados en el BOE y con rango reglamentario. Estos estatutos generales serían el instrumento normativo adecuado para regular el régimen disciplinario con rango reglamentario.

La Jurisprudencia Constitucional presta a las normas deontológicas un fuerte respaldo de legalidad.

La Constitución exige el rango de ley formal en relación al principio de tipicidad.

El Tribunal Supremo y el Tribunal Constitucional dicen que, al existir una relación de sujeción especial entre los colegiados y los colegios, se flexibiliza el Principio de Legalidad. Y la ley del 74 hace una revisión a los estatutos colegiales o a los códigos deontológicos de los colegios diciendo que se pueden utilizar conceptos jurídicos determinados siempre que con criterios lógicos o técnicas de experiencia permitan con suficiente seguridad la naturaleza y características esenciales de las conductas que se tipifican.

Las normas deontológicas deben publicarse en BOE.

## **LA NECESARIA ARMONIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO SANCIONADOR EN LOS COMS.**

**D Carlos M.<sup>a</sup> Lapeña Aragúes** (Letrado del Colegio de Médicos de Zaragoza)

En el derecho colegial rigen normas y reglas un poco diferentes respecto a nuestro ordenamiento, como es el reconocimiento de la capacidad autonormativa.

En el reparto competencial de nuestro Estado de Derecho se producen zonas limítrofes continuas entre las facultades que corresponden al Estado y a las comunidades autónomas.

Puesto que los colegios profesionales son entes corporativos, dotados de autonomía para la ordenación y control de las actividades profesionales, son sus estatutos, los llamados a regir la vida de esas corporaciones que gozan de naturaleza pública.

Es constitucionalmente legítimo que los estatutos de cada colegio profesional especifiquen el cuadro de infracciones y sanciones que integran el régimen disciplinario de sus respectivos colegiados.

El Tribunal Supremo dice que en el caso de los estatutos generales de la profesión se considera:

- Primero: que no tiene rango de ley al no aprobarse mediante Real Decreto, pero no por ello dejan de ser normativa básica del estado, que es quien tiene competencia para aprobarlos.
- Cada colegio profesional aprueba sus estatutos, pero el Consejo General elaborará para todos los colegios unos estatutos generales. Estos estatutos los aprueba el gobierno.

Existe pues, una doble fase en la elaboración y aprobación de los estatutos particulares:

A. Una primera fase de elaboración por el colegio profesional y su posterior aprobación por el Consejo General.

B. Una segunda fase que dependerá de la autoridad autonómica correspondiente.

Hay que moverse entre las competencias del estado y las de las comunidades, mutatis mutandis, entre los consejos y los colegios para llegar a un acuerdo.

Hay 52 estatutos totalmente diferentes. Si se tiene la oportunidad de analizar el procedimiento, hay procedimientos en los que la Comisión Deontológica no interviene, otros en los que interviene al principio y al final. Me preocupa el que exista una clara aplicación del principio de

imparcialidad, de manera que el órgano que instruye no participe de la toma de decisiones.

Normalmente las comisiones deontológicas participan al inicio de los expedientes disciplinarios a modo de instrucción previa, para informar a las juntas directivas, que son quienes realmente acuerdan la apertura del expediente disciplinario y quienes toman la decisión última de la resolución después de la propuesta. Hay un instructor que suele ser un colegiado elegido al azar, que en ocasiones está previsto que sea una persona activa y hay colegios en los que el instructor es uno de los letrados. Lo que me preocupa es que hay quien piensa que la Comisión Deontológica no debe participar como un órgano que se escucha al final, es decir cuando la Junta Directiva toma su decisión, porque considera que esa imparcialidad perjudica.

La imparcialidad que se tiene que exigir al juzgador como poder judicial no es exigible dentro de la administración y, por lo tanto, como subespecie del procedimiento administrativo, en el colegial tampoco hay ningún inconveniente en que el instructor pueda ser un miembro de la Junta. Por supuesto, sin perjuicio de la abstención, la Junta Directiva en algunos casos y en otros la Junta de Gobierno delegada, deberán participar en la deliberación y podrán disponer, pero se abstendrán a la hora de votar.

## **EL PAPEL DEL DERECHO Y LOS ABOGADOS EN LAS COMISIONES DE DEONTOLOGÍA MÉDICA.**

**D. Ignasi Pidevall Borrell** (Letrado del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona)

Es muy importante que las normas deontológicas y todo lo que conlleva el ordenamiento jurídico profesional, la ley de profesiones sanitaria, la ley de autonomía del paciente, y todas aquellas que afectan tanto al derecho a la vida, al derecho a la protección de la salud o al ejercicio de las ciencias de la salud, sean vistas por los profesionales sanitarios de forma persuasiva. Que piensen que son normas que tratan de guiarles y orientarles en el mejor camino para su praxis.

La mayoría de los médicos no ha leído las normas deontológicas, pero saben actuar bien porque de forma tradicional se van trasladando los valores, ese humanismo que es propio de las profesiones sanitarias.

Las normas son normas y forman parte del reglamento jurídico, por tanto, son imperativas. El Código Deontológico son normas de obligado cumplimiento, más allá de ser un deber es un tratado de deberes morales.

El Principio de Tipicidad es una garantía para los expedientados, pero se modula y se modera en el ámbito en el que estemos hablando. En el ámbito de los colegios de médicos se relaja, pero no por ello se le quita importancia. Se relaja mientras que las decisiones que se tomen, sean basadas en el interés público y en los intereses individuales que se establecen: no decisiones arbitrarias, no altamente excepcionales.

El Código Deontológico está bien desde el punto de la enseñanza o de predicar determinadas teorías a sus colegiados, pero no es necesario para la legislación. Los principios generales básicos son a veces suficientes para poder sancionar.

Los abogados colaboramos en la redacción de la Ley de Profesiones Sanitarias. Teníamos un título en el borrador de anteproyecto que se dedicaba a la potestad sancionadora y a una eventual reprimenda a aquellos colegios que no actuaran correctamente. El legislador tuvo muchos interrogantes sobre si los colegios profesionales cumplirían bien esas funciones. Hubo que hablar de las obligaciones deontológicas porque, si no, la ley quedaba como una ley formal donde el control de quienes debían controlar casi no aparecía.

La comisión debe saber qué es lo que debe hacer ante cualquier denuncia o queja, de la misma manera que tiene que escuchar al abogado. No participo en la idea de que la comisión en sí misma tenga que tramitar los expedientes, aunque sea a “ad libitum”, sino que debe estar a un poco más de distancia y que eso sea hecho por órganos o por el secretario de la Junta o por otros pequeños grupos que puedan realizar el trámite judicial. Sí que es cierto que las comisiones no solo deben actuar a instancia de la Junta, pueden actuar internamente de oficio. Es decir, instando a la Junta sobre la necesidad de pronunciarse sobre algo, de remitir el código o de advertir o alertar a la población sobre determinado extremo. Y eso, evidentemente, forma parte de la buena voluntad, de la buena fe y de las buenas prácticas

del presidente y del resto de miembros de la Comisión, que podrá dotarle de ese contenido y de esas finalidades para su mejor funcionamiento.

Las normas deontológicas forman parte del ordenamiento jurídico.

## **CUESTIONES JURÍDICAS DEL NUEVO CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA MÉDICA.**

### **D. Ricardo de Lorenzo y Montero. (Director de los servicios Jurídicos del CGCOM)**

Esta es la primera vez que la Organización Médica Colegial tiene un código deontológico parejo a la realidad social que actualmente vivimos.

No solo contempla los temas más espinosos del derecho sanitario sobre el comienzo y el final de la vida, sino que contempla múltiples situaciones como las derivadas de la pandemia, se incorpora el tema de la telemedicina y contempla el tema de las sociedades profesionales.

El código consta de 93 artículos, tiene 26 capítulos. Todavía no se ha publicado en el BOE, pero va a entrar en vigor en el momento en que se presente en el Congreso de los Diputados para lo que ya está establecida una de las fechas ante la ausencia de la publicidad que debería tener el código deontológico.

El artículo 3 se refiere a las sociedades profesionales. Esto conllevará necesariamente la modificación de la mayor parte de los estatutos colegiales, porque indiscutiblemente muchas de las sanciones, como la inhabilitación, no entran con el tema de las sociedades profesionales

## **ENTRE LA TRANSPARENCIA Y LA PROTECCIÓN DE DATOS. ¿SE PUEDE FACILITAR EL NUMERO DE PROFESIONALES OBJETORES DE CONCIENCIA DE UN CENTRO SANITARIO?**

### **Dra. Pilar León Sanz**

No procede proporcionar información sobre el número de profesionales objetores de conciencia de cada centro sanitario porque, si bien la normativa sobre transparencia garantiza el derecho de acceso a la información pública, este derecho queda limitado si la información solicitada contiene datos personales de ideología. En estos casos solo se

puede acceder a los datos con el consentimiento expreso por escrito del afectado. La solicitud al afectado produce además la suspensión del plazo para resolver la petición.

En cualquier caso, aunque la administración contara con el consentimiento de los afectados, tampoco estaría obligada a facilitar la identidad de los médicos objetores ni la de los médicos no objetores. Tampoco los datos que puedan hacer estos datos identificables, como es el número de objetores o en condiciones de practicar los abortos en centros con un número pequeño de profesionales. Por lo que según lo previsto en la ley foral de transparencia puede denegar directamente la solicitud si no hay consentimiento expreso o considera que prevalece la mayor garantía de los derechos de los sanitarios afectados.

La objeción de conciencia, ligada a la interrupción voluntaria del embarazo, es una decisión individual del personal sanitario que debe ser manifestada anticipadamente y por escrito a fin de adoptar las medidas necesarias para garantizar la confidencialidad y la utilización exclusiva para los fines previstos.

La regulación foral establece que el acceso a esa información será con fines exclusivamente organizativos, estadísticos, científicos o sanitarios, de conformidad con lo previsto en la legislación en materia de protección de datos de carácter personal, lo cual puede excluir la contestación a la pregunta formulada. El profesional que quiera ser objetor de conciencia tiene garantizado que solo su jefe tiene esa información. Además, se da opción de objetar a casos concretos.

La ética médica, la deontología y la ley de protección de datos garantiza el derecho al honor y a la intimidad personal protegiendo el acceso a los datos personales. Todos los profesionales, sean objetores o estén dispuestos a realizar la interrupción voluntaria del embarazo tienen derecho a esa protección

El código deontológico establece que el médico debe comunicar esa decisión al responsable de garantizar la prestación, pero también que de la objeción de conciencia no se puede derivar ningún tipo de perjuicio o ventaja para el médico que la invoca.

El reconocimiento de la objeción de conciencia del médico es imprescindible para garantizar la libertad e independencia profesional y

prevé que el colegio de médicos preste asesoramiento y la ayuda necesaria para proteger este derecho de los profesionales.

## **DONACIÓN DE ÓRGANOS EN LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR EN HOSPITALES DEL PAÍS VASCO: ANÁLISIS PRELIMINAR DESDE LA DEONTOLOGÍA.**

**Dra. Isabel López-Abadía Rodrigo**

Esta es una consulta que nos llegó a la Comisión de Deontología desde varios hospitales del País Vasco. Había una diferencia en el protocolo que estaba implementando el hospital de Donostia y el de Cruces. Se llegó a plantear si estaríamos planteando de manera correcta desde el punto de vista de la deontología como se estaba haciendo el protocolo de la donación de órganos en los casos de eutanasia.

Es relativamente frecuente en los casos de personas que solicitan ayuda para morir el solicitar también el ser donantes de órganos. Esto presenta una dificultad añadida porque son dos procesos que, aunque deben ir en paralelo, en algún momento confluyen. Hay que tener en cuenta que lo más importante que es el proceso de ayuda a morir no va a materializarse en el hospital, que es donde se realiza la extracción de órganos.

La propia Organización Nacional de Trasplantes publicó un protocolo para estos casos en mayo de 2022, casi un año después de la entrada en vigor, porque se veían las dificultades.

En el intento de aplicación de este protocolo es donde se han generado algunos problemas.

La primera parte del protocolo es un poco largo y algo técnico, pero se han producido demasiados problemas. Hay una parte fundamental que es el de recabar un consentimiento informado específico para la donación en asistolia para los casos de prestación de ayuda a morir. Tiene una particularidad respecto a lo que es la donación en asistolia normal y es que hay que dejar claros tres puntos que debe saber la persona que está solicitando ser donante. En principio son pacientes que pueden llevar muy mal cualquier tipo de intervención.

Tienen que saber que hay muchas cosas que no se pueden evitar. Hay que hacer algunas exploraciones complementarias necesarias para ver si los órganos son fiables, canalizaciones arteriales y venosas antemortem - postmortem y la más importante es la necesidad la prestación directa en una institución hospitalaria. En este punto algunos pacientes se niegan porque lo que quieren es morir en su casa, con su familia.

Una vez que se hace el análisis preliminar, es decir, una vez que la comisión de garantía y evaluación da su OK, es decir que el proceso sigue adelante, se comunica al coordinador de trasplantes el cual pide una historia de evaluación a ver si este proceso es viable. Si en ese estudio de historia clínica se decide que el paciente puede ser donante se pasa a un análisis preliminar de la adecuación ética. Es decir, no está influyendo en su decisión de ayuda a morir el ser donante de órganos.

Añade el protocolo que, como ya se ha visto que esto está pasando y la experiencia de otros países como Holanda, Bélgica o Canadá, dicen se han dejado ante el plan de dar satisfacción a esas personas que quieren ser donantes que tienen que pasar por esto.

Se podría plantear la opción de sedar en el domicilio y trasladar desde el domicilio en una UVI móvil. La Organización Nacional de Trasplantes dice que según cada comunidad autónoma esto podría ser una posibilidad.

Los principios de la ONT dicen que en estos casos las máximas más importantes son:

- Intentar en todo momento respetar los deseos del paciente. Lo más importante es la petición inicial de ayuda morir.
- Principio de mínima instrumentalización. Es una opción generosa la del donador de órganos y nos ponemos en el lugar de una persona en estas circunstancias, pero hay también un interés importante el de conseguir órganos para gente que los necesita. Entre estos dos valores de ayuda debe primar “no maltratar” con mucha instrumentalización.

Si esto se hace en el domicilio el paciente debe saber que utilizamos monitorización continua, administración de sedación, de analgesia, intubación.

Se plantean riesgos potenciales de la sedación, intubación a domicilio, esperando con la UVI móvil a la puerta para moverlo. Los riesgos hay que valorarlos en cada caso individualmente, porque:

- El riesgo de aspiración existe siempre. Al paciente hay que indicarle que no puede comer ni beber durante las horas anteriores al proceso. Igual que en cirugía.
- No vale con una sedación simple por el riesgo de desaturación y pérdida de la viabilidad de los órganos, con lo cual hay que intubar. Y puede que no vaya bien, porque la vía aérea puede ser difícil porque son pacientes que están muy deteriorados. Puede ser necesario sedación profunda, intubación, ventilación mecánica, estabilización posterior al traslado. La instrumentalización importante es un riesgo que el paciente tiene que aceptar.
- Riesgo importante de muerte durante la sedación. Si esto ocurre, se acuerda no reanimarle.

Los equipos de trasplantes son equipos altamente cualificados y que tienen un entrenamiento muy importante para una cosa muy concreta, pero de repente se enfrenta al traslado desde un domicilio, que no es el entorno en el que suelen trabajar. Deben ser equipos de profesionales capaces de saber manejarse en estos espacios de carácter familiar.

Por mucho que nos digan que el protocolo debe ser para comunidades autónomas, realmente debe ser cada centro el que haga un análisis de los medios que tiene, técnicos y humanos. Y con eso y las circunstancias (espacio pequeño en la casa, etc.) y deseos específicos del paciente, hay veces en las que simplemente hay que decir al paciente que es imposible la donación, se les agradece su generosidad y se les ofrece la posibilidad hospitalaria, pero sin forzar.

## **EVOLUCIÓN DEL CÓDIGO DEONTOLÓGICO.**

### **Dra. Olena Kurshnirenko Bezugla**

Aristóteles fue la primera persona que utilizó en término ética para nombrar un campo de estudio desarrollado por sus predecesores, Sócrates y Platón. Pero es Emmanuel Kant quien es considerado el padre de la ética.

La primera publicación se hizo en el siglo V con el título “Fórmula fómites archiatroruma”. Este es el código de ética más antiguo que se conoce. Pide a los médicos que profundice en el estudio y promulga que se consulte con otros médicos.

En el siglo XVIII Thomas Percival, publica la primera Ética y Jurisprudencia.

En 1847, la asociación Médica Americana edita su primer código ético.

En España el primer Código Ético se publicó en 1978 basado en la Constitución de ese año, con 13 capítulos y 38 artículos. Eran 8 páginas sobre relación médico paciente, secreto profesional, relaciones de médicos entre sí y otras instituciones, publicidad y publicaciones profesionales.

En 1990 sale una modificación del Código incorporando trasplante, fin de la vida, necesidad de investigación, derechos humanos, vulnerabilidad, regulación del trabajo en el ámbito hospitalario, la calidad

En 1999 aparecen nuevas aportaciones y ampliaciones. Es el tercer código que consta 17 capítulos y donde se nombra por primera vez al médico perito y al médico asalariado.

En 2011 sale el cuarto código. Habla de pruebas genéticas, dopaje deportivo, docencia.

En diciembre de 2022 sale la quinta modificación que incluye Avances científicos y tecnológicos, influencia de la pandemia del COVID, telemedicina, redes sociales y su poder positivo y negativo en el ámbito sanitario, eutanasia, normativa de subrogación, orientación sexual y defensa en violencia de género.

Gracias a esta herramienta, el Código Deontológico como nuestra ley, podemos seguir atendiendo a nuestros pacientes con caridad y seguridad.

### **INTERVENCIÓN DE REPRESENTANTE DE ANH.**

Yo no voy a hacer ninguna pregunta. Supongo que todos ustedes pertenecen a comisiones deontológicas y juntas directivas; yo no, y quiero daros las gracias por vuestro esfuerzo, porque en realidad dependemos de vosotros.

Pero quería hacer hincapié en que en el Código Deontológico se habla del derecho a la objeción de conciencia en el caso del aborto y en el derecho a la objeción de conciencia en el caso de la eutanasia, pero no se habla del

derecho a la objeción de conciencia cuando se nos propone, casi como obligación, seguir los protocolos.

Muchas veces, sabemos que los protocolos indican medicamentos que o no se pueden utilizar porque el paciente ya tiene una contraindicación o que producen efectos secundarios que son mucho más graves que la propia enfermedad que queremos tratar.

Sabemos que hay terapias que ahora mismo están en el observatorio, siendo seguras y eficaces. Yo mismo pertenezco a un grupo de médicos que hemos utilizado esas terapias porque, por experiencia propia, hemos comprobado que son eficaces y siento que actúo contra mi moral, contra mi ética, cuando no puedo utilizarlas, siendo como son más eficaces y seguras que otras en muchas situaciones clínicas, en el sentido de que pueden llegar a producir una mejoría en los pacientes más prolongada sin provocar efectos secundarios.

Creo que vosotros, como representantes que sois de todos los médicos, deberíais estudiar muy bien qué es lo que está pasando con el observatorio porque muchas de ellas son terapias, como la Homeopatía, que no deben ser menospreciadas.

A mí me estáis viendo todos caminar con dos bastones. Pero camino, con dos bastones, gracias a la Homeopatía, porque yo desde hace 20 años tendría que estar yendo en silla de ruedas. Es mi experiencia. Luego la he utilizado en pacientes y he conseguido curaciones de asma graves, mejorías en enfermedades progresivas severas en las que se ha reducido la velocidad de la progresión. Yo creo que no se nos debería prohibir el uso de terapias, como la Homeopatía, que han demostrado su eficacia y seguridad.

Pienso que cuento con ustedes; son nuestros representantes

**ASISTENTE.** Creo que lo que tú planteas tiene que ver con la objeción de ciencias, más que objeción de conciencia. Eso está contemplado en el código.

**REPRESENTANTE DE ANH.**

Claro. En el Código se dice que el médico tiene que utilizar medicamentos que hayan demostrado científicamente su evidencia, no que la hayan demostrado por la experiencia del médico.

La experiencia del médico es muy importante. Muchas veces los medicamentos que se nos invitan a utilizar porque tienen evidencia científica demostrada hay que retirarlos al cabo del tiempo porque vemos que producen graves efectos secundarios.

## **IMPORTANCIA DE LA AUTORREGULACIÓN: ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD DE LA COMISIÓN DE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA MÉDICA EN CÓRDOBA.**

**Dra. Cristina María Beltrán Aroca.**

La práctica médica debe regirse por una gran profesionalidad y la firme adhesión a unos valores y comportamientos morales que sean ejemplarizantes para el resto de la sociedad. Esta es la única forma que tenemos de garantizar una atención de calidad y de minimizar los riesgos que ponen en peligro la seguridad del paciente. En Europa, el Convenio Europeo de Derechos Humanos protege los derechos de las partes implicadas en los procedimientos de régimen disciplinario. España, como estado miembro del Consejo de Europa está obligada a aceptarlos.

La Organización Médica Colegial señala como uno de los principios rectores de la profesión médica la práctica de la autorregulación. Debido a la ausencia o escasez de bibliografía relacionada con este tema planteamos como objetivo principal de este trabajo determinar la actividad de la Comisión de Ética y Deontología de Médica del Colegio de Médicos de Córdoba relacionada con las resoluciones de situaciones conflictivas entre 2013 y 2021. Como objetivo secundario describir las características de las reclamaciones presentadas, determinar su asociación con la instrucción de un expediente disciplinario y analizar su trascendencia ética. Para esto se diseñó un estudio observacional transversal en el que una vez que fueron excluidas aquellos casos que no eran competencia de la Comisión, que estaban pendientes de la resolución judicial o que directamente no eran reclamaciones, la muestra final tenía un total de 83 casos.

Se analizaron una serie de variables, realizamos un estudio descriptivo, una revisión de variantes y multivariantes, considerando como valores estadísticamente significativos aquellos inferiores a 0'5.

El estudio se llevó a cabo previa aprobación de la Junta Directiva del Colegio y el CEI de Córdoba.

En un periodo de 9 años la incidencia total de reclamaciones presentadas y resueltas fue de un 2,6 por cada 1000 colegiados, cifra inferior a la previamente publicada por el mismo colegio en el periodo 2002-2007, muy similar a la de un estudio nacional realizado entre 2013-2014 y uno del Colegio de Médicos de Baleares entre 2012 y 2015

Habitualmente las denuncias eran interpuestas por pacientes, al igual que en otras series nacionales e internacionales. Después tenemos los conflictos entre médicos que se presentan en un porcentaje nada desdeñable, lo cual pone en peligro no solo el deber deontológico de confraternidad sino también la defensa de los derechos y seguridad de los pacientes, aunque en cifras inferiores a las previamente publicadas en nuestros colegios, por lo que no pudimos confirmar la tendencia al alza reportada por el Colegio de Islas Baleares.

En la mayoría de los casos las denuncias eran interpuestas a un único médico. Parece ser que las denuncias en grupo actúan como un factor protector ante las medidas disciplinarias. No pudimos comprobar nada al respecto, pero si es cierto que hubo un caso en el que 17 médicos fueron denunciados, pero solo dos fueron expedientados y ninguno sancionado.

Afortunadamente el hecho de que un médico sea denunciado y sancionado de manera reiterada es muy poco frecuente. En nuestra serie solo 5 casos de 83, fueron expedientados y 3 sancionados. Todo ello en cifras inferiores a las publicadas en otros estudios.

De los 83 casos, hubo hasta 92 médicos denunciados, de los cuales más de la mitad eran hombres, más de la mitad estaban por encima de los 50 años y tan solo hubo uno de nacionalidad extranjera.

Parece que determinados rasgos de la personalidad de la mujer benefician la relación médico-paciente: tales como la empatía, la mejor interacción con el paciente, un mejor afrontamiento de los conflictos y una mayor autoconciencia.

Respecto a la edad, no pudimos calcular valores promedio para comparar con otras series, pero es cierto que se relaciona con una trayectoria profesional importante, de más de 30 años, con un mayor número de actos médicos en esta etapa de la vida, y con cierta relajación del profesional con el compromiso respecto al ejercicio de la profesión.

Tampoco pudimos demostrar una asociación significativa en aquellos casos en los que el médico era de sexo masculino, edades medias o nacionalidad extranjera respecto a mayores riesgos de medidas disciplinarias. Pero si que es cierto que los 4 médicos que fueron sancionados, el 100% eran hombres y el 50% estaban por encima de los 50 años.

En cuanto al ámbito de trabajo, las cifras de denuncias fueron ligeramente superiores en el ámbito público y a nivel ambulatorio, considerando que hasta el 11% de los casos procedían de centros penitenciarios. Pero los expedientados y sancionados pertenecían más frecuentemente al ámbito privado, aunque no existían diferencias estadísticamente significativas.

Las especialidades que recibieron mayor número de reclamaciones fueron medicina de familia y psiquiatría. En cuanto a los casos que fueron expedientados, fueron también los médicos de medicina de familia los que presentaban cifras más elevadas. Parece ser que los médicos de familia y los psiquiatras presentan mayor riesgo de medidas disciplinarias porque establecen una relación médico-paciente más estrecha, más intensa y con mayor número de actos médicos.

En cambio, las sanciones son más frecuentes entre las especialidades médico-quirúrgicas, aunque también sin diferencias estadísticamente significativas.

El capítulo de deontología médica más afectado es el 4 (calidad asistencial) seguido del 3 (relación médico-paciente) seguido del 8 (conflictos entre los médicos), aunque en cifras inferiores a las del Colegio de Islas Baleares.

En cuanto a expedientes disciplinarios, cambia la situación respecto a otras series, puesto que el capítulo más afectado fue el 3. Los conflictos se deben a comportamiento o actitudes inapropiadas o a una falta de confianza en la relación terapéutica, más que por errores en el diagnóstico o terapéutica por impericia o negligencia.

En cuanto al capítulo 8, la mayoría de los médicos prestaron declaración o presentaron alegaciones en todos los casos lo que implica un mayor grado de compromiso por los requerimientos disciplinarios. Parece ser que este compromiso se relaciona mucho más con la resolución final de la comisión que con factores individuales como edad, sexo o la nacionalidad, aunque no se pudo demostrar nada debido al tamaño de la muestra.

Observamos como mayor riesgo de expediente disciplinario los casos en los que las alegaciones o declaración se presentaba de forma combinada, tanto oral como escrita.

El hecho de acudir a los requerimientos de la Comisión no solo es un derecho, sino un deber deontológico y administrativo ineludible bajo riesgo de sanción.

Respecto a los plazos de resolución de las comisiones, estos van a depender del tipo de denuncia, de las características de la comisión y de los tipos de colegio. Se ha demostrado que los colegios más pequeños presentan plazos de resolución más dilatados en el tiempo debido a una menor disponibilidad de miembros para las comisiones y a necesitar de una actividad voluntaria que hay que compaginar con la actividad asistencial. En este estudio la media de días fue inferior a las de otros colegios de características similares a nivel nacional.

Y cuanto mayor es el plazo de resolución, mayor es el riesgo de ser sometido a medidas disciplinarias debido a que habitualmente eran casos más complejos, requerían unas gestiones más exhaustivas, y una mayor dilación en cuanto a la tramitación de los casos.

La Comisión propuso la instrucción de hasta 15 expedientes disciplinarios, todo ello en cifras inferiores a las previamente publicadas a nivel nacional. No se observaron discrepancia respecto a la resolución final de las Juntas Directivas, lo cual pone de manifiesto una relación de confianza y respeto hacia la labor técnica de los expertos que conforman la Comisión.

Finalmente fueron sancionados 4 médicos y en la misma proporción fueron infracciones leves e infracciones graves. Todo ello, eso sí, en cifras inferiores a las de otros estudios internacionales y nacionales.

Con esto ponemos de manifiesto un fenómeno conocido a nivel mundial, y es que las medidas contra los médicos son con mucho, poco frecuentes.

Hay que tener en cuenta que en nuestra serie el número de casos analizados fue bastante inferior a los de otros estudios, sin embargo, la propuesta de expedientes fue más elevada.

Este trabajo presenta como limitaciones ser un estudio transversal con un muy limitado tamaño muestral.

Planteamos como conclusiones:

- 1.-Que la incidencia de reclamaciones valorada por esta comisión entre 2013-2021 fue de 2,6 por cada 1000 colegiados por año. Con un 15.7 % de resoluciones a favor de expediente disciplinario. Cifra más elevada que la descrita en el ámbito nacional
- 2.- Los plazos de resolución más prolongados o el haber declarado de forma oral y escrita durante el procedimiento se consideraban factor de riesgo para la propuesta de expediente disciplinario. Probablemente por tratarse de casos más complejos que obligan a hacer una gestión más exhaustiva
- 3.-El capítulo 3 del Código de ética y Deontología Médica estuvo especialmente implicado en los casos resueltos con expediente y sanción disciplinaria debido a conflictos de la relación médico -paciente o a problemas de la esfera personal del médico.
- 4.-La función de una Comisión de Ética y Deontología Médica resulta fundamental en la autorregulación del ejercicio profesional de la medicina, ya que los comportamientos inapropiados durante la asistencia al paciente o entre los propios compañeros no solo conllevan graves implicaciones éticas y repercusiones disciplinarias para el médico, sino que socialmente, socavan la confianza de los pacientes en la profesión.