

II Seminario de Deontología Médica
destinado a miembros de
Comisiones de Deontología
Colegios de Médicos

-
-
-

Ponencia 1

ÉTICA MÉDICA PROFESIONAL

Ponentes: Antonio Piga Ribero(*)

Gonzalo Herranz Rodríguez (**)

(*) Miembro de la Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado de la Organización Médica Colegial.

Universidad de Alcalá. Departamento de Ciencias Sanitarias y Médico-Sociales.

(**) Secretario de la Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado

Madrid 2002

INDICE

1. Concepto de profesión.
2. Deontología colegial y Bioética
3. Concepto y alcance de la Bioética
4. Relaciones entre Comisiones de Deontología, Comités de Ética asistencial y Comités de Ética y Ensayos Clínicos.
 1. Comisiones de Deontología
 2. Comités de Ética asistencial
 3. Comités de Ética y Ensayos Clínicos
5. Conclusiones
6. Bibliografía

1. Concepto de profesión.

Cuando la medicina se configura como tarea independiente del sacerdocio lo va a hacer sobre una doble base: científico-técnica y ética. Esta doble base confiere a la medicina su carácter profesional.

La etimología del término profesión expresa el compromiso solemnemente asumido de dedicarse a una misión e inicialmente se refirió a los votos religiosos.

Resulta enormemente expresivo que después del sacerdocio, la medicina ha sido la profesión por excelencia, en la que siempre el médico ha asumido junto a sus tareas asistenciales deberes éticos, bien definidos en Juramentos, Declaraciones, Oraciones, etc., de los que el Juramento Hipocrático es el más conocido y popular.

La ciencia y la ética médicas, aplicadas a la práctica, van transformando al futuro profesional de la medicina desde su formación, de modo que el ser médico implica más que la mera sujeción a unas normas de comportamiento, de respeto y lealtad, constituyendo una forma de ser producto de la interiorización de los principios de conducta inherentes a la profesión médica.

Estos principios derivan de la especial relación que se establece entre el médico y sus pacientes.

En primer lugar, el objeto de la medicina es el ser humano, de modo que la relación entre sujetos que existe en toda relación profesional, en la medicina tiene como objeto a uno de los sujetos de dicha relación, lo que ya de por sí plantearía serias dificultades epistemológicas al faltar las necesarias perspectivas e independencia y el debido distanciamiento.

Pero además, una de las partes, "el sujeto-objeto", de la relación acude al médico precisamente por no encontrarse bien, por estar doliente, angustiado, más o menos incapacitado y preocupado, y por temer el pronóstico que se le ofrezca y a la misma terapéutica que se le recomiende, a veces bastante agresiva e incluso cruenta. En esas circunstancias el médico va a ir, con su intuición y los medios que tiene a su disposición desvelando y perfilando su diagnóstico, su pronóstico y las opciones terapéuticas. Pero el propio médico tiene también dudas y preferencias entre las alternativas posibles. En cuanto al paciente, en cada caso reaccionará y actuará de forma diversa, lo que obligará al médico a adaptarse a él y a su mismo entorno familiar.

Esta realidad ha determinado la práctica de la relación asistencial desde los orígenes de la medicina, de modo que ya en tiempos de Hipócrates, y seguramente antes, los médicos se han sentido vinculados a Códigos éticos de conducta muy estrictos, al tener que asumir como responsabilidad propia determinaciones y acciones en nombre de sus pacientes. Ciertamente que hoy en día el principio de autonomía ha debilitado la orientación patriarcal de la medicina, pero aún así la relación médico-enfermo sigue y seguirá siendo eminentemente singular, ética y benéfica.

Es de destacar que a lo largo de los siglos y milenios se han producido de forma repetida y sucesiva muchísimos cambios en las escuelas, en las ciencias y en las especialidades médicas, hasta el punto de que en tiempos pasados estos cambios sembraron la duda y el escepticismo sobre la fiabilidad de la ciencia médica en autores como Oliva Sabuco, Quevedo, Cervantes, Moliere, y otros muchos.

Pero en lo referente a los principios éticos y morales de la medicina hay una asombrosa y emocionante estabilidad y continuidad de modo que respecto a la relación médico enfermo y los principios de beneficencia y no maleficencia, entre otros aspectos, bien puede decirse que estamos ante valores inmutables y permanentes, que lógicamente hay que ir adaptando a nuevas circunstancias y formas de ejercicio.

Estos valores son subjetivamente significativos desde el punto de vista ontológico en el ser del médico, con sus repercusiones relacionales y emotivas, que caracterizan a los profesionales de la medicina.

2. Deontología colegial y bioética

Como escribe el Profesor Muñoz Garrido (1) "La Ética tiene, como instancia única, la conciencia individual. La Deontología se mueve mas en el campo de lo que es aprobado por un colectivo. Se puede apelar a la propia conciencia del deber de cada profesional pero lo normal es que, cuando se habla de Deontología profesional, se entienda por tal los criterios compartidos por el colectivo profesional, normalmente convertidos en un texto normativo, en un Código de Deontología, por el Colegio profesional que representa a una determinada profesión".

Al irse organizando la profesión médica y regulándose su enseñanza, surgirá una institución, el Protomedicato, que estará formado fundamentalmente por miembros de la propia corporación, y constituye un precedente de la actual organización colegial, que se remonta al siglo XIV, en tiempos de Juan II, Rey de Castilla y Señor de Vizcaya. Resulta interesante que el Dr. Francisco Quirino, primer jefe del Protomedicato, con motivo de un proceso de brujería, tuvo el valor cívico y profesional de informar al Tribunal de la Inquisición que los considerados hechizados y endemoniados eran sencillamente desgraciados locos, epilépticos o histéricos (2).

En 1834 se debe a Bentham la introducción del término deontología (del griego "deon": lo que debe ser hecho), para designar la ética profesional. Dicho término tiene la ventaja de contraponer lo que debe ser (deontología), a lo que es (ontología), de referirse a una ética aplicada y práctica, y de delimitar el campo de la ética profesional, de modo que por preciso resulta más útil que el término ética mucho más amplio, que en todo caso no pierde su validez. El hecho de que Bentham se refiera a la deontología desde la perspectiva del utilitarismo, no impide la difusión del concepto para señalar la ética profesional en general.

La deontología actual no es una metaética, aunque sus preceptos sean susceptibles naturalmente de análisis morales, religiosos, o filosóficos; sino una ética aplicada, lo que entraña por un lado que exija, por un lado un código de conducta, una tipificación de infracciones y sanciones, un sistema de recepción y análisis de consultas, propuestas o quejas, un procedimiento de enjuiciamiento, y finalmente, si procede aplicarlo, un sistema de sanciones.

Todo ello ha de tener, como de hecho sucede en casi todos los países occidentales, y lógicamente en España, un respaldo legal y un sistema de garantías que incluye varios niveles de recursos que alcanzan la justicia contenciosa-administrativa ordinaria al final.

3. Concepto y alcance de la bioética

El término bioética surge en los años 1970 en Estados Unidos con Potter y Hellegers, y rápidamente alcanza una gran difusión. En nuestra opinión (3), el término tiene pleno significado y justificación específicos y no debería de utilizarse como sinónimo de deontología, ética o moral.

Del trabajo citado de A. Piga y col., tomamos lo siguiente: "Uno de los autores que han realizado un estudio comparativo de diferentes definiciones de bioética ha sido Jacqueline Russ, y de ella y de Hans Jonas, tomamos la base para señalar la síntesis analítica, y las características del concepto, que son las siguientes:

Se refiere a los límites y condiciones de utilización de las biotecnologías, incluyendo naturalmente aquellas que se refieren a la vida e identidad humana, al respeto de la vida y la dignidad de la persona, muy especialmente en sus inicios y en sus periodos terminales; y a los aspectos éticos de la ecología y del desarrollo sostenible.

Tiene una fuerte tendencia normativa, del control de la tecnología y de la manipulación de la vida.

Es interdisciplinario.

Es expresión de nuestra responsabilidad frente a la humanidad futura y lejana y no sólo de la necesidad de gestionar éticamente relaciones interhumanas de proximidad.

En nuestra opinión la justificación del término "Bioética" va unida a su utilización apropiada, lo que implica el reconocer que para hablar de los aspectos éticos de la relación médico-enfermo, por ejemplo, debe hablarse ya de derechos de los pacientes o de deberes éticos o deontológicos del personal sanitario, o en su caso de responsabilidades éticas o deontológicas, pero no de responsabilidades bioéticas como se oye a menudo, a no ser que se trate, entre otros, de aspectos específicamente bioéticos, en cuyo caso el término bioética se entiende que se utiliza como más específico, aunque referido a cuestiones de manipulaciones genéticas, de fecundaciones y fertilización artificiales, de transplantes de células germinales, etc, pudiendo incluir en el mismo conjunto temas éticos y deontológicos y no solamente bioéticos."

4. Relaciones entre Comisiones de Deontología, Comités de Ética Asistencial y Comités de Ética y Ensayos Clínicos.

-

4.1. Comisiones de deontología

Las Comisiones de Deontología se guían, como se ha dicho, por Códigos y normas de carácter

general, estatal o autonómico, con los principios y pautas de actuación ya citados. Su actuación se ha visto refrendada hasta por el Tribunal Constitucional en su sentencia 219/1989, de 21 de diciembre, que en síntesis expone que las normas deontológicas no son un mero catálogo de normas y de deberes morales, sino que tienen consecuencias de tipo disciplinario, que establecen una serie de deberes de obligado cumplimiento para los profesionales, no pudiendo ningún colegiado que tiene una relación especial de sujeción con su Colegio profesional, invocar el hecho de que no establecen ningún tipo de deber porque son simples aspiraciones de comportamiento deseable; que en la tradición de los propios Colegios profesionales y en la tradición de la jurisprudencia del Tribunal Supremo, las trasgresiones de dichos deberes colegiales han sido sancionadas; y que 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 (1, obra citada).

La labor fundamental de las Comisiones de Deontología ha sido y es la aplicación del Código Deontológico y quizás se han dedicado casi en exclusiva al estudio y análisis de los escritos que se les dirigían a este respecto, la mayoría de ellos de denuncias más o menos fundadas. Esta función es muy importante pues de su seriedad y calidad depende la buena reputación social y profesional de los Colegios de Médicos, el que los médicos en general seamos conscientes de que tanto individualmente como en conjunto defendemos nuestros principios y, por último el que la Administración y la Justicia confíen en nosotros para decidir y orientar casos concretos o generales.

4.2. Comités de ética asistencial

Los Comités de Ética Asistencial, carecen de normas éticas unitarias específicas para ellos, aunque si cuentan con la guía de gran número de disposiciones legales y bioéticas especiales. Tratan de muy diversos asuntos. Son comités pluriprofesionales y no exclusivamente médicos. No están coordinados entre sí, ni siquiera dentro de la misma ciudad. En general no suelen asumir la responsabilidad legal que pueda derivarse de la puesta en práctica de sus consejos al recabar el que se trata de comités meramente asesores, salvo determinados asuntos en los que deben dar su autorización.

Los Comités de Ética asistencial tienen como funciones fundamentales la de elaborar normas ético-profesionales para la institución o área a la que sirve, la de valorar situaciones éticamente conflictivas, la docente, la promotora de conductas éticas y la investigadora en el ámbito de sus competencias, o de los aspectos éticos de los demás diversos tipos de investigaciones.

4.3. Comités de ética y ensayos clínicos

Los Comités de Ética y Ensayos Clínicos funcionan con una sólida y bien estructurada base reguladora constituida fundamentalmente por la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del medicamento; la Circular nº 12/1993 de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios sobre intervención del Ministerio Fiscal cuando los sujetos de un ensayo clínico sean menores de edad o incapaces; el Real Decreto 561/1993, de 16 de abril, por el que se establecen los requisitos para la realización de ensayos clínicos con medicamentos; la Directiva 2001/20/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 4 de abril de 2001, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros sobre la aplicación de buenas prácticas clínicas en la realización de ensayos clínicos de medicamentos de uso humano (4). La Ley 66/1997, de 30 de diciembre, de Medidas Físcales, Administrativas y de Orden social por la que se crea el

Organismo autónomo Agencia Española del Medicamento (BOE, 31 de diciembre de 1997). Real Decreto 520/1999, de 26 de Aparte de normas de carácter más general como el Convenio para la marzo, por el que se aprueba el Estatuto de la Agencia Española del Medicamento (BOE, 31 de marzo de 1999). Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (5), y aparte de las normativas autonómicas.

Todo ello determina unas sólidas garantías más orientadas al rigor metodológico que a sancionar eventuales infracciones culposas o negligentes de los médicos, que podrían ser analizadas por los Comités Deontológicos colegiales.

En conclusión tanto los Comités de ética asistencial, como los de investigación clínica, más definidos en sus fines y procedimientos, son muy distintos de los Deontológicos de los Colegios de Médicos, cubren funciones diferentes y utilizan otras metodologías.

Es un error grave el considerar que entre estos tres tipos de Comités hay algún tipo de enfrentamiento (no digo de discrepancia, siempre posible). Por el contrario el tener claro su objeto, sus funciones y sus responsabilidades, debe acompañarse de una leal comunicación y cooperación en beneficio de todos, y muy fundamentalmente de los pacientes.

5. Conclusiones

La deontología y ética médica profesionales han sido, son y deben seguir siendo un elemento fundamental de la esencia de la actividad médica, del propio médico y de la función de los Colegios de Médicos.

El hecho de que hoy en día la Bioética y los derechos de los enfermos hayan adquirido un reconocimiento social y legal que les ha dado un estatus intersectorial y multiprofesional no debe llevar a los médicos a obviar su interés por la deontología.

Lo anterior no quiere decir que el médico puede desentenderse ni de la Bioética ni, obviamente, del respeto escrupuloso por los derechos de los enfermos tal y como se reconocen en la legislación vigente. Por el contrario el médico debe interesarse y participar en este tipo de materias y debates.

No obstante es conveniente señalar que en la relación médico-enfermo la deontología es un presupuesto constitutivo del ambiente moral en el que se realiza esa relación, mientras que el análisis del cumplimiento de las normas sobre derechos de los enfermos frecuentemente se realiza a posteriori cuando precisamente ha fracasado esa relación. Respecto a los otros planteamientos bioéticos, aunque desde una perspectiva general a veces pueden incluir aspectos de ética médica, muy específicamente suelen referirse a relaciones que ya se encuentran en los límites de las fronteras tradicionales entre la vida y la muerte, y la manipulación de la propia existencia humana.

6. Bibliografía

(1). Muñoz Garrido. R. Deontología en la Sociedad actual, capítulo del libro: Bioética y Justicia (Actas del Seminario Conjunto sobre Bioética y Justicia celebrado en Madrid del 6 al 8 de octubre de 1999). Ministerio de Sanidad y Consumo, Consejo General del Poder Judicial. Madrid, 2000

(2). Bastero y Lerga J. El Médico en las cuestiones de derecho. Discurso leído en la Real Academia de Medicina de Zaragoza, el día 27 de enero de 1907. Zaragoza 1907.

(3). Piga A, Alfonso T, Fernández MI. Emergencia y sentido de la Bioética.

Ponencia presentada en el II Congreso Latino Americano de Derecho Médico. Santa Fe. Argentina. Octubre de 2001.

Asumida en una "Declaración de la Asamblea General de la Asociación Argentina de Derecho Médico". En Internet: Saludline.com.ar

(4) Diario Oficial de las Comunidades Europeas. DOCE; L.121/34-L 121/44)

(5) Firmado por España el 4 de abril de 1997, ratificado el 23 de julio de 1999. BOE de 20 de octubre de 1999.

II Seminario de Deontología Médica

**destinado a miembros de
Comisiones de Deontología
Colegios de Médicos**

Ponencia 2

Las Comisiones de Deontología y sus Relaciones:

**La Junta Directiva y otras instancias deontológicas de los
Consejos Autonómicos y del Consejo General.**

**La unidad de la Deontología en el presente contexto y en los
nuevos Estatutos Generales**

**Intervención de las Comisiones de Deontología en la puesta al
día del Código de Ética y Deontología Médica**

Ponente: Juan Viñas Salas (*)

Gonzalo Herranz Rodríguez (**)

(*) Miembro de la Comisión Central de Deontología y Presidente de la Comisión de Deontología, Derecho Médico y Visado del Colegio de Médicos de Lleida.

(**) Secretario de la Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado.

Madrid 2002

INDICE

1. Relaciones con la Junta Directiva.
2. Relaciones con las Comisiones de Deontología de los Consejos Autonómicos.
3. Relaciones con la Comisión Central de Deontología.
4. La unidad de la Deontología en el presente contexto y en los nuevos Estatutos Generales.
5. Intervención de las Comisiones de Deontología en la puesta al día del Código de Ética y Deontología Médica.
6. Bibliografía

Introducción

Para el buen funcionamiento de las Comisiones Provinciales de Deontología (CD) es necesario que sus relaciones con las otras instancias colegiales sean buenas y fluidas. Por ello trataremos de ellas y ofreceremos algunas consideraciones para ser luego debatidas en esta sesión por todos los miembros de Comisiones de Deontología y Juntas Directivas presentes.

Se ha incluido la unidad de la Deontología pues entra de lleno en las relaciones de la Comisión Provincial de Deontología.

Finalmente trataremos de la dinámica de la renovación y puesta al día del Código de Ética y Deontología Médica y del papel que deben jugar las Comisiones Provinciales de Deontología.

La intencionalidad es sólo ayudar al debate, no es una ponencia cerrada, sino todo lo contrario, haremos propuestas que abran caminos, que luego debatiremos entre todos.

1. Las Comisiones de Deontología y sus relaciones con las Juntas Directivas de los Colegios Provinciales de Médicos.

Las Comisiones de Deontología (CD) hemos sido elegidas por las Juntas Directivas (JD) de nuestros Colegios de Médicos. Cada colegio tiene un sistema de elección propio, no existe una norma oficial para ello, como veremos.

Existimos porque somos necesarias e imprescindibles y es lo que justifica la existencia de los Colegios Médicos ante la sociedad. Pero en realidad existimos porque así lo exigen nuestros Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial y del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (1).

En el artículo 30 dice textualmente:

"En los colegios provinciales existirá, con carácter obligatorio una Comisión de Deontología, Derecho Médico y Visado. El nombramiento de los miembros de la misma lo efectuará la Junta Directiva".

"Los Estatutos particulares de cada Colegio señalarán el número de componentes de la Comisión que se consideren convenientes".

"Es función de la Comisión asesorar a la Junta Directiva en todas las cuestiones y asuntos relacionados con las materias de su competencia, en los modos y términos que señalen los Estatutos de cada Colegio".

También el Artículo 34 trata de las competencias de los Colegios Provinciales de Médicos y entre otras les concede:

"d) Aplicar las normas deontológicas que regulen el ejercicio de la Medicina.

e) Requerir a cualquier colegiado para que cumpla sus deberes éticos o legales de contenido profesional.

f) Sancionar los actos de los colegiados que practiquen una competencia desleal, cometan infracción deontológica o abusen de su posición como profesional médico.

g) Ejecutar las sanciones impuestas por infracciones deontológicas."

Los distintos Estatutos Provinciales copian este artículo y algunos lo desarrollan un poco más, pero se deben adaptar a este artículo 30.

Normalmente se elige a compañeros de edad que se hayan destacado por ser médicos con prestigio entre sus colegas. Otras veces las distintas juntas directivas mantienen a médicos que ya son expertos en deontología profesional. Es muy importante que no haya ningún miembro de la Junta Directiva en la Comisión de Deontología, pues puede invalidar de hecho cualquier expediente disciplinario como veremos más adelante.

Ello da una independencia total a la Comisión, que una vez nombrada actúa con total libertad realizando sus cometidos estatutarios. Pero esta independencia es para sus actuaciones y reuniones ad intra; no así para la efectividad de las resoluciones, que son competencias de la Junta Directiva, no vinculada al dictamen de su Comisión de Deontología.

La Comisión de Deontología depende, por tanto, de la Junta Directiva. Los Estatutos le dan poca vida autónoma. El secretario del colegio es quien envía a la Comisión los temas que, o bien el presidente o él mismo o la junta decide que traten. Es a través del secretario que la comisión de deontología envía los escritos, solicita las comparencias, etc. Todos los casos de denuncias que llegan a los Colegios son pasados a las Comisiones de Deontología con las únicas excepciones, y no siempre, de denuncias anónimas o claramente incoherentes.

Las Juntas Directivas, o mejor aún, el presidente o secretario solicitan a la Comisión de Deontología que estudie cada denuncia que reciben y hagan un primer informe sobre si existen indicios suficientes de trasgresión de la deontología profesional.

Puede suceder que con el escrito de denuncia o las pruebas que además aporte inicialmente el denunciante ya sean suficientes para que la comisión dictamine. Suele suceder que la comisión necesite más pruebas o interrogar a los actores. Entonces, a través del Secretario del Colegio, se solicitan las pruebas o cita a las personas.

Una vez se tiene la información necesaria, la Comisión de Deontología emite su informe al Presidente del Colegio de médicos. Éste lo debe pasar a la Junta Directiva o a veces él mismo decide archivar un caso obviamente sin relevancia deontológica.

La Junta puede decidir el archivo de los casos o una simple amonestación verbal. Si se trata de un caso con posibilidad de mayor sanción, entonces la Junta Directiva es la que decide abrir o bien un expediente disciplinario o bien uno informativo.

La Comisión de Deontología entonces no tiene ya actuación en todo el proceso más que en su etapa final, cuando actúa como garante del procedimiento al dictaminar que al acusado se le han dado todas las garantías de defensa y el proceso y expediente está bien realizado.

Las relaciones entre las CD y las JD en principio son buenas, pues han sido nombradas por ellas. Es de suponer que hay cierto grado de afinidad entre los colegiados de ambas. Con el paso de tiempo y a

medida que van apareciendo casos y temas a tratar es cuando se conoce de verdad la relación entre ambas, y se establece el nivel deontológico del colegio de médicos de que se trate. Unas CD y JD tendrán un listón deontológico más alto que otras.

Se ha dado el caso de que en algunos colegios de médicos casi ni se reúnen las CD en meses, o "nunca hay casos que tratar". ¿Quiere eso decir que en ese Colegio, a diferencia del vecino, sus médicos son todos sin excepción tan buenos médicos que jamás un enfermo les denuncia, o que hacen bien sus anuncios en la prensa, o que son tan buenos compañeros que jamás ninguno se enfada con otro?.

Podemos suponer con la metodología expuesta de nombramiento y de funciones lógicamente diferenciadas entre las JD y las CD, que hay varias posibilidades de tener conflictos entre ellas. Citaremos algunas posibilidades. Luego vosotros diréis si se corresponden con la realidad o pueden ampliarse con otras:

- ≠ Cuando la Comisión de Deontología se entera de posibles vulneraciones del Código por parte de colegiados, lo pone en conocimiento de la Junta Directiva y ésta considera políticamente incorrecto abrir una información reservada al respecto a este concreto colegiado.
- ≠ Cuando la Comisión de Deontología se entera de posibles vulneraciones de la deontología por parte de miembros de la Junta Directiva del colegio. Al comunicárselo se crea una situación violenta que a veces ha desembocado en la dimisión de miembros de la Comisión de Deontología. Alguna vez ha llegado al Consejo General, que es el órgano competente de llevarlo a la Asamblea de Presidentes.
- ≠ Cuando la Comisión de Deontología decide actuar de oficio proponiendo a la Junta Directiva actuaciones como el visado de los anuncios publicitarios de médicos, o actuar contra el intrusismo profesional o contra centros médicos dudosos, y la Junta Directiva no lo considera pertinente, etc. etc.

Por tanto, son variadas las situaciones de conflicto entre las Comisiones de Deontología y las Juntas Directivas del colegio. Normalmente y con diálogo se suele ceder y no suceden situaciones límites ni trasciende, pero demasiadas veces estos pactos llevan a rebajar el contenido ético de la profesión y a continuar demostrando a la población el llamado corporativismo médico – entre médicos no se tocan - y a darles la razón para hacer leyes que supriman la obligatoriedad de la colegiación, al menos a los médicos del sector público, los cuales tienen en los Estatutos de los centros sanitarios y en sus directivos y jefes de personal el control ético de sus actuaciones. Estamos convencidos que estas actuaciones son muy negativas para el colectivo médico, pues la desconfianza de la población persiste y demasiadas veces el médico se ve ante el Juez, cosa que podría evitarse si las CD actuaran bien, de acuerdo con las JD. Más vale una sanción colegial que no ir a juicio.

Una función de las CD que demasiadas veces se hace poco es dar a conocer el Código, hacer formación continuada de los colegiados en ética médica. Si se hiciera más los mismos colegiados verían a la CD con buenos ojos y no como inquisidores, como a veces nos tienen algunos compañeros.

También sería bueno que las CD se relacionaran más con la sociedad. Así podría ganar confianza hacia los colegios de médicos y aumentaría su prestigio con el objetivo de que denuncien al

colegiado primero al colegio y no vayan directamente al juzgado. Una buena relación con la sociedad a través de las Asociaciones de vecinos, foros formativos, otras asociaciones, relaciones con la Universidad, con los centros asistenciales, con las comisiones de ética asistencial y de investigación y sobretodo con los Fiscales y Jueces serían muy buenas. Si los Jueces confiaran en las Comisiones de Deontología y les pidieran opinión algunos casos de simples errores médicos fortuitos no serían sancionados. Para ello deberían tener esta autorización e impulso y ayuda de las JD.

Pero lo normal es que entre las Comisiones de Deontología Provinciales y sus Juntas Directivas las relaciones sean buenas. No en vano sus miembros has sido nombrados por ellas.

1. Relaciones con las Comisiones de Deontología Autonómicas

Precisamente para alejar un poco la decisión a tomar contra un compañero, especialmente en Colegios de Médicos pequeños, podría servir una Comisión de Deontología Autonómica, que además actuaría como hace la Comisión Central de Deontología como organismo superior de apelación en alzada en caso de que un médico sancionado lo considerara oportuno.

Si a las Comisiones de Deontología Autonómicas se les otorgara un contenido y una responsabilidad en defensa de la ética médica de los profesionales de la Autonomía entonces creo que se ganaría en eficacia y en prestigio social.

Evidentemente que ello puede crear problemas entre las comisiones del colegio y estas instancias superiores, pero serían las menos graves y los beneficios con mucho superarán a los riesgos. Es de esperar que reuniones entre comisiones, ayuda mutua, organización conjunta de actividades en pro de la deontología profesional harían que las relaciones entre ellas fuesen buenas.

Las Comisiones de Deontología Autonómicas, nombradas por los Consejos Autonómicos que reúnen a los representantes de las Juntas Directivas de los colegios de médicos provinciales deberían estar formadas por colegas de prestigio e interés por la bioética y ética médica en proporción según el volumen de colegiados de cada colegio provincial, pero nunca que un Colegio logre la mayoría absoluta. Así todos se sentirían bien representados y es justo que un colegio grande tenga mayor representación.

Estas Comisiones, de Deontología Autonómicas respaldadas por los Colegios Autonómicos de Médicos, tendrían importantes funciones, no sólo de resolver los recursos de alzada de las sanciones a colegiados de la Autonomía, sino también de dirigir la renovación del Código, de velar por la ética médica en la Autonomía, de proponer a las Directivas Autonómicas aquellas actuaciones que consideraran necesarias para la defensa de la ética médica, etc.

Si se arrincona a la Comisión Deontológica Autonómica, si no se le da ninguna función, o por el contrario, si ésta actuara con excesivo protagonismo en perjuicio de las comisiones provinciales, especialmente de los colegios pequeños, entonces habría problemas en las relaciones.

Estas CD autonómicas son de reciente creación, están en los respectivos Estatutos o Reglamentos de creación de los Consejos Autonómicos.

2. Comisión Central de Deontología del Consejo General de Colegios Médicos.

La Comisión Central de Deontología tiene un importante contenido en la defensa de la

deontología médica española. A ella llegan los recursos de alzada de los colegios provinciales, en la actualidad excepto Catalunya ya que así está contemplado en la Ley de creación del Consell de Collegis de Metges de Catalunya.

Además revisa el código, hace las declaraciones que luego son aprobadas por la Permanente y por la Asamblea de Presidentes de Colegios de Médicos y organiza actividades de formación permanente como los seminarios y los congresos.

La Comisión Central de Deontología se crea según el artículo 32-1 de los Estatutos de la OMC (1) que dice:

"Al Consejo General le están atribuidas específicamente las siguientes misiones en orden a la defensa y promoción médica y científica: "En materia deontológica la vigilancia del ejercicio profesional, el control de la publicidad y propaganda profesional, y de las informaciones aparecidas en los medios de comunicación social que tengan carácter o hagan referencia profesional y puedan dañar a la salud pública o a los legítimos intereses, prestigio y dignidad tradicionales de la profesión médica.

A tal efecto se constituirá en el seno del Consejo General una Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado para asesorar al Consejo en todas las cuestiones y asuntos relacionados con la materia de su competencia, informar los recursos interpuestos ante el Consejo contra las decisiones de los Colegios en estas cuestiones y tramitar las comunicaciones que corresponda elevar a la Administración en estas materias".

La relación entre las Comisiones Provinciales y la Comisión Central de Deontología han de ser cordiales y de compañerismo. Son muchas las Comisiones Provinciales de Deontología que se dirigen a la Comisión Central pidiendo asesoramiento sobre casos en los que se encuentran. Realiza esta función que anteriormente hemos indicado que deberían realizar también las Comisiones Autonómicas de Deontología. A ella se dirigen también Juntas Directivas de Colegios Médicos pidiendo también asesoramiento o incluso dictámenes.

Puede haber roces entre la CCDM y las JD y CD Provinciales cuando la resolución de un recurso de alzada no coincida con la propuesta de la JD Provincial, o cuando la CCDM pida a la JD Provincial que actúe contra un colegiado que supuestamente vulnera el Código de Deontología de lo que ha tenido conocimiento sea por los medios de comunicación sea por actuar éste en varias provincias.

No obstante, las relaciones suelen ser cordiales. Nosotros no nos consideramos los "sabios" de la ética médica y que debemos tener la última palabra. Como he dicho al comienzo, tenemos el honor de haber sido escogidos por la Asamblea de Presidentes a propuesta de algún Presidente Provincial, que suele ser el de nuestra Provincia o Autonomía, pero esto no indica que nos haya infundido ciencia por arte de magia. Puede ser que tras años de pertenencia a la Comisión tengamos más experiencia, o que hayamos hecho más cursos de ética, etc. Estamos a vuestra disposición pero como compañeros y asesores.

3. La unidad de la Deontología en el presente contexto y en los nuevos Estatutos Generales

Este apartado, que inicialmente constaba en la primera ponencia, incluyéndolo en esta segunda ponencia pues tiene gran relación con las relaciones entre las Comisiones de Deontología y con su intervención en la puesta al día del Código de Ética y Deontología Médica.

Nuestra visión del tema será conciliadora, ni dogmática ni negativa. Es posible que si algunos compañeros nuestros con una visión más centralista expusieran sus opiniones, podrían éstas ser distintas y acabar pronto con el tema al afirmar que es imposible que exista más de un

Código de Deontología en España; que sólo debe haber uno, el de la O.M.C.

Los que defienden esta posición se basan en la necesaria unidad deontológica de la colegiación. El Código Deontológico tiene un matiz de unión moral entre los profesionales. Parte de un compromiso con los pacientes y con nuestra profesión. La unidad de la deontología médica le dará más fuerza y solidez a favor de los fines de la propia medicina, comenzando por el respeto y protección efectiva de los derechos de los enfermos.

También se pueden ver los Códigos Autonómicos como una división entre médicos, que hemos proclamado y defendido la deontología desde hace miles de años, y podríamos correr el riesgo de que el patrimonio moral y de actuación práctica tan cuidadosamente defendido quede desdibujado con grave perjuicio sobre todo para los pacientes y para la base de confianza mutua de nuestro ejercicio. Podríamos estar truncando base jurídica de defensa de los derechos de los enfermos.

Esta visión centralizadora y excluyente de los Códigos Autonómicos nos sirve para tener en cuenta sus peligros, pero no para justificar su no existencia.

La Asociación Médica Mundial, la CIOMS o Council for International Organizations of Medical Sciences, el Consejo de Europa, y otras instituciones internacionales tienen una doctrina Deontológica y Bioética. (3) Hoy en la Europa unida del euro, cada país tiene su Código de Deontología, cuando existe libertad de circulación y trabajo de los médicos.

¿Debemos ir hacia un Código de Deontología único mundial? o a uno mundial y otro europeo?. ¿Dónde está la unidad deontológica de la profesión en Europa?.

Es bueno que existan unas normas internacionales deontológicas. Todos los médicos del mundo estamos vinculados a la profesión, como ya se aprecia en el Código Hipocrático. Tratar a los enfermos justifica nuestra existencia y las relaciones que existen entre el enfermo y el médico nunca son de igual a igual, pues cuando una persona está enferma se encuentra débil. Por ello debe haber una legislación que defiendan al enfermo, el más débil y unos Códigos Deontológicos que unifiquen esta elevada responsabilidad de los médicos y ofrezca garantías y seguridad a los enfermos, no en vano la medicina es una profesión y no un oficio.

Creemos que los Códigos de Deontología incluyen aquellas normas éticas que todo médico debe seguir para ejercer su profesión de manera ética, es decir, no ser sólo un buen médico, sino también un médico bueno. Algunas, - la mayoría - de estas normas son internacionales, de aquí los Códigos Internacionales, como el de Helsinki, las Directivas Internacionales, como el Convenio de Oviedo, etc. pero su aplicación práctica y directa al territorio, a los profesionales de carne y hueso que ejercen día a día con sus enfermos, es de una proximidad muy grande.

Existen diferencias de carácter, de comportamiento, de intereses, de modo de ser, etc. entre los pueblos y naciones. La traducción a la práctica un buen comportamiento ético debe ser hecho lo más cercano a la idiosincrasia de la población, incluyendo los médicos y los ciudadanos.

Por ello, que un Consejo Autonómico de Colegios de Médicos crea necesario que existiera un Código Deontológico propio no sólo no me parece mal, sino todo lo contrario, pero eso sí, si reúne unas condiciones mínimas que expondré a continuación.

En España existe además el antecedente del Código de Deontología del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona del año 1979, vigente hasta 1995 en que se aprobó el Código de Deontología de Catalunya.

Un Consejo Autonómico de Colegios de Médicos puede pensar que el Código Estatal es demasiado amplio en algunos aspectos, que debe aterrizar más en algunos puntos concretos que percibe del ejercicio diario de los médicos de su territorio. Además puede creer que hace falta incluir algunas concreciones y nuevos artículos dadas las características del ejercicio de sus profesionales. Si se detecta una facilidad por bajar la guardia de los médicos de esta Autonomía en algún aspecto concreto, pues es bueno que en su Código Autonómico se recuerde e insista en la obligación ética concreta.

Así nace un Código Autonómico. Pero: ¿Hasta qué punto puede este Código diferir del Estatal?. Creemos que a más amplio el alcance del Código menos concreto puede ser, es decir, su nivel ético será menos comprometedor. Así sucede con los Códigos Internacionales, que dan los principios básicos, sin bajar excesivamente a los aspectos más concretos.

El nivel ético de un Código Autonómico debe ser, pues, más exigente que el Código Estatal, no lo puede ser menos, pues entonces estaría sí, vulnerando la deontología Estatal.

Con estas premisas vemos bien que exista un Código Autonómico, que además enriquece al colectivo pues puede ser copiado por el Estatal o por otros que se creen y lo único que esto puede provocar es mejorar la exigencia ética, y el nivel ético de los médicos españoles.

Ello nos lleva a la última parte de la ponencia, al siguiente punto.

4. Intervención de las Comisiones de Deontología en la puesta al día del Código de Ética y Deontología Médica.

¿Cómo debe ponerse al día el Código de Ética y Deontología Médica?.

Tenemos varias maneras. Una es la que hemos adoptado la Comisión Central en su última revisión del Código de 1999. Otra es la que adoptó el Consejo de Colegios de Médicos de Catalunya en la elaboración del Código Catalán, pero existen otras maneras. Expondré brevemente las distintas posibilidades para que se decida entre todos la mejor.

a- La de la Comisión Central fue el remitir un escrito a todos los Colegios de Médicos para que sugirieran modificaciones al código. Luego se refundieron y se pasó a la Permanente de la OMC, la cual lo dio a una Comisión de Presidentes de Colegios que la modificación durante años hasta que finalmente la llevaron a la Asamblea de Presidentes para su aprobación.

b- La del Consejo Catalán fue crear una comisión redactora que elaboró una propuesta de Código, luego distribuirlo a todos los colegiados para que presentaran enmiendas, que estudiadas por la comisión redactora decidieron o no incluirlas y nuevamente lo distribuyeron a todos los colegiados, los cuales ahora, para poder realizar enmiendas, debían recoger un número importante de firmas de colegiados. Luego en Asamblea General de Colegiados el colegiado que había presentado la enmienda con las firmas leía y defendía durante unos minutos su enmienda, respondida entonces por el representante de la Comisión redactora que reafirmaba su posición o la aceptaba. Caso de no aceptarse se sometía a votación individual. Al final se votó el conjunto del Código. a mano alzada su inclusión o no.

Hemos vivido las dos posibilidades, la de la democracia directa catalana y la indirecta a través de comisión de expertos como son las Comisiones de Deontología Provinciales. Podríamos proponer una tercera vía, mezcla de las dos, y que daría protagonismo a las Comisiones Provinciales de Deontología, que en la propuesta catalana quedaron al margen. Sería:

- ≪ La Comisión Central solicita a las Comisiones Provinciales modificaciones.
- ≪ Las Comisiones provinciales envían a todos los colegiados la propuesta y les piden opinión y propuestas. Asimismo las Juntas Directivas y la Permanente de la O.M.C. realizan las propuestas que consideren oportunas.
- ≪ Las Comisiones Provinciales de Deontología envían a la Comisión Central las propuestas de modificaciones
- ≪ La Comisión Central agrupa las propuestas de las Comisiones Provinciales, hace un borrador y envía de nuevo a las Comisiones Provinciales, las cuales dan su visto bueno o realizan pequeñas modificaciones.
- ≪ La Comisión Central elabora el texto definitivo a llevar a la Comisión Permanente de la O.M.C.
- ≪ La Comisión Permanente de la O.M.C. lleva a la Asamblea de Presidentes la propuesta de Código para ser votada en el plenario.

La Comisión Central de Deontología se sintió molesta por la paralización durante años y luego la modificación de su propuesta de Código, que llegó cambiada a conocimiento de la Asamblea de los Presidentes de Colegios Médicos que la votaron. Creo que no es bueno que estas cosas sucedan pues desautorizan a las Comisiones de Deontología.

Existe una manera entre los periodos de modificaciones del Código, que es a través de las Declaraciones de la CCDM aprobadas por la Asamblea de Presidentes. Obligan igual que el Código y es más ágil. Las Comisiones Provinciales pueden solicitar y proponer declaraciones y textos a la Comisión central. (2).

Los contenidos de las declaraciones deben servir de base para las modificaciones del Código que no pueden hacerse cada año, pero sí deberían hacerse con una periodicidad mínima de tres años.

1.

2. Bibliografía

(1). Real Decreto 1018/1980, de 19 de mayo. Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial y del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. B.O.E. 128. 1980.

(2). Código de Ética y Deontología Médicas. O.M.C. 1999.

(3). Código de Ética y Deontología Médica y Compendio de Doctrinas Internacionales. Organización Médica Colegial. 1990.

II Seminario de Deontología Médica
destinado a miembros de Comisiones de Deontología
de Colegios de Médicos

Ponencia 3

Sesión Práctica:

Análisis de casos presentados a una Comisión de Deontología

Ponentes: Rogelio Altisent (*)

Angel Fernández-Cañadas (**)

(*) Miembro de la Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado de la Organización Médica Colegial. Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Zaragoza.

(**) Miembro de la Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado de la Organización Médica Colegial. Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Valencia.

Madrid, 2002

1. Presentación de la sesión

-
Una de las tareas más importantes encomendadas a la Comisión de Deontología de un Colegio de Médicos es la de asesorar a la Junta Directiva con su dictamen en la resolución de reclamaciones que

puedan presentar los médicos colegiados, otros ciudadanos o instituciones, así como en aquellos asuntos que la propia Junta Directiva considere oportunos.

Los casos sometidos al estudio de la Comisión de Deontología pueden presentar complejidad en dos aspectos: el propiamente ético-deontológico y el procesal. Existe un tercer nivel de dificultad, el que se podría denominar "político", donde entrarían consideraciones de orden institucional, que deberá abordar sobre todo la Junta Directiva del Colegio, en el ejercicio de la prudencia de gobierno que le corresponde.

La complejidad de un caso que plantea problemas deontológicos requiere un análisis cuidadoso de los hechos, que deben ser definidos con claridad, así como el grado de responsabilidad de las personas implicadas o afectadas en los mismos. En este punto debe confirmarse que, en efecto, el caso compete al Colegio de Médicos.

Una vez clarificados los hechos y sus responsables, llega el momento decisivo de determinar qué aspectos de la deontología médica se encuentran implicados. Lógicamente, aquí vamos a apoyarnos en el Código de Ética y Deontología y en las Declaraciones de la Comisión Central de Deontología que, habiendo sido aprobadas por la Asamblea General, adquirieren el mismo rango normativo.

La aplicación del Código de Deontología a los casos que son objeto de reclamación no es habitualmente una tarea mecánica ni automática. Con frecuencia es necesario un ejercicio de interpretación y en ocasiones hay que aplicar la analogía. Esta es una tarea específica de deliberación y argumentación que llena de significado y de responsabilidad a la Comisión de Deontología.

En esta dirección habremos de dirigir la formación continuada de los miembros de la Comisión: desarrollar la competencia en el análisis de problemas éticos que no se resuelven con la mera aplicación del sentido común. Es ésta una capacidad que se adquiere con el tiempo y con la experiencia, pero también con método y entrenamiento, como ocurre en cualquier otro trabajo intelectual.

Una vez resuelta la dimensión conceptual del problema deontológico de un caso, si procede, habrá que analizar los aspectos disciplinarios, definiendo la falta y la sanción que corresponda. No se debe olvidar que, cuando un colegiado incurre en responsabilidad disciplinaria, la potestad sancionadora corresponde a la Junta Directiva del Colegio de Médicos, pero también que, tal como indican los Estatutos Generales de la OMC (artículo 64º.5.), "Será oída la Comisión Deontológica en todo caso antes de imponer cualquier sanción".

Esto supone que cada uno de los miembros debe opinar con conocimiento de causa, pero sobre todo que la Comisión de Deontología en su conjunto debería tener una posición clara y fundamentada ante un determinado caso sobre el que la Junta Directiva se va a pronunciar.

Cuando una Comisión de Deontología recibe un caso para su estudio es muy importante revisar los aspectos procedimentales desde el primer momento. Esto no significa que se deban paralizar las tareas de la Comisión, como pueden ser la asignación de ponente para su estudio en profundidad.

Tener presente los aspectos formales y procesales con rigor desde el primer momento, permitirá recabar informaciones o realizar trámites complementarios que, si se dejan para el final, pueden generar demoras desproporcionadas en las resoluciones que afectarían al prestigio de la institución colegial. De igual modo conviene clarificar aspectos procesales en relación con la justicia ordinaria.

2. Objetivos y método de la sesión

Se propone el análisis de tres supuestos prácticos presentados a un Colegio de Médicos, que son remitidos por la Junta directiva a la Comisión de Deontología para su informe.

Los objetivos de la sesión son:

- a. Entrenar en la capacidad de análisis del problema deontológico.
- b. Entrenar en la dimensión procesal del caso.
- c. Intercambiar experiencias entre los asistentes al seminario.

En una primera parte se procederá a la discusión de los tres casos en grupos reducidos. Cada grupo elegirá entre sus componentes a un relator, que tomará notas de las líneas generales del debate interno. Se dedicará aproximadamente 15 minutos a cada caso.

A continuación se celebrará un debate plenario de los casos con todos los participantes en el seminario, que será iniciado por la exposición de las conclusiones de cada grupo por parte de los relatores.

Con el objeto de facilitar y ordenar la discusión en los grupos y en el debate plenario se propone un sencillo esquema de análisis con 5 puntos:

- 1º Definir las cuestiones deontológicas que deben ser objeto de dictamen por la Comisión de Deontología, clarificando los hechos y sus responsables.
- 2º Seleccionar los artículos del Código de Deontología que van a fundamentar el informe y argumentar su relación con el caso.
- 3º Seleccionar (si procede) los artículos de los Estatutos Generales de la OMC que se aplicarían en caso de responsabilidad disciplinaria.
- 4º Aspectos procesales que se deben tomar en consideración.

5º) Conclusiones del Informe.

Casos:***Las historias clínicas de la Unidad de HTA***

En un hospital general un grupo de médicos ha puesto en marcha una unidad de hipertensión donde se desarrollan tareas asistenciales y de investigación. Los pacientes se atienden generalmente en consultas externas y se reciben casos de difícil control, así como con sospecha de HTA secundaria, remitidos por los médicos de familia de centros de salud del área. El médico responsable de la unidad decidió, por razones de operatividad crear un archivo de historias clínicas propio, de modo que los pacientes tienen lo más sustancial de su documentación clínica en un archivo del servicio.

Cuando la Gerencia del hospital realiza la auditoria anual que incluye la revisión de indicadores de calidad en las historias clínica, advierte que la actividad de la unidad de HTA no se puede evaluar a partir de los archivos generales del hospital y solicita el acceso a las historias clínicas que el responsable de la unidad mantiene bajo llave en un despacho. Los médicos se oponen a la revisión de estas historias por un grupo de evaluadores (compuesto por un médico documentalista, una enfermera y varios administrativos) sin autorización previa de los pacientes, considerando que sería una vulneración del secreto profesional y del derecho a la confidencialidad que tienen los pacientes.

La Gerencia del Hospital amenaza con suprimir la Unidad y requiere por escrito el acceso a las historias clínicas con lo que se genera un clima de conflictividad que traspasa los límites del Hospital. El médico responsable de la Unidad consulta a un abogado que le confirma en su convicción de que el secreto profesional es un deber emblemático de la profesión médica que no se puede vulnerar por razones administrativas. Con esta argumentación los médicos solicitan el amparo del Colegio de Médicos.

Reclamación por implantes mamarios

Una paciente de 44 años presenta una reclamación al Colegio de Médicos contra un médico por una intervención de implantes mamarios de silicona cuyo resultado considera muy deficiente. Dado que el resultado no ha sido el prometido, solicita que el médico le devuelva el dinero abonado por la

operación, con el objeto de pagar una nueva reintervención con otro profesional más competente.

Tras unas primeras diligencias la Comisión de Deontología obtiene la siguiente información: el médico que realizó la intervención es especialista en ORL, tiene más de 15 años de experiencia en medicina estética, obtuvo un máster de cirugía estética en otro país y tiene múltiples diplomas, pero carece del título de especialista en cirugía plástica y reparadora; el citado médico reconoce el deficiente resultado de la intervención que atribuye a retracciones fibrosas cicatriciales que han producido una asimetría de los pechos y se compromete a reintervenirla sin coste adicional alguno; la paciente manifiesta pérdida de confianza en este médico y desea quien la opere de nuevo sea un especialista en cirugía plástica.

Certificado falso

En el mes de junio entra en el Registro del Colegio de Médicos una denuncia contra un colegiado indicando:

- ⚡ Que el citado médico había cumplimentado un certificado médico según el cual una determinada persona padecía "un cólico nefrítico" que le obligaría a guardar reposo durante los días siguientes, lo cual le impediría presentarse a una vista en la Audiencia Provincial, para la que estaba citado.

- ≠ Que dicho certificado había sido presentado el día de la celebración de un juicio civil, que fue suspendido con grave perjuicio para quien suscribía la reclamación.
- ≠ Que el reclamante, en la misma mañana de la suspensión de la vista se personó, acompañado de un notario, en el domicilio del presunto enfermo encamado, comprobando que, como cada día, había acudido a su trabajo, y su empleada doméstica ignoraba la presunta enfermedad aducida.
- ≠ Que por todo ello se solicitaba la intervención, el dictamen y la sanción correspondiente por parte del Colegio de Médicos.

El Colegio solicitó al colegiado denunciado su versión de los hechos, con el fin de que la Comisión de Deontología pudiera elaborar el oportuno dictamen y propuesta a la Junta Directiva. El médico no contestó y hubo que reiterar la petición dos veces más, hasta que en el mes de marzo del siguiente año se recibió en el Colegio el descargo del médico denunciado, que en síntesis decía que su buena fe se había visto sorprendida por el engaño y la simulación del paciente al que conocía, aunque no le constaba de forma fehaciente un diagnóstico objetivo de la enfermedad aducida.

La Comisión de Deontología finalizó dos meses más tarde su informe, que fue exculpatario para el médico, aunque le instaba a una mayor prudencia crítica ante determinadas afirmaciones de sus pacientes y, en especial, en la cumplimentación de certificados. La Junta Directiva ratificó el dictamen de la Comisión de Deontología.

El denunciante no recurrió el dictamen del Colegio de Médicos pero solicitó copia de las actuaciones para incorporar dicha información a la causa civil que aún permanecía abierta.

II Seminario de Deontología Médica

destinado a miembros

Comisiones de Deontología

Colegios de Médicos

Ponencia 4

**Formación Continuada en Deontología: La instrucción
y valoración de los expedientes disciplinarios.**

Documentación básica.

Archivo e informatización de casos.

Ponentes: Luis Yuguero del Moral (*)

Rafael Muñoz Garrido (**)

(*) Miembro de la Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado de la Organización Médica Colegial. Presidente de la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Burgos

(**) Catedrático de Medicina Legal de la Universidad de Salamanca. Presidente de la Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado de la Organización Médica Colegial.

Madrid 2002

Índice

1. Introducción
2. Formación continuada en deontología médica

3. Responsabilidad profesional del médico

3.1. Responsabilidad penal del médico

3.2. Responsabilidad civil del médico

3.3. Responsabilidad administrativa del médico

3.3.1. Relación funcionarial

2. Relación estatutaria

4. Responsabilidad corporativa del médico

4.1. Régimen jurídico

4.2. Fundamento de la potestad disciplinaria

5. Faltas profesionales que originan responsabilidad disciplinaria

5.1. Faltas profesionales directamente tipificadas

5.2. Faltas profesionales tipificadas por similitud

5.2.1. Incumplimiento de los deberes establecidos

en el art. 43 de los estatutos colegiales

5.2.2. Incursión en las prohibiciones señaladas

en el art. 44 de los estatutos colegiales

3. Incumplimiento de las normas deontológicas

5. Sanciones que originan las faltas profesionales

7. Garantías jurídicas

7.1. Seguridad jurídica

7.2. Control jerárquico

3. Competencia enjuiciadora y sancionadora

8. Procedimiento sancionador

8.1. Comienzo del expediente disciplinario

8.2. Desarrollo del expediente disciplinario

3. Terminación del expediente disciplinario

8. Ejecución de las sanciones disciplinarias

9. Recursos procedentes

10. Autonomía de la responsabilidad disciplinaria

12. Extinción de la responsabilidad disciplinaria

11. Valoración del régimen disciplinario de la corporación médica

14. Especial consideración sobre la tipicidad de los ilícitos administrativos

15. Documentación básica

15. 1. Documentos normativos de la O.M.C

15. 2. Documentación legal

15. 3. Documentación funcional

15. 4. Documentación de estudio

15. Archivo e informatización de casos

16. 1. Archivo de casos

16. 2. Identificación del informe

16. 3. Utilización formativa de los expedientes.

15. Anexos

17.1. Anexo 1

17.2 Anexo 2

17.3. Anexo 3

17.4. Anexo 4

17.5. Anexo 5

17.6. Anexo 6

17.7. Anexo 7

1.
2. Introducción

Es necesario advertir, antes de entrar en materia, que la Ponencia ha sido de difícil vertebración por lo que se hacen necesarias algunas "claves" de interpretación.

En primer lugar porque su contenido se sitúa en un periodo de transición por cuanto los Estatutos hoy vigentes aprobados por Real Decreto de 1980, están destinados a ser sustituidos en un futuro inmediato por los nuevos Estatutos, parcialmente aprobados por la Asamblea (salvo algunos capítulos) y que, tan pronto como la Asamblea los apruebe en su totalidad, serán remitidos al poder ejecutivo (gobierno) para que los apruebe por Real Decreto

En segundo lugar, porque durante los últimos años ha sido promulgada nueva e importante legislación de tipo general que puede incidir sobre algunos aspectos, modificándolos, de la normativa estatutaria específica vigente, dictada con carácter específico para regular las profesiones colegiadas como es la nuestra de médicos. Por esto, a lo largo de la ponencia abundan los "esto es lo que hay" y "esto es lo que ha hecho y tiene preparado" la Comisión Central de Deontología para cuando llegue el momento, parece ser próximo, de la nueva regulación profesional estatutaria.

En tercer lugar, una parte extensa de la ponencia, la de la responsabilidad profesional del médico y la del régimen disciplinario colegial, en especial el procedimiento sancionador, se realiza desde la perspectiva de la formación continuada de las Comisiones de Deontología que tienen que intervenir obligatoriamente para realizar el análisis y valoración competente del expediente disciplinario instruido, antes de que sobre el mismo, la Junta directiva dicte resolución, pero también para la formación y guía de los colegiados que han de realizar la función de Jueces instructores, a los que les puede ser muy útil cuanto aquí se contiene.

Nos consta que la función de Juez instructor resulta ser un suplicio para el colegiado que tiene que sumir dicha responsabilidad, no tanto por ausencia de espíritu colaborador sino por falta de formación previa al respecto. Nos consta, igualmente, que ello es motivo de preocupación para las Juntas directivas de bastantes Colegios de Médicos, a las que no les resulta fácil disponer de Jueces instructores.

No obstante, esta dificultad para encontrar Jueces instructores bien formados, no puede ser resuelta, como sucede en algunos Colegios de Médicos, haciendo recaer la función de Juez instructor en los miembros de las Comisiones de Deontología, lo cual es de imposible justificación jurídica porque provoca un vicio de procedimiento que hace nulo de pleno derecho todo lo actuado durante la instrucción y finalmente resuelto por las Juntas directivas en los expedientes disciplinarios. La Comisión Central de Deontología ofrece su colaboración en la formación de colegiados expertos en materia procedimental para el conocimiento e instrucción de los expedientes disciplinarios.

2. Formación continuada en deontología médica

Aunque los principios fundamentales de la Ética y Deontología Médica pueden considerarse casi invariables a lo largo de los siglos, no es menos cierto que han tenido que irse acomodando a las exigencias impuestas por los cambios sociales acaecidos a lo largo de los mismos y, de manera muy especial, a los ocurridos durante la segunda mitad del siglo pasado. El cambio de mentalidad en la sociedad occidental, con la aceptación universal de los Derechos Humanos y la exacerbación desde

la cultural anglosajona del principio de autonomía – desde siempre recogido como principio básico en los códigos de ética médica – han supuesto un cambio significativo en la relación médico-paciente. El concepto, hasta cierto punto paternalista, de dicha relación ha sido sustituido por otro donde el paciente toma sus propias decisiones, aceptando o rechazando las opiniones médicas que se le aportan y ,en ocasiones, intentando imponer las suyas propias o por extensión plural las de la sociedad de la que forma parte.

La libertad y autonomía de los pacientes y de la sociedad ha hecho posible el desarrollo de sus derechos fundamentales recogidos en la Constitución y desarrollados por sucesivas Leyes y Decretos de ámbito nacional o autonómico. Pero esa misma libertad y autonomía que se le reconoce implica obligaciones, muchas de ellas también condicionadas legalmente. Todo este entramado legal obliga igualmente al médico, el cual, además, está obligado al cumplimiento de los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial y a seguir un conjunto de principios y reglas éticas que han de inspirar y guiar su conducta profesional y que constituyen el Código de Ética y Deontología Médica vigente.

Las Comisiones de Deontología de los Colegios de Médicos para llevar a cabo las funciones que les son propias tienen que tener un carácter dinámico y de adaptación, actuando como un órgano asesor de las Juntas Directivas especializado en asuntos éticos; siendo garantes de que se cumplan los derechos de los colegiados y de los pacientes, y comportándose como un órgano formativo con capacidad para desarrollar una formación continuada en materia ética de los profesionales médicos y, particularmente, de los miembros que las componen. Esta triple responsabilidad solamente puede ser llevada a cabo contando con una capacitación suficiente y disponiendo de libertad e independencia de criterio ante las Juntas Directivas colegiales. Por ello los miembros de las Juntas Directivas, mientras ostenten la condición de tales, no deben formar parte de las Comisiones de Deontología.

Las Declaraciones de la C.C.D, además de un elemento formativo, suponen un instrumento de actualización continuada del Código de Ética y Deontología Médica, elevando a norma deontológica lo que no se encuentra especificado o desarrollado en el código.

3. El marco jurídico de la responsabilidad profesional del médico

Al médico, en el ejercicio de su profesión, puede exigírsele responsabilidad jurídica de distinta naturaleza. Ésta puede ser sistematizada, en función del ámbito en el que se le exige, en responsabilidad penal, responsabilidad civil, responsabilidad administrativa y responsabilidad corporativa.

3.1. La responsabilidad penal del médico

Tiene lugar cuando el hecho incriminado al médico constituye una infracción legal tipificada como delito o falta.

La responsabilidad penal se encuentra regulada fundamentalmente por el Código Penal y la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

3.2. La responsabilidad civil del médico

Tiene lugar cuando se pretende la reparación económica de un daño sufrido como consecuencia de una acción o de una omisión del médico en su actividad profesional. Por su origen puede distinguirse: responsabilidad civil de origen contractual, responsabilidad civil de origen extra-contractual y responsabilidad civil de origen penal.

La responsabilidad civil se encuentra regulada por el Código Civil, Ley de Enjuiciamiento Civil, Código Penal y Ley de Enjuiciamiento Criminal. Cuando la responsabilidad civil deriva de una conducta sancionada penalmente, la jurisdicción penal prevalece sobre el resto de jurisdicciones, pero cuando se trata de conocer la exigencia de responsabilidad civil extra-contractual, por daño sufrido por la prestación médica realizada por médicos de instituciones sanitarias públicas, puede producirse un conflicto de jurisdicciones entre la jurisdicción civil, la jurisdicción contencioso-administrativa y la jurisdicción social. La modificación en 1999 de la Ley del Régimen jurídico de las administraciones públicas y del Procedimiento Administrativo, en el tema de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, ha declarado competente exclusivamente a la jurisdicción contencioso-administrativa, pero sentencias posteriores la jurisdicción civil se han declarado competente en determinados casos de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, entre ellos los sanitarios.

3.3. La responsabilidad administrativa del médico

En función de la naturaleza de la relación jurídica que existe entre el médico y la institución sanitaria, puede distinguirse una relación funcionarial, una relación estatutaria y una relación laboral ordinaria.

3.3.1. Relación funcionarial.

El médico es un funcionario al servicio de la Administración pública (central, autonómica, provincial o municipal), que pertenece, por lo general, a un cuerpo de funcionarios médicos. Lo característico de la relación funcionarial es que su regulación se realiza por normas jurídicas de Derecho administrativo. La responsabilidad administrativa del médico deriva en estos casos del incumplimiento de los deberes que tiene asignados por las leyes y reglamentos que regulan el régimen disciplinario del cuerpo funcionarial al que pertenece.

La sustanciación procesal de la responsabilidad administrativa se realiza, en estos casos, conforme a lo dispuesto por las leyes y reglamentos que rigen el cuerpo médico al que pertenece y, con carácter supletorio, por la Ley de Régimen jurídico de las administraciones públicas y del Procedimiento Administrativo.

3.3.2. Relación estatutaria.

El médico está al servicio de la Administración pública sanitaria a través de una relación jurídica de carácter laboral, regulada por normas jurídicas de Derecho o del trabajo. Pero estas normas jurídicas que regulan la relación del médico con el ente público sanitario no son las normas generales que regulan las relaciones de los trabajadores con los empresarios, sino que son normas especiales y específicas, es decir, constituyen un Estatuto promulgado para regular la situación de una actividad laboral específica, concreta y significativa, de un colectivo de trabajadores. Gran parte de la actividad profesional médica está regulada, en nuestros días, por el «Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social» aprobado por Decreto de 23 de diciembre de 1966. La responsabilidad administrativa del médico deriva en estos casos del incumplimiento de los deberes estatutarios establecidos.

La sustanciación procesal de la responsabilidad administrativa se realiza, en estos casos, conforme a lo dispuesto en el Régimen Disciplinario, Capítulo VII, «De las faltas y sanciones», artículos 65 a 74 del estatuto, las resoluciones y circulares emanadas al respecto, y con carácter supletorio por la Ley de Régimen jurídico de las administraciones públicas y del Procedimiento Administrativo.

3.3.3. Relación laboral ordinaria

El médico está al servicio de la Administración pública sanitaria a través de una relación jurídica de carácter laboral ordinario regulada por normas jurídicas de Derecho del trabajo dictadas para regular las relaciones ordinarias de los trabajadores con los empresarios. La responsabilidad administrativa del médico deriva en estos casos del incumplimiento de los deberes establecidos para el común de los trabajadores.

La sustanciación procesal se realiza, en estos casos, conforme a lo dispuesto por la ley de contrato de trabajo y demás legislación procesal ordinaria existente.

4. La responsabilidad corporativa del médico

Es la responsabilidad profesional que se origina como consecuencia de las faltas cometidas por infracción de las normas estatutarias y deontológicas reguladoras de la profesión en virtud de la potestad sancionadora que la Organización Médica Colegial tiene atribuida para mantener la disciplina en el ejercicio de la profesión de médico.

4.1. Régimen jurídico

Viene establecido por la Ley de Colegios Profesionales, los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial y del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos y el Código de Ética y Deontología Médica.

4.2 Fundamento de la potestad disciplinaria

La potestad disciplinaria ejercida por la Organización Médica Colegial, tiene su fundamento en la especial relación de sujeción de derecho público que los colegiados tienen respecto a los Colegios de Médicos.

5. Faltas profesionales que originan responsabilidad corporativa

Constituye falta disciplinaria corporativa cualquier incumplimiento por parte del colegiado de sus deberes estatutarios y deontológicos. Las faltas disciplinarias corporativas pueden constituir faltas disciplinarias directamente tipificadas y faltas disciplinarias determinadas por similitud.

5.1. Faltas profesionales directamente tipificadas (Art. 64, puntos 1, 2, 3, 4).

Se clasifican en leves, menos graves, graves y muy graves (Anexo 1).

A tenor de lo dispuesto por la vigente Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del procedimiento Administrativo Común, art. 129, las faltas se clasifican en leves, graves y muy graves. Volveremos mas tarde sobre ello.

5.2. Faltas profesionales determinadas por similitud (Art. 64. 5). Serán calificadas por similitud las conductas que merecen reprobación estatutaria pero no se encuentran incluidas en el listado de faltas leves, menos graves, graves y muy graves.

5.2.1. Incumplimiento de los deberes establecidos en el artículo 43 de los Estatutos colegiales

El artículo 43 de los estatutos de la Organización Médica Colegial, que lleva por título «Deberes de los colegiados», establece los deberes siguientes (Anexo 2)

5.2.2. Incurción en las prohibiciones señaladas en el artículo 44 de los Estatutos colegiales.

El artículo 44 de los estatutos de la Organización Médica Colegial, que lleva por título «Prohibiciones», establece que, además de las prohibiciones señaladas en el Código de Ética y Deontología Médica, de rigurosa observancia, y de lo establecido en los artículos anteriores, todo colegiado se abstendrá de lo siguiente. (Anexo 3)

5.2.3. Incumplimiento de las normas deontológicas

A tenor de lo dispuesto por los estatutos de la Organización Médica Colegial (Art. 64.5) y por el

Código de Ética y Deontología Médica (Art. 2, 2), las infracciones deontológicas necesitan, para su aplicación disciplinaria, de la necesaria tipificación correlativa con alguna de las conductas profesionales descritas como faltas disciplinarias. Volveremos luego sobre ello.

6. Sanciones que originan las faltas profesionales (Art. 65)

1) Las sanciones que pueden imponerse son amonestación privada, apercibimiento por oficio, suspensión temporal del ejercicio profesional y expulsión del Colegio.

2) Las faltas leves serán corregidas con la sanción de amonestación privada. Para las faltas menos graves se impondrá la sanción de apercibimiento de oficio. Las faltas graves serán sancionadas con la suspensión del ejercicio profesional por tiempo inferior a un año y las faltas muy graves se sancionaran con suspensión del ejercicio profesional por tiempo superior a un año e inferior a dos.

3) La sanción de expulsión del Colegio, llevará anexa la inhabilitación para incorporarse a cualquier otro mientras no sea expresamente autorizado por el Consejo General. Esta sanción solamente podrá imponerse por la reiteración de faltas muy graves y el acuerdo que determine su imposición deberá ser adoptado por el pleno de la Junta directiva del Colegio con asistencia de las dos terceras partes de sus miembros y con la conformidad de la mitad de quienes lo integran.

4) Para la imposición de sanciones, los Colegios deberán graduar la responsabilidad del inculpado en relación con la naturaleza de la infracción cometida, trascendencia de ésta y demás circunstancias modificativas de la responsabilidad, teniendo potestad para imponer la sanción adecuada, si fuera más de una la que se establezca para cada tipo de faltas. En caso de sanción por falta muy grave que afecte al interés general se podrá dar publicidad en la prensa colegial.

7. Garantías jurídicas

7.1. Seguridad jurídica (Art. 63, 3)

La instrucción de un expediente disciplinario para sancionar las faltas leves carecería de sentido, dado los escasos perjuicios que de aquéllas derivan para los colegiados, por lo que serán corregidas por el presidente del Colegio de Médicos, por acuerdo de su Junta directiva, previa audiencia del

interesado, tal como se dispone estatutariamente al ordenarse que «no será preceptiva la instrucción previa de expediente para la imposición de las sanciones correspondientes a las faltas leves aunque si es necesaria la audiencia previa del interesado» (Art. 63.3, párrafo 2).

No ocurre así en el caso de las sanciones correspondientes a las restantes faltas las cuales sólo podrán imponerse en virtud de expediente instruido al efecto, cuyo aspecto fundamental es el de la audiencia del interesado. (Art. 63, 3, párrafo 1).

7.2. Control jerárquico (Art. 63, 6)

Los Colegios de Médicos deben dar cuenta inmediata al Consejo General de todas las sanciones que impongan por faltas graves o muy graves con remisión de un extracto del expediente disciplinario. El Consejo General debe llevar un registro de sanciones.

7.3. Competencia enjuiciadora y sancionadora (Arts. 63 y 67)

Para los colegiados, la potestad enjuiciadora y sancionadora corresponde a la Junta directiva del Colegio de Médicos (Art. 63, 4, párrafo 1). Para los miembros de las Juntas directivas y del Consejo General, la potestad enjuiciadora y sancionadora corresponde a la Asamblea de presidentes de los Colegios de Médicos (Arts. 63, 4, párrafo 2 y Art. 67, párrafo 1).

La sanción de las faltas leves es competencia del presidente del Colegio previo acuerdo de la Junta directiva (Art. 67, párrafo 1). La sanción de las restantes faltas será de la competencia de la Junta directiva, previa la instrucción de un expediente disciplinario conforme el procedimiento estatutariamente regulado (Art. 67, párrafo 2).

En el caso de que las faltas sean cometidas en una provincia concreta por colegiado inscrito en el Colegio de Médicos de otra provincia, el expediente disciplinario se tramitará y resolverá en el Colegio donde se haya cometido la falta, comunicándolo al de su procedencia, a través del Consejo General (Art. 67, párrafo 3).

8. Procedimiento sancionador

En el expediente disciplinario cabe distinguir tres momentos: comienzo, desarrollo y terminación.

8.1. Comienzo del expediente disciplinario.

El momento que se corresponde con el comienzo del expediente disciplinario tiene lugar con la realización de diversas actividades procesales.

1) Iniciación de las diligencias procesales.

Las diligencias procesales se iniciarán siempre mediante acuerdo de la Junta directiva del Colegio de Médicos, bien por propia iniciativa (de oficio) o a instancia de parte (denuncia).

2) Información reservada.

La Junta directiva del Colegio de Médicos, al tener conocimiento de una supuesta infracción, podrá decidir la instrucción de una información reservada para, según proceda, acordar la instrucción de expediente disciplinario o, en su caso, el archivo de las actuaciones. El archivo de las actuaciones consecutivas a la información reservada tendrá lugar sin imposición de sanción por sobreseimiento al considerar que la conducta no es constitutiva de falta o con la imposición de la sanción de

amonestación privada prevista para las faltas leves.

3) Incoación de expediente.

La incoación de expediente disciplinario será acordada por la Junta directiva del Colegio cuando la información reservada llevada a cabo arroja indicios suficientes de que la conducta profesional investigada puede ser constitutiva de falta, o bien, directamente, sin información reservada previa, en aquellos casos en los que existen indicios suficientes de que la conducta profesional conocida puede ser constitutiva de falta.

4) Medidas cautelares.

Acordada la iniciación del expediente disciplinario por la Junta directiva, ésta podrá adoptar las medidas provisionales que estime oportunas para asegurar la eficacia de la resolución que pudiera recaer, si existieran elementos de juicio suficiente para ello. No se podrán tomar medidas provisionales que puedan causar perjuicios irreparables a los interesados o que supongan violación de derechos amparados por las leyes.

5) Designación de juez instructor.

La designación de Juez instructor será efectuada por el mismo acuerdo de la Junta directiva que decidió la apertura de expediente disciplinario y el nombramiento puede recaer en uno de los miembros de la Junta directiva o en cualquier otro colegiado. Aunque estatutariamente se establece que la designación de Juez instructor puede recaer en uno de los miembros de la Junta directiva, es éticamente recomendable que la designación del juez instructor no recaiga en miembro alguno de la junta directiva para que ésta, en el momento de la deliberación y decisión, no tenga condicionamiento alguno por el hecho de haber sido un compañero de junta directiva quien ha instruido el expediente disciplinario

El Juez instructor debe tener mayor antigüedad en el ejercicio profesional que el expedientado o, en su defecto, al menos diez años de colegiación. Desempeñará obligatoriamente su función salvo que tenga motivos de abstención (parentesco, amistad íntima o enemistad manifiesta, o interés profesional en el asunto) o que la recusación promovida por el expedientado haya sido aceptada por la Junta directiva.

6) Designación de secretario.

Será designado por la Junta directiva o ésta podrá autorizar al Juez instructor para que éste lo nombre entre los colegiados.

7) Derechos del expedientado.

Son derechos del expedientado, en este momento procesal, la recusación del Juez instructor y Secretario del expediente disciplinario y el nombramiento de un colegiado-defensor.

Es preceptivo que los nombramientos de Juez instructor y Secretario sean comunicados al expedientado a efectos del ejercicio del derecho de recusación, quien podrá hacer uso de tal derecho dentro del plazo de ocho días desde el recibo de la notificación. Sólo se considerarán causas de recusación el parentesco de consanguinidad dentro del cuarto grado o el de afinidad dentro del segundo, la amistad íntima o la enemistad manifiesta y el tener interés personal en el asunto.

Es igualmente preceptivo que la junta directiva comunique al expedientado el derecho que le asiste a nombrar a un colegiado que actúe de defensor, para que, en el plazo de diez días, a partir de la notificación, éste notifique el nombramiento al Colegio de Médicos, acompañándolo de la aceptación

del interesado. La misión del colegiado-defensor es asistir a todas las diligencias propuestas por el juez instructor así como proponer la práctica de las diligencias que estime oportunas en beneficio de su defendido.

8.2. Desarrollo del expediente disciplinario.

Se inicia con las actuaciones del Juez instructor y la cuestión central está integrada por la audiencia del interesado. Esta deberá concedérsele para que formule por escrito las alegaciones que juzgue por convenientes al pliego de cargos y a la propuesta de resolución.

1) Sustanciación del expediente disciplinario. La metódica que el juez instructor debe seguir en la sustanciación del expediente disciplinario es la siguiente:

a) Disponer la aportación al expediente de los antecedentes existentes en el Colegio que estime necesarios.

b) Ordenar la práctica de cuantas pruebas y actuaciones conduzcan al esclarecimiento de los hechos o a la determinación de las responsabilidades susceptibles de sanción.

c) Tomar declaración al acusado.

d) Formular por escrito un pliego de cargos, estableciendo con precisión los que aparezcan contra el acusado.

e) Concederle un plazo improrrogable de ocho días a partir de la notificación, para que el acusado conteste por escrito y proponga, si lo estimare oportuno, las pruebas convenientes a su derecho.

f) Admitir o rechazar las pruebas propuestas por el acusado.

g) Acordar la práctica de las pruebas propuestas y admitidas y cuantas otras actuaciones considere eficaces para el mejor conocimiento de los hechos.

h) Formular propuesta de resolución, una vez terminadas las actuaciones y dentro del plazo máximo de cuatro meses desde la fecha del inicio de la incoación, que deberá notificar mediante copia al interesado, disponiendo éste de un plazo de ocho días, desde el recibo de la notificación, para examinar el expediente y presentar escrito de alegaciones.

2) Remisión del expediente disciplinario. La metódica que el Juez instructor debe seguir, terminada la sustanciación del expediente disciplinario, es la siguiente:

a) Remitir las actuaciones a la Junta directiva del Colegio, inmediatamente después de recibido el escrito de alegaciones presentado por el expedientado o una vez que se ha consumido el plazo para hacerlo sin que el interesado haya presentado dicho escrito de alegaciones. La Junta directiva podrá devolver el expediente al Juez instructor para que se lleven a cabo la práctica de aquellas diligencias que, habiendo sido omitidas, resulten imprescindibles para tomar la decisión.

b) El Juez instructor, antes de remitir de nuevo el expediente a la Junta directiva, dará vista de lo actuado al inculcado, quien en un plazo de ocho días debe alegar cuanto estime conveniente a su derecho.

8.3. Terminación del expediente disciplinario.

El expediente disciplinario concluye por acuerdo de sobreseimiento o mediante resolución que imponga sanción. Recibidas por la Junta directiva del Colegio de Médicos las actuaciones del Juez

instructor, ésta seguirá para la resolución del expediente disciplinario la metódica siguiente:

- a) Resolverá el expediente en la primera sesión que celebre después de haber recibido las actuaciones del Juez instructor.
- b) Oirá, con carácter preceptivo y previo, al asesor jurídico del Colegio, si lo hubiere, y a la Comisión de Ética y Deontología del Colegio.
- c) La decisión por la que se ponga fin al expediente sancionador habrá de ser motivada.
- d) En la motivación de la decisión no se podrán aceptar hechos o fundamentos distintos a los que sirvieron de base al pliego de cargos y a la propuesta de resolución, sin perjuicio de su distinta valoración.
- e) Notificar la resolución al interesado en sus términos literales.

9. Ejecución de las sanciones disciplinarias (Arts. 63.5 y 76)

Los acuerdos sancionadores serán inmediatamente ejecutivos sin perjuicio de los recursos que procedan (Art. 63, 5, párrafo 1). Cuando la ejecución inmediata de la sanción disciplinaria pudiera ocasionar perjuicios de imposible o difícil reparación, el organismo sancionador podrá acordar, de oficio o a instancia de parte, la suspensión temporal de la ejecución del acuerdo recurrido (Art. 63, 5, párrafo 2).

10. Recursos procedentes (Arts. 68.14, 15 y 76)

Resuelto el expediente disciplinario por la Junta directiva, el colegiado podrá interponer sucesivamente los recursos siguientes:

1º. Recurso de alzada. Ante el Consejo General de Colegios de Médicos, en el término de quince días, presentándolo en el Colegio de Médicos, quien, dentro de los tres días siguientes, lo remitirá al Consejo General en unión del expediente instruido y de su informe.

2º. Recurso contencioso-administrativo. Transcurridos tres meses desde la interposición del recurso de alzada sin que se notifique su resolución, se entenderá desestimado y quedará expedita la vía procedente. Si recayese resolución expresa, el plazo para formular el recurso que proceda se contará desde la notificación de la misma.

11. Autonomía de la responsabilidad disciplinaria (Art. 63.2)

En virtud del principio de compatibilidad, un mismo hecho, puede dar lugar al nacimiento de las responsabilidades jurisdiccionales (penal, civil, administrativa) y corporativa (colegial). Estas distintas clases de responsabilidad, en cuanto se basan en distintos sectores del ordenamiento jurídico, son entre sí compatibles e independientes. En virtud de la independencia que existe entre ellas, la circunstancia de que una jurisdicción se pronuncie por la inexistencia de responsabilidad, no será obstáculo para que la otra jurisdicción si la aprecie y así se dispone estatutariamente al señalar que «el régimen disciplinario establecido estatutariamente se entiende sin perjuicio de las responsabilidades de cualquier otro orden en que los colegiados hayan podido incurrir». La

fundamentación se encuentra en el principio de especial relación de sujeción de derecho público que los colegiados tienen respecto a su Colegios de Médicos.

12. Extinción de la responsabilidad disciplinaria (Art. 66)

La responsabilidad disciplinaria se extingue:

- a) Por la muerte del inculcado.
- b) Por cumplimiento de la sanción.
- c) Por prescripción de las faltas. Las faltas prescriben una vez transcurrido un año desde su comisión sin haberse decretado la incoación del oportuno expediente disciplinario, salvo las que constituyen delito, que tienen el mismo plazo de prescripción de éste cuando dicho plazo fuere superior a un año.
- d) Por prescripción de las sanciones. Las sanciones prescriben según lo dispuesto en las leyes que las establezcan. Si estas no fijan plazo de prescripción, las sanciones impuestas por sanciones muy graves prescribirán a los tres años, las impuestas por faltas graves a los dos años y las impuestas por faltas leves al año (Ley del régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del procedimiento Administrativo Común, art. 132).
- e) Por acuerdo del Colegio sancionador ratificado por el Consejo General.

La anotación de las sanciones impuestas será cancelada definitivamente siempre que una vez cumplida la sanción, el colegiado observe buena conducta después de transcurridos: tres meses, para las leves, seis meses para las menos graves, dos años para las graves y cinco años para las muy graves.

13. Valoración del régimen disciplinario de la corporación médica

Para este epígrafe se transcribe el contenido de la publicación de uno de nosotros en la Revista OMC, nº 21, p. 45 (1992) que utilizando de referente el texto legal de los funcionarios vigente en aquella fecha arrojó datos muy reveladores.

La cuestión que se plantea es la siguiente: puesto que en el ejercicio de la profesión de médico éstos están sometidos a la posible exigencia de responsabilidad corporativa, ¿qué calidad, sustantiva y procesal, posee el régimen disciplinario al que éstos están sometidos?.

El sistema disciplinario colegial, en sí mismo considerado, tiene articulado principios jurídicos fundamentales e indispensables en la exigencia de responsabilidad: principio de legalidad, principio de tipicidad, etc. Por tanto, la valoración que por sí mismo éste merece, parece ser favorable.

Ahora bien, la responsabilidad corporativa no es privativa de los médicos. Es exigida, también, a otros profesionales como farmacéuticos, veterinarios, arquitectos, ingenieros, etc. La comparación de régimen disciplinario de los médicos con el de otros profesionales, puede ser un procedimiento útil para matizar la anterior valoración favorable que por sí mismo éste merece.

A tal efecto, el referente utilizado, por su alta significación, ha sido el régimen disciplinario de los funcionarios públicos, siendo el grado de discrecionalidad de la potestad sancionadora y la determinación de los plazos de prescripción de las faltas los parámetros que se analizan y comparan.

1) Grado de discrecionalidad de la potestad sancionadora

A) En el régimen disciplinario de los funcionarios.

Las faltas disciplinarias cometidas por los funcionarios públicos en el ejercicio de sus cargos pueden ser leves, graves y muy graves. Las faltas muy graves enumeradas son las siguientes: a) la falta de probidad moral o material y cualquiera constitutiva de delito doloso. b) la manifiesta insubordinación individual o colectiva. c) el abandono del servicio. d) la violación del secreto profesional y la emisión de informes o la adopción de acuerdos ilegales.

Las sanciones que por las faltas leves, graves y muy graves pueden aplicarse se encuentran taxativamente enumeradas: a) la separación del servicio. b) la suspensión de funciones. c) el traslado o cambio de residencia. d) la pérdida de 5-20 días de empleo y sueldo. e) la pérdida de 1-4 días de empleo y sueldo. f) el apercibimiento.

La norma legal no establece una equiparación estricta entre las 6 sanciones enumeradas y los tres tipos de faltas señalados, limitándose a decir: a) La separación del servicio únicamente se impondrá como sanción de las faltas muy graves. b) Las faltas leves sólo podrán corregirse con las señaladas en los apartados 5 y 6. Por tanto, las sanciones 2, 3 y 4 podrán ser aplicadas, discrecionalmente, a las faltas graves o a las muy graves. Consiguientemente, el grado de discrecionalidad concedido es importante, puesto que las faltas graves y las faltas muy graves pueden ser corregidas, indistintamente, con las sanciones de 5-20 días de pérdida de empleo y sueldo, el traslado-cambio de residencia o la suspensión de funciones.

Se puede afirmar que, en la potestad administrativa sancionadora, aunque ésta viene obligada a tener en cuenta el principio general de derecho de la proporcionalidad administrativa, existe un alto grado de discrecionalidad.

B) En el régimen disciplinario de los médicos.

Las faltas disciplinarias cometidas por los colegiados en el ejercicio de su profesión pueden ser leves, menos graves, graves y muy graves.

Las sanciones que por las faltas leves, menos graves, graves y muy graves pueden aplicarse se encuentran taxativamente enumeradas: a) Amonestación privada. b) Apercibimiento de oficio. c) Suspensión temporal del ejercicio profesional. d) Expulsión del Colegio.

La norma estatutaria establece una equiparación estricta entre las cuatro sanciones enumeradas y los cuatro tipos de faltas señalados: a) Las faltas leves serán corregidas con la sanción de amonestación privada. b) Las faltas menos graves serán corregidas con la sanción de apercibimiento de oficio. c) Las faltas graves serán corregidas con la sanción de suspensión del ejercicio profesional por tiempo superior a un año e inferior a dos. e) La sanción de expulsión del colegio solamente podrá imponerse por la reiteración de faltas muy graves.

Se puede afirmar que, en la potestad colegial sancionadora, existe cero grado de discrecionalidad.

2) Determinación de los plazos de prescripción de las faltas

A) En el régimen disciplinario de los funcionarios.

Se establece que la preinscripción de las faltas tiene lugar: las leves al mes, las graves a los 2 años, y las muy graves a los 6 años, no especificándose el momento desde el cual comenzarán a correr los plazos señalados, por lo que puede plantearse la duda de si habría que atenerse a la fecha de realización de la falta (sistema penal) o a la de su conocimiento (sistema civil). Tanto por la materia de que se trata, más próxima al derecho penal que al civil, así como por la aplicación del principio "indubio pro reo", parece procedente inclinarse, ante la indeterminación, por la fecha de realización.

B) En el régimen disciplinario de los médicos.

En el régimen disciplinario colegial no existe indeterminación alguna al respecto puesto que se afirma, taxativamente, que las faltas prescriben transcurrido un año desde su comisión salvo las que constituyan delito.

14. Consideraciones jurídico-penales sobre los ilícitos administrativos

A lo largo de la Ponencia se ha repetido algunas veces la expresión "volveremos sobre ello" o similar. Se trataba de cuestiones que necesitan una consideración puntual por cuanto la legislación posterior a 1980, fecha en la que se promulgaron nuestros vigentes Estatutos, plantea cuestiones que deben ser tenidas en cuenta en la necesaria y urgente reforma de dichos Estatutos y, por ende, en nuestro actual régimen disciplinario colegial.

1) Por lo que se refiere a la penalización de los ilícitos administrativos, la desaparición de las faltas "menos graves" tiene que ver, secuencialmente, con la graduación de la sanción, con el número existente de ilícitos administrativos, con el grado de reprobación ética y estatutaria de las conductas profesionales, y, finalmente, con la adecuación de las sanciones a imponer.

Por cuanto constituye norma legal vigente es asunto que no se puede rechazar, lo cual no quiere decir que no se pueda y deba someter a su análisis y valoración ética.

La vigente clasificación de reducir las conductas reprobables a tres tipos de faltas: leves, graves y muy graves, es reduccionista. En el estudio realizado por uno de nosotros al que se ha hecho

referencia anteriormente se pone esto de manifiesto con carácter evidente. El régimen disciplinario de los médicos, al disponer de cuatro tipos de faltas, era superior al de los funcionarios porque, además de otros parámetros, permitía una mejor adecuación de las conductas reprobables y, consiguientemente, una sanción más acorde con la conducta reprobada.

2) Por lo que se refiere al principio de legalidad ha tenido lugar un reforzamiento del principio de prohibición de analogía.

En el Derecho penal, el principio de legalidad ha sido, desde la instauración del Estado liberal, el principal límite impuesto al ejercicio de la potestad punitiva del Estado. Constituye una garantía para los ciudadanos y supone la imposibilidad de que el Estado intervenga penalmente más allá de lo que permite la ley.

El contenido esencial del principio de legalidad en materia penal radica en que no puede sancionarse ninguna conducta, ni imponerse pena alguna, que no se encuentre establecida en la ley. Así lo manifiesta la Constitución Española: "la Constitución garantiza el principio de legalidad" (art. 9.3.). El principio de legalidad requiere determinar previamente por ley qué supuestos están recogidos por ésta, no pudiéndose desbordar los límites de los términos de la ley y aplicarla a supuestos no previstos en la misma porque ello violaría el principio de legalidad. Esto se expresa con el término denominado "prohibición de analogía".

Por otra parte, el principio de legalidad es especialmente estricto y exigible cuando opera en materia penal por lo que el artículo 25.1. de la Constitución Española lo concreta en este ámbito estableciendo que "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".

A lo expuesto es necesario añadir la categoría tipicidad que es la adecuación de un hecho cometido a la descripción que de este hecho se hace en la ley penal. Por imperativo del principio de legalidad, sólo los hechos tipificados en la ley penal como delitos pueden ser considerados como tales.

3) Por todo lo cual, se puede concluir que resultado del principio de legalidad, tipicidad y prohibición de analogía, en materia penal, se refuerzan, en unión de otros principios jurídico-penales, las necesarias garantías protectoras de los ciudadanos.

Consecuencia de todo ello ha sido que en el Derecho administrativo sancionador se ha producido un fortalecimiento de las exigencias jurídico-garantistas: legalidad, tipicidad, prohibición de analogía, etc., procedentes del orden penal y realizada por el Tribunal Constitucional que ha ido traspasando a las sanciones administrativas los principios y garantías de las penales (Muñoz Conde, Derecho Penal).

4) La Comisión Central de Deontología, para la adecuación del actual procedimiento sancionador corporativo a las doctrinas y tendencias actuales realizó, por encargo del ponente al que se encomendó el anteproyecto de nuevos estatutos, Dr. Sierra Arredondo, un trabajo difícil y laborioso, que muy someramente pasa a explicarse (Anexos 4, 5, 6 y 7).

15.- Documentación básica

15. 1. Documentos normativos de la O.M.C.:

15.1.1 Código de Ética y Deontología Médica

15.1.2 Declaraciones de la Comisión Central de Deontología

15.1.3 Estatutos Generales de la O.M.C.

15.1.4 Estatutos particulares de cada Colegio

15.1 5. Normativa deontológico-estatutaria del Consejo Autonómico

15. 2. Documentación legal: Depende fundamentalmente de la Asesoría Jurídica

- i. Constitución Española
- i. Código Penal y Civil
- i. Ley de Régimen jurídico de las administraciones públicas y del Procedimiento Administrativo
- i. Leyes de contenido sanitario (Ley General de Sanidad, Ley de Especialidades Médicas, Ley del Medicamento, Transplantes, Ensayos Clínicos, Biotecnología, Reproducción, etc.)

15. 3. Documentación funcional:

- i. Plantilla para el análisis y valoración de los expedientes disciplinarios
- i. Listado para comprobar la corrección final de un expediente.
- i. Índice por materias de los expedientes habidos y cerrados en el Colegio.
- i. Archivo de expedientes.

15. 4. Documentación de estudio:

15. Libros, revistas y páginas de Internet sobre material de Deontología y Ética Médica

16.- Archivo e informatización de casos

La actividad de una Comisión de Deontología es por si misma una fuente inagotable de experiencia y enseñanza para los miembros que la componen y para los que habrán de sucederles en el futuro. Fiar a la memoria los casos conocidos, estudiados y resueltos, así como los informes emitidos al respecto es prácticamente imposible y en cualquier caso no perduraría más allá del tiempo de permanencia de los miembros que elaboraron dichos informes. Es por ello que cada Comisión de Deontología, al igual que debe disponer de una biblioteca con la documentación básica anteriormente indicada, disponga de un archivo de los casos que a lo largo de su historia hayan sido de especial

interés por importancia, contenido, procedimiento y resolución, especialmente si se siguieron de fallos de instancias superiores tales como la Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado, o de sentencia contencioso-administrativa.

Señalar un sistema de archivo idóneo dependería, en gran medida, de la disponibilidad de medios técnicos con que cuente el Colegio. No obstante, el uso de la informática está generalizado y el archivo informatizado de informes y resoluciones de expedientes es prácticamente accesible a todos los Colegios de Médicos.

A la hora de crear una base de datos es obligado recordar el derecho constitucional recogido en el artículo 18.4 de la Constitución Española que garantiza la protección del derecho a la intimidad personal y familiar frente al uso de la informática, como un derecho fundamental y ajustarse a lo dispuesto en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, entendiendo por tales "cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables". Conforme a dicha Ley hay que tener en cuenta que por fichero o base de datos se entiende "todo conjunto organizado de datos de carácter personal, cualquiera que fuere la forma o modalidad de su creación, almacenamiento, organización y acceso". Ello implica que no solamente los datos informatizados, sino aquellos otros incluidos en expedientes elaborados o almacenados por medios físicos tradicionales tendrán la consideración de fichero e ineludiblemente tendrán que estar bajo la dependencia de un responsable que en el caso de los Colegios de Médicos será el Secretario General, el cual deberá conocer y autorizar el acceso justificado a las bases de datos del Colegio, las cuales deben estar protegidas mediante claves de acceso. Hay que tener también en cuenta que parte de los datos incluidos en los expedientes disciplinarios pueden ser datos derivados de denuncias interpuestas por pacientes en relación con la asistencia recibida o la actividad profesional del médico inculcado y por tanto tendrían consideración de "datos especialmente protegidos" y deben contar con el consentimiento expreso de los afectados.

El acceso justificado de los miembros de las Comisiones de Deontología podrá realizarse individualmente o a través del Secretario de la Comisión, estando todos ellos obligados a guardar secreto de lo conocido a través de la consulta realizada.

1. Archivo de casos.

Se realizará atendiendo a la tipificación de la falta que originó la responsabilidad corporativa y el correspondiente expediente disciplinario (ver punto 5: Faltas profesionales que originan responsabilidad disciplinaria). Las faltas derivadas del incumplimiento de las normas del Código de Ética y Deontología Médica podrán, para una consulta más accesible y rápida, ser archivadas en relación a cada uno de los capítulos que conforman el citado Código.

2. Identificación del informe

El informe emitido por la Comisión de Deontología o el del expediente disciplinario deberán ser identificados no directamente por el nombre del afectado sino mediante codificación que identifique la falta o faltas cometidas, de esta forma si lo que se desea conocer es el contenido del informe emitido no será necesaria la identificación previa del colegiado que sufrió el expediente o la investigación reservada.

15. Utilización formativa de los expedientes.

Si el acceso al expediente disciplinario o al informe de la comisión de deontología se hubiera realizado con carácter formativo, de la documentación obtenida deberán eliminarse los datos personales y cualquier otro que permitiera el conocimiento directo o indirecto del expedientado.

Anexo 1

Faltas profesionales directamente tipificadas (Art. 64, 1, 2, 3, 4, EGOMC)

Son faltas leves:

1. El incumplimiento de las normas sobre documentación colegial. La documentación colegial

comprende tanto la que el colegiado debe presentar al Colegio como la que debe cursar a través de éste.

2. La negligencia en comunicar al Colegio las vicisitudes profesionales para su anotación en el expediente personal.
3. La desatención respecto a los requisitos o peticiones de informes solicitados por el Colegio.

Son faltas menos graves:

1. No corresponder a la solicitud de certificación o información en los términos éticos cuando ello no suponga un peligro para el enfermo.
2. Indicar una competencia o título que no se posea.
3. No someter los contratos al visado de los Colegios respectivos.
4. El abuso manifiesto en la nota de honorarios o que éstos sean inferiores a los establecidos como mínimos.
5. La reiteración de las faltas leves dentro del año siguiente a la fecha de su corrección.

Son faltas graves:

1. La indisciplina deliberadamente rebelde frente a los órganos de gobierno colegiales y, en general, la falta grave de respeto debido a éstos.
2. Los actos y omisiones que atenten a la moral, decoro, dignidad, prestigio y honorabilidad de la profesión, o sean contrarios al respeto debido a los colegiados.
3. La infracción grave del secreto profesional, por culpa o negligencia, con perjuicio para tercero.
4. El incumplimiento de las normas sobre estupefacientes.
5. La emisión de informes o expedición de certificados con falta a la verdad.
6. La reiteración de las faltas menos graves durante el año siguiente a su corrección.

Son faltas muy graves:

1. Cualquier conducta constitutiva de delito doloso en materia profesional.
2. La violación dolosa del secreto profesional.
3. El atentado contra la dignidad de las personas con ocasión del ejercicio profesional.
4. La desatención maliciosa o intencionada de los enfermos.
5. La reiteración de las faltas graves durante el año siguiente a su corrección.

Anexo 2

Faltas profesionales determinadas por similitud (Art. 64.5 EGOMC)

- 1) Incumplimiento de los deberes establecidos en el artículo 43 de los estatutos colegiales
 - a) Cumplir lo dispuesto en los estatutos generales y particulares y las decisiones de los Colegios Provinciales y del Consejo General.
 - b) Estar al corriente en el pago de las cuotas colegiales, de los patronatos y de previsión sanitaria nacional.
 - c) Llevar con la máxima lealtad las relaciones con el Colegio y con los otros colegiados, comunicando al Colegio cualquier vejamen o atropello a un compañero, en el ejercicio profesional, del que se tenga noticia.
 - d) Comunicar al Colegio los cargos que ocupe en relación con su profesión y especialidades que ejerza con su correspondiente título, a efectos de constancia en su expediente personal.
 - e) Participar al Colegio los cambios de residencia o domicilio.
 - f) Solicitar del Colegio la debida autorización para cualquier anuncio relacionado con sus actividades profesionales, que debe acomodarse a lo que señala el código de ética y deontología médica, absteniéndose de publicarlo sin obtener la debida aprobación. Igualmente, para la publicación de noticias o actuaciones médicas a difundir por cualquier medio, observará las prescripciones del código de ética y deontología médica.
 - g) Cumplir cualquier requerimiento que le haga el Colegio de Médicos o el consejo general, y específicamente prestar apoyo a las comisiones a las que fueren incorporados; y
 - h) Tramitar por conducto del Colegio Provincial de Médicos correspondiente, que le dará curso con su preceptivo informe, toda petición o reclamación que haya de formular al Consejo General.

Anexo 3

Faltas profesionales determinadas por similitud (Art. 64, 5 EGOMC)

- 2) Incursión en las prohibiciones señaladas en el Art. 44 de los estatutos colegiales
 - a) Ofrecer la eficacia garantizada de procedimientos curativos o de medios personales que no hubiesen recibido la consagración, de entidades científicas o profesionales médicas de reconocido

prestigio.

- b) Tolerar o encubrir a quien sin poseer el título de médico trate de ejercer la profesión.
- c) Empezar fórmulas, signos o lenguajes convencionales en sus recetas, así como utilizar éstas si llevan impresos nombres de preparados, farmacéuticos, títulos de casas productoras o cualquier otra indicación que pueda servir de anuncio.
- d) Ponerse de acuerdo con cualquier otra persona o entidad para lograr fines utilitarios que sean ilícitos o atentatorios a la corrección profesional.
- e) Emplear reclutadores de clientes.
- f) Vender o administrar a los clientes, utilizando su condición de médico, drogas, hierbas medicinales, productos farmacéuticos o especialidades propias.
- g) Prestarse a que su nombre figure como director facultativo o asesor de centros de curación, industrias o empresas relacionadas con la medicina, que no dirijan o asesoren personalmente o que no se ajusten a las leyes vigentes y al código de ética y deontología médica.
- h) Aceptar remuneraciones o beneficios directos o indirectos en cualquier forma, de las casas de medicamentos, utensilios de cura, balnearios, sociedades de aguas minerales o medicinales, ópticas, etc., en concepto de comisión, como propagandista o como proveedor de clientes, o por otros motivos que no sean de trabajos encomendados de conformidad con las normas vigentes.
- i) Emplear para el tratamiento de sus enfermos medios no controlados científicamente y simular fingir la aplicación de elementos diagnósticos y terapéuticos.
- j) Realizar prácticas dicotómicas.
- k) Ejercer la profesión en Colegio distinto del de su colegiación, salvo razones de urgencia o cuando dicho ejercicio quede exclusivamente limitado a prestar asistencia a quienes fueran sus parientes o cuando la permanencia en territorio de otro Colegio sea motivada por actos médicos con colegiados de dicho territorio que sólo exijan una permanencia accidental y transitoria en el punto donde se realicen.
- l) Desviar a los enfermos de las consultas públicas de cualquier índole hacia la consulta particular con fines interesados.
- m) Permitir el uso de su clínica a personas que, aun poseyendo el Título de licenciado o de doctor en medicina, no hayan sido dados de alta en el Colegio de Médicos respectivo.
- n) Ejercer la medicina cuando se evidencien manifiestamente alteraciones orgánicas, psíquicas o hábitos tóxicos que le incapaciten para dicho ejercicio, previo el reconocimiento médico pertinente.

Listado tasado de faltas y sanciones del régimen disciplinario colegial
(Texto que debe sustituir al del art. 64 de los Estatutos Generales vigentes)

Abreviaturas utilizadas para señalar la procedencia del precepto

EG: Estatutos Generales de la OMC vigentes

CD: Código de Ética y Deontología Médica vigente

LGS: Ley General de Sanidad vigente

Bien ético-estatutario agredido

1. Pacientes y enfermos
2. Dignidad profesional propia
3. Colegas médicos
4. Colegas sanitarios
5. Instituciones
 - 5.1 Colegio profesional
 - 5.2 Instituciones sanitarias
 - 5.3. Instituciones restantes
6. Sociedad

Gravedad del ilícito ético-estatutario

L: Falta leve

G: Falta grave

MG: Falta muy grave

Anexo 5

Faltas disciplinarias

I. Son faltas leves

1. No comunicar el director del equipo médico que atiende a un paciente cual es el médico del equipo que asume la responsabilidad última de su atención (CD, 13.). [1]
2. Descuidar la limpieza y el confort mínimo del consultorio (CD, 14.). [1]
3. No someter los contratos de trabajo profesional al visado de los Colegios respectivos (EG, 64.2.c.). [2] y [5.1]
4. Entrar en polémica pública con colegas sobre cuestiones estrictamente profesionales (CD, 33.4.). [3]
5. Incumplir las normas establecidas sobre documentación colegial (EG, 64.1.a.). [5.1]
5. Incumplir las normas establecidas sobre documentación colegial (EG, 14.). [1]
6. No comunicar al Colegio las vicisitudes profesionales para su anotación en el expediente personal (EG, 43.d., 43.e., 64.1.b.). [5.1]
7. Desatender injustificadamente las peticiones de informes solicitados por el Colegio o el trabajo que le ha sido encomendado en las Comisiones para las que fueron nombrados (EG, 64.1.c., 43.g.). [5.1]
8. No tramitar a través del Colegio al que pertenece, las peticiones o reclamaciones que haya de formular ante el Consejo General (EG, 43.h.). [5.1]
9. No solicitar la autorización del Colegio para publicar noticias o informaciones sobre la propia actuación profesional (EG, 43.f., CD, 37.1., 37.2.). [5.1]
10. No cumplir los directivos las normas estatutarias sobre comunicación inmediata al Consejo General de toda inscripción, alta o baja, de colegiados, o de toda sanción impuesta por faltas graves o muy graves (EG, 35.3., 63.6.). [5.1]
11. Desperdiciar, por negligencia, las oportunidades de favorecer la obtención de órganos para trasplante (CD, 29.1.). [6]

Anexo 6-1

Faltas disciplinarias

II. Son faltas graves

1. Demorar sin motivo razonable la atención de un paciente, cuando con ello se le cause ansiedad o incomodidad manifiesta (CD, 4.4.). [1]
2. Tratar de modo descortés o hiriente, con gestos o palabras, al enfermo o sus familiares (CD, 4.1.). [1]
3. No responder a las preguntas razonables del paciente o negarle a él o a sus allegados la información continuada a la que ellos tienen derecho (CD, 11.1.). [1]

4. Desatender la petición justificada del paciente de certificados o informes, si de ello no se derivaran daños para éste (CD, 12.). [1]
5. Descuidar, por negligencia, el deber de abrir y mantener al día las historias o fichas clínicas de los pacientes (CD, 15.1., 15.2.). [1]
6. No investigar con la debida diligencia los médicos encargados de la extracción de órganos para trasplante que el presunto donante no ha expresado, por escrito o verbalmente, su rechazo a la donación (CD, 29.2., 29.3.). [1]
7. Practicar la dicotomía o el abuso manifiesto en la nota de honorarios (EG, 64.2.d., 44.j., CD, 44.3.). [1] y [2]
8. Invasión indebidamente el médico, con hechos o de palabra, la intimidad personal de su paciente (CD, 8.1.).
9. Permitir negligentemente que en el consultorio falten los elementos técnicos necesarios para los fines que en él se han de cumplir (CD, 14.). [1]
10. Ofrecer la eficacia garantizada de procedimientos curativos que no han recibido su validación a través de los necesarios ensayos clínicos controlados (EG, 44.a.). [1]
11. Vender a los pacientes medicamentos registrados, especialidades propias o productos sanitarios de cualquier tipo (EG, 44.f.). [1] y [6]
12. Abusar de la libertad de prescripción en el diagnóstico o en el tratamiento cuando de tal conducta pueda el médico derivar para sí beneficios materiales o económicos (CD, 35.1., EG, 44.d.). [1], [2] y [6]
13. Ser cómplice, encubriéndolo o no denunciándolo, de quien sin ser médico ejerza o trate de ejercer la profesión (EG, 44.b., 44.m., CD 24.3.). [1], [2] y [3]
14. No llevar un registro de sus observaciones los colegiados que practiquen medicinas no convencionales, que usen prácticas no validadas científicamente, o que apliquen tratamientos compasivos (CD, 24.1.). [1] y [2]
15. Simular la aplicación de procedimientos diagnósticos o terapéuticos, o emplear para el tratamiento de los enfermos medios no controlados científicamente (EG, 44.i., CD, 24.2.). [1] [2]
16. Ejercer la medicina mediante consultas realizadas exclusivamente por carta, teléfono, radio, prensa o internet (CD, 24.2.). [1] y [2]
17. Delegar el médico funciones, cuyo ejercicio le corresponde en exclusiva, en personas que carecen de la necesaria competencia y sin estar el médico inmediatamente disponible para intervenir en caso de necesidad (EG, 44.b., CD, 36.2.). [1]
18. Dificultar al paciente el ejercicio de su libertad de elección de médico o de centro sanitario (CD, 7.). [1]
19. No facilitar la transmisión a un colega de los datos objetivos y de los elementos diagnósticos de la historia clínica, cuando así lo solicita el paciente (CD, 15.5.). [1]
20. Descuidar la custodia y seguridad de las historias clínicas, registradas sobre soporte manual o informático, y guardadas en archivos personales o centralizados, cuando de tal conducta se siga la

pérdida parcial o total de datos o el quebranto de la confidencialidad debida (CD, 19.1.). [1] y [5.2]

Anexo 6-2

Faltas disciplinarias

II. Son faltas graves

21. Poner bajo la responsabilidad de quien no es médico la custodia de un banco de datos clínicos nominales o permitir que puedan acceder a esos datos quienes no participan en la atención médica del paciente a quien corresponden (CD, 21.2.). [1] y [5.2]
22. La infracción grave del secreto profesional, por culpa o negligencia, con perjuicio para tercero (EG, 64.3.c.). [1]
23. Permitir el uso, para fines no asistenciales, de la información nominal que sobre los pacientes se contiene en las historias clínicas (CD, 15.4.). [1]
24. Descuidar la educación médica continuada cuando de ello se derive una atención incompetente, deficiente o dañosa al paciente (CD, 23.). [1] y [2]
25. Defraudar el médico el derecho del paciente a una atención médica de calidad científica y humana, a causa de su falta del conocimiento debido, de su incompetencia técnica o de su insensibilidad ética (CD, 21.1.). [1] y [2]
26. No proponer el médico que se recurra a la colaboración de un colega competente cuando el problema diagnóstico o terapéutico de su paciente sobrepasa su nivel de competencia, cuando de tal omisión se hayan derivado daños graves para el paciente (CD, 21.2.). [1] y [3]
27. No comunicar al Colegio las deficiencias del sistema asistencial en que trabaja, cuando de ellas se derive una asistencia gravemente inadecuada a los pacientes (CD, 6.2., 22.1., 22.2.). [1] y [5.2]
28. Causar lesiones al embrión o al feto humano, ya fuera por falta de diligencia diagnóstica, ya por aplicar, por negligencia o imprudencia, tratamientos que inducen daño embriofetal (CD, 25.2.). [1]
29. No denunciar la comisión de abusos o malos tratos graves cuando de ellos tenga conocimiento a través de su práctica profesional, en especial cuando las víctimas sean menores, mujeres o ancianos (CD, 30.2.). [1]
30. Incurrir en un corporativismo grosero por anteponer de modo injusto los intereses del colega a los derechos del paciente (CD, 33.1.). [1] y [3]
31. Utilizar pacientes para fines docentes sin haber obtenido oportunamente de ellos el consentimiento (LGS, 10.). [1]
32. Ocultar al paciente información sobre las alternativas de diagnóstico o tratamiento, impidiéndole así ejercer su derecho a elegir la opción que considera más adecuada (CD, 11.2.). [1]
33. Incurrir en rechazo o abandono injustificados del paciente en razón de la enfermedad que padece

aún cuando tal atención suponga algún riesgo serio para el médico (CD, 4.6., 9.). [1]

34. Ejecutar, sin haber obtenido el consentimiento del paciente, intervenciones diagnósticas o terapéuticas que conlleven riesgos graves o puedan causar efectos psicológicos o biológicos significativos (LGS, 10). [1]

35. Iniciar o continuar, en caso de enfermedad incurable y terminal, tratamientos inútiles y obstinados (CD, 28.2.). [1]

36. Realizar investigación o experimentación sobre sujetos humanos prescindiendo de las garantías éticas exigidas por la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial o por las normas deontológicas y legales vigentes al efecto (CD, 32.). [1]

37. Realizar experimentos sobre seres humanos sin haber obtenido de ellos el correspondiente consentimiento informado (CD, 37.4.). [1]

Anexo 6-3

Faltas disciplinarias

II. Son faltas graves

38. Prestarse a que su nombre figure ficticiamente como director facultativo o como asesor de centros de curación, industrias o empresas relacionadas con la medicina (EG, 44.g.). [2]

39. Aceptar remuneraciones, comisiones o beneficios directos o indirectos de entidades que comercian en medicamentos, en productos y servicios sanitarios de diversa índole, o por actuar como propagandista o proveedor de clientes de médicos, de instituciones y de otros profesionales sanitarios (EG, 44.h.). [2] y [6]

40. Traficar fraudulentamente con recetas de medicamentos o de productos sanitarios (EG, 44.c.). [2] y [6]

41. Aceptar, de la industria médica o farmacéutica, de entidades de seguros o de proveedores de servicios sanitarios, incentivos que puedan limitar la independencia ética de la prescripción (EG, 44.d.). [2] y [6]

42. Difundir de modo sensacionalista procedimientos de eficacia todavía no determinada, incluir en trabajos de investigación datos fraudulentos, publicar artículos plagiados o valerse de la autoría ficticia (CD, 38.3.). [2] y [3]

43. No denunciar al Colegio los vejámenes o atropellos de que hayan sido objeto los colegiados con ocasión del ejercicio profesional (EG, 42.1.b., 43.c.). [3]

44. Comportarse con desprecio o violencia verbal o física hacia los colegas o el personal auxiliar (CD, 8.2., 33.2., 36.1.). [3] y [4]

45. Abusar quienes ocupan cargos directivos de los permisos laborales y compensaciones económicas que se les conceden para el desempeño de sus funciones directivas (EG, 85.). [3] y [5.1]

46. Impedir los directivos el ejercicio de los derechos de los colegiados a participar en la gestión corporativa, o a no ser limitados injustificadamente en el ejercicio profesional (EG, 42.a., 42.e.). [3] y [5.1]
47. Criticar despectivamente las actuaciones profesionales de un colega delante de los pacientes de éste (CD, 33.3.). [3]
48. Maltratar en público e intencionadamente, de hecho o de palabra, a un colega (CD, 33.3.). [3]
49. Incurrir, en el trabajo en equipo, en abuso notorio de autoridad, intolerancia para la diversidad ideológica y profesional, o en rechazo de la objeción de conciencia (CD, 35.3.). [3]
50. Negarse a sustituir, pudiendo hacerlo, al colega temporalmente impedido (CD, 33.6.). [3]
51. No solicitar del Colegio el debido visado para las diferentes formas de publicidad (EG 43.f, C 37 1, 37.2.). [5.1]
52. Infringir las normas del Colegio sobre publicidad (EG 43.f, CD, 37 1, 37.2.). [5.1]
53. No tramitar los directivos de los Colegios, con su informe preceptivo, las peticiones o reclamaciones que formulen los colegiados y que vayan dirigidas al Consejo General (EG, 43.h., 68.14.) [5.1]
54. No cumplir los directivos de los Colegios las normas establecidas sobre duración de los mandatos de los cargos para los que fueron elegidos (EG, 17.). [5.1]
55. No cumplir los directivos de los Colegios las normas establecidas sobre plazos y publicidad para la convocatoria de las elecciones de los miembros de las Juntas Directivas y para la correspondiente proclamación de candidaturas (EG, 13., 15.1.). [5.1]

Anexo 6-4

Faltas disciplinarias

II. Son faltas graves

56. Practicar los candidatos actividades electorales que impliquen descrédito o falta de respeto a las normas colegiales para con los otros candidatos (EG, 15.2.). [5.1]
57. No cumplir los directivos o los miembros de las Mesas Electorales las normas de procedimiento electoral sobre constitución de distritos electorales, emisión de voto por correo, escrutinio de los votos y cumplimentación del acta electoral (EG, 16.). [5.1]
58. Utilizar la condición de directivo para obtener, con ocasión de las elecciones colegiales, ventajas indebidas sobre los otros candidatos (CD, 41.2.). [5.1]
59. No cumplir los colegiados y, especialmente, los directivos las decisiones legítimamente establecidas por la Asamblea General del Colegio (EG, 25.). [5.1]

60. Denegar los directivos la colegiación a quien posee los requisitos exigidos o concederla sin comprobar que el solicitante los posee legítimamente (EG, 37., 38.). [5.1]
61. Descuidar los directivos su deber de inspeccionar el uso estatutario y deontológico que se hace de los Certificados Médicos Oficiales (EG, 61.). [5.1]
62. Incurrir el directivo, mediando culpa, en divulgación del secreto al que está obligado por razón de su cargo directivo (CD, 41.5.). [5.1]
63. Mostrar el Colegiado una conducta indisciplinada y rebelde frente a los órganos de gobierno colegiales (EG, 64.3.a.). [5.1]
64. Incumplir el Colegiado la cuota de servicios mínimos que le corresponden en el curso de una huelga médica (CD, 6.). [5.2] y [6]
65. Emitir certificados médicos de cualquier naturaleza, sin haber realizado los actos médicos y restantes operaciones que tenga que efectuar para extenderlos (EG, 60.). [6]
66. Certificar o emitir informes con falta a la veracidad o entregar el certificado médico a cualquier persona o entidad que no hayan sido autorizadas por el paciente sobre cuyo estado de salud o enfermedad o sobre cuya asistencia se certifica (EG, 64.3.e., CD, 12.). [6]

Anexo 7

Faltas disciplinarias

III. Son faltas muy graves

1. Demorar injustificadamente la atención del paciente, cuando tal demora causa daño a la salud de éste (CD, 4.4.). [1]
2. Despreciar el médico las convicciones religiosas o culturales del paciente, tratando de imponerle con violencia las suyas propias (CD, 8.1.). [1]
3. Ejercer la medicina cuando se evidencien alteraciones orgánicas o psíquicas que disminuyen la capacidad de prestar una atención competente a los pacientes (EG, 44.n.). [1]
4. Acometer el médico, fuera de situaciones de urgencia extrema, intervenciones que sobrepasen el nivel actual de su competencia y de las que se derive algún daño para el paciente (CD, 21.2.). [1]
5. Desatender la petición justificada del paciente de certificados o informes, si de ello se derivaran daños muy graves para éste (CD, 12.). [1]
6. Mostrar una conducta ofensiva para con el paciente, cuando tal conducta incluye desprecio o discriminación por nacimiento, género, raza, orientación sexual, edad, religión, ideas políticas, enfermedad, discapacidad o cualquier otra condición o circunstancia personal, económica o social (CD, 4.2.). [1]

7. La negación injustificada de ayuda de urgencia al accidentado y al enfermo grave (CD, 4.5.). [1]
8. La suspensión de los cuidados urgentes e inaplazables con ocasión de una huelga médica (CD, 6.). [1] y [5.2]
9. La desatención maliciosa de los pacientes (EG, 64.4.d.). [1]
10. La violación dolosa del secreto profesional (EG, 64.4.b.). [1]
11. Abusar sexualmente de los pacientes con ocasión del ejercicio profesional (EG, 64.4.c.). [1]
12. Practicar el aborto fuera de los supuestos despenalizados o sin cumplir las condiciones exigidas por la ley, siendo agravante cuando se hace con ánimo de lucro (CD, 25.1.). [1] y [2]
13. Certificar con falsedad o sin la objetividad y las comprobaciones debidas, que se dan las circunstancias maternas o embrio-fetales que exige la ley para la práctica del aborto en los supuestos despenalizados (CD, 25.1.). [1] y [2].
14. Practicar la eutanasia o cooperar al suicidio de su paciente (CD, 28.1.). [1] y [2]
15. Ejercer la medicina en estado de intoxicación alcohólica o bajo el efecto de drogas psicotrópicas, de modo que el médico carece de la necesaria capacidad de decisión o de control de sus actuaciones (EG, 44.n.). [1] [2]
16. Desviar a la consulta privada, con intención de lucro, a los enfermos de las consultas públicas de cualquier índole (EG, 44.1.). [1], [2] y [5.2]