

**LEX ARTIS. EL BUEN QUEHACER DEL MÉDICO**

**DR. D. PEDRO HIDALGO  
PRESIDENTE DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE LA  
PROVINCIA DE BADAJOZ**

**Actividad: Asociación de Fiscales: "responsabilidad sanitaria y la nueva configuración legal de la imprudencia médica", 18 y 19 de abril de 2017.**

## SUMARIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>RESUMEN</b> .....                        | <b>3</b>  |
| <b>1. LEX ARTIS</b> .....                   | <b>4</b>  |
| <b>2. EL MÉDICO</b> .....                   | <b>5</b>  |
| 2.1. MODALIDADES DE EJERCICIO .....         | 5         |
| 2.2. DERECHOS DE LOS MÉDICOS .....          | 6         |
| 2.3. PROFESIONALISMO .....                  | 11        |
| 2.4. FINES DE LA MEDICINA .....             | 13        |
| <b>3. EL PACIENTE</b> .....                 | <b>14</b> |
| 3.1. LEY DE AUTONOMÍA .....                 | 14        |
| 3.2. EMPODERAMIENTO .....                   | 15        |
| <b>4. EL EJERCICIO MÉDICO</b> .....         | <b>16</b> |
| 4.1. LA PRÁCTICA CLÍNICA .....              | 16        |
| 4.2. MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA .....  | 17        |
| <b>5. EL BUEN QUEHACER DEL MÉDICO</b> ..... | <b>19</b> |
| <b>6. CONCLUSIONES</b> .....                | <b>24</b> |
| 6.1. HACER DE MÉDICO .....                  | 24        |
| 6.2. EL MÉDICO DEL FUTURO .....             | 25        |
| 6.3. SER MÉDICO .....                       | 26        |
| <b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....                   | <b>28</b> |

## **RESUMEN**

*Toda actuación del médico -acto médico- debe regirse por el Código de Deontología Médica (Guía de Ética Médica).*

*La LEX ARTIS se define como la actuación del médico adecuada a los recursos, a los protocolos, al momento y a su patología de acuerdo a la ética y a la deontología.*

*El ejercicio médico, el ejercicio de la profesión médica es algo más que la licenciatura o el grado. Conlleva un pacto social de servicio y ayuda a los semejantes.*

*No basta con el “saber médico” como único fundamento de la profesión. Hablamos de profesión diferenciándola de ocupación u oficio y se define al profesional y al profesionalismo médico que debe dedicar sus esfuerzos a los cuatro fines fundamentales de la medicina: prevenir, aliviar, atender y consolar.*

*Las leyes (de autonomía) y la industrialización de la medicina ha generado un cambio en el modelo de ejercicio médico basado en la beneficencia y ha colocado al paciente como eje del sistema sanitario (empoderamiento).*

*Los derechos del médico se exponen no sólo como reivindicación gremial sino sobre la defensa de la profesión: ayudo al paciente ayudando al médico. Es difícil separar derechos y deberes e imposible no entenderlos como beneficio y mejora de la asistencia.*

*La práctica médica vincula la ciencia con el humanismo y se aferra a la Medicina Basada en la Evidencia (medicina con pruebas) y a las Guías como ayuda, dada la variabilidad del ejercicio clínico. Ayuda y protección de su ejercicio.*

*El buen quehacer del médico debe tener como base el respeto al paciente, la competencia profesional, la empatía y la responsabilidad y la utilización de recursos. Hablamos del “ser médico” frente al “hacer de médico”. Queremos tener médicos buenos y buenos médicos.*

*Pero debemos conjugar en el médico del futuro la ciencia, el arte, la técnica, el humanismo, la investigación y sin olvidar que el trato con los pacientes va unido al tratamiento de las enfermedades.*

*Hemos llegado a la conclusión que actuar según la LEX ARTIS conlleva el buen quehacer del médico.*

## 1. LEX ARTIS

La Deontología Médica es el conjunto de principios y reglas éticas que han de inspirar y guiar la conducta profesional del médico (art. 1 CDM)

Los médicos tenemos un Código de Deontología Médica (2011) que sirve como una GUÍA DE ÉTICA MÉDICA. Un marco de ejercicio profesional para todos los médicos españoles que se traslada a los ciudadanos para que compartan con nosotros el espíritu de conducta. Viene a ser un manifiesto del compromiso que la medicina, pero sobretodo los médicos, tienen con la sociedad.

Ninguna profesión como la nuestra se compromete de una manera tan rotunda en un articulado de obligaciones. Y a ninguna se le exige tanto. Pero a ninguna se la valora tanto.

Venimos a declarar que:

- la profesión médica está al servicio del ser humano y de la sociedad,
- respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad son los deberes primordiales del médico (art. 5.1 CDM).

Se entiende por ACTO MÉDICO toda actividad lícita, desarrollada por un profesional médico, legítimamente capacitado, sea en su aspecto asistencial, docente, investigador, pericial u otros, orientado a la curación de una enfermedad, al alivio de un padecimiento o a la promoción integral de la salud. Se incluyen actos diagnósticos, terapéuticos o de alivio del sufrimiento así como la preservación y promoción de la salud, por medios directos e indirectos (art. 7 CDM)

Toda actuación del médico -acto médico- debe regirse por el Código de Deontología Médica -Guía de Ética Médica-

Hablamos de MALA PRAXIS cuando se vulnera la LEX ARTIS.

La LEX ARTIS (ley del arte) aplicada a la medicina como **LEX ARTIS AD HOC** es un concepto jurisprudencial indeterminado que podría definirse como **"EL CONJUNTO DE PRÁCTICAS MÉDICAS ACEPTADAS COMO ADECUADAS PARA TRATAR AL ENFERMO EN ESE MOMENTO"**

Resumiría como: **HACER LO QUE HAY QUE HACER CUANDO HAY QUE HACERLO SEGÚN LA ÉTICA, LA DEONTOLOGÍA Y LA CIENCIA MÉDICA.**

El STS de fecha 11 de marzo de 1991 la define como: "aquel criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina - ciencia o arte médico que tiene en cuenta las especiales características de su autor de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia en otros actores endógenos - estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria - para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida (derivando de ello tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, de la correspondiente eficacia de los servicios prestados y, en particular, de la posible

responsabilidad de su autor / médico por el resultado de su intervención o acto médico ejecutado)"

La STS de fecha 29 de enero de 2010 estima que " el médico en su ejercicio profesional, es libre para escoger la solución más beneficiosa para el bienestar del paciente poniendo a su alcance los recursos que le parezcan más eficaces en todo acto o tratamiento que decide llevar acabo, siempre y cuando sean generalmente aceptados por la ciencia médica, o susceptibles de discusión científica, de acuerdo con los riesgos inherentes al acto médico que practica..."

Como define T. Giménez – Candela (Lex Artis y Responsabilidad médico – sanitaria) distintas sentencias de tribunales españoles, hacen:

*LEX ARTIS* como suma de conocimientos de la especialidad del médico.

*LEX ARTIS* como el estado de los conocimientos científicos o técnicos en el nivel más avanzado de las investigaciones.

*LEX ARTIS* como pautas de actuación del profesional médico sanitario.

*LEX ARTIS* como suma de obligaciones que deben cumplirse por el médico en su cualificada actividad de médico.

*LEX ARTIS* como traslación del concepto de diligencia (art. 1104 Cod. Civil)

*LEX ARTIS* como elemento integrador del deber de información del facultativo.

*LEX ARTIS* como presupuesto del consentimiento informado.

Hemos llegado a la conclusión que actuar según la LEX ARTIS conlleva el buen quehacer del médico.

## 2. EL MÉDICO

### 2.1. MODALIDADES DE EJERCICIO

- Modelo Paternalista  
El médico decide en lugar del paciente.
  - Beneficencia SIN autonomía
  - Las preferencias del paciente NO cuentan
  - La información SÓLO tiene valor utilitario
  
- Modelo Amistoso  
El médico actúa como amigo técnico.
  - La “distancia terapéutica” se pierde.
  - Las “preferencias del paciente” se consideran “de amigo a amigo”
  - La información es un manejo paternalista.
  
- Modelo Contractual

El médico actúa como técnico experto.

- El paciente es cliente.
- Existe excesiva “distancia terapéutica”
- La información tiene “actitud defensiva”

*Modelo contractual = Medicina defensiva*

- Modelo Deliberativo

El Médico adopta una aptitud cooperativa

- El paciente es un ser humano y no una enfermedad “modelo biopsicosocial”
- El paciente tiene una “dignidad a respetar”
- La distancia terapéutica es el “arte profesional”

*Modelo deliberativo = Excelencia ética.*

## 2.2. DERECHOS DE LOS MÉDICOS

- Decálogo de los Derechos Médicos:

1. Ejercer su actividad de forma **LIBRE Y SIN PRESIONES:**

- en su **JUICIO CLÍNICO** (diagnóstico y tratamiento)

El tiempo necesario para cada acto médico debe ser fijado por el criterio profesional del médico, teniendo en cuenta las necesidades individuales de cada paciente y la obligación de procurar la mayor eficacia y eficiencia en su trabajo. (*Art. 21.3 CDM*)

Las normas de la institución respetarán la libertad profesional del médico y señalarán que éste ejerce, en el área de su competencia, una autoridad efectiva sobre el personal colaborador. (*Art. 46.2 CDM*)

- en su **LIBERTAD DE PRESCRIPCIÓN**

El médico debe disponer de libertad de prescripción, respetando la evidencia científica y las indicaciones autorizadas, que le permita actuar con independencia y garantía de calidad. (*Art. 23.1 CDM*)

La libertad clínica y de prescripción consiste en la capacidad del médico de elegir, entre las opciones posibles, aquella que más conviene al paciente tras haber sopesado su validez, utilidad, seguridad, eficacia y la repercusión económica que su decisión comporta.

La libertad de prescripción se concreta y se debe basar en la capacidad del médico de poder prescribir una determinada sustancia o su equivalente terapéutico, independientemente del principio activo o nombre comercial que pueda tener.

Hay que considerar que la libertad de prescripción no debe ser un bien absoluto sin barreras ni límites. La OMS indica que “un enfermo debe recibir el medicamento más indicado para su situación clínica, con la pauta terapéutica más adecuada, durante el tiempo necesario y de forma que suponga el menor costo posible para el paciente y la comunidad”. Estas reflexiones nos llevan a recordar que en el ejercicio de la medicina actual son inseparables e ineludibles en la toma de decisiones las consideraciones sociales y económicas además de las imprescindibles consideraciones científicas y éticas.

Seleccionar el medicamento más adecuado a las necesidades de cada paciente supone un ejercicio de elección clínica, ética y profesional, no una estrategia de ahorro o austeridad.

- en su decisión de **RECHAZAR LA ATENCIÓN** a un paciente.

El médico sólo podrá suspender la asistencia a sus pacientes si llegara al convencimiento de que no existe la necesaria confianza hacia él. Lo comunicará al paciente o a sus representantes legales con la debida antelación, y facilitará que otro médico se haga cargo del proceso asistencial, transmitiéndole la información necesaria para preservar la continuidad del tratamiento. (*Art. 11 CDM*)

Si el paciente exigiera del médico un procedimiento que éste, por razones científicas o éticas, juzgase inadecuado o inaceptable, el médico, tras informarle debidamente, quedará dispensado de actuar. (*Art. 12.3 CDM*)

2. **DESARROLLAR SU ACTIVIDAD PROFESIONAL** en instalaciones que garanticen las medidas de seguridad e higiene que marca la ley de conformidad con las características del servicio que se otorgan bases éticas, científicas y normativas. (*Arts. 7.5, 45.1, 45.2 y 45.3 CDM*)
3. Recibir **APOYO DE LA INSTITUCIÓN** donde trabaja: del personal de servicios, del personal capacitado, así como, disponer de los instrumentos necesarios.
4. **ABSTENERSE de GARANTIZAR RESULTADOS**

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

5. **TRATO RESPETUOSO** de pacientes, familiares y personas relacionadas con su profesión

El médico tiene derecho a recibir del paciente y sus familiares un trato respetuoso, así como a dar información completa, veraz y oportuna a relacionada con el estado de salud del paciente. El mismo respeto deberá recibir de sus superiores, del personal relacionado con su trabajo y de aquellos a los que está supeditado orgánica y disciplinariamente

Son **reos de atentado** los que agredieren o, con intimidación grave o violencia, opusieren resistencia grave a la autoridad, a sus agentes o funcionarios públicos, o los acometieren, cuando se hallen en el ejercicio de las funciones de sus cargos o con ocasión de ellas.

En todo caso, se considerarán **actos de atentado** los cometidos contra los funcionarios docentes o sanitarios que se hallen en el ejercicio de las funciones propias de su cargo, o con ocasión de ellas.

Los **atentados** serán castigados con las penas de prisión de uno a cuatro años y multa de tres a seis meses si el atentado fuera contra autoridad y de prisión de seis meses a tres años en los demás casos.

Será **delito de atentado** el cometido contra los funcionarios docentes o sanitarios que se hallen en el ejercicio de las funciones propias de su cargo o con ocasión de aquellas.



Estadísticas de Agresiones en el Ámbito Sanitario  
Observatorio Nacional contra las Agresiones. OMC. 2017

OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS Observatorio Nacional de Agresiones a Médicos

Número Total de Agresiones a Médicos por Comunidad Autónoma. 2010-2016

|                    | 2010       | 2011       | 2012       | 2013       | 2014       | 2015       | 2016       |
|--------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| ANDALUCÍA          | 127        | 129        | 93         | 80         | 90         | 66         | 102        |
| ARAGÓN             | 2          | 3          | 7          | 1          | 7          | 3          | 8          |
| ASTURIAS           |            | 14         | 11         | 13         | 10         | 14         | 11         |
| ISLAS BALEARES     | 0          | 2          | 7          | 6          | 2          | 5          | 4          |
| CANARIAS           | 14         | 12         | 8          | 10         | 5          | 6          | 11         |
| CANTABRIA          | 11         | 9          | 10         | 12         | 5          | 10         | 8          |
| CATALUÑA           | 51         | 57         | 56         | 50         | 49         | 44         | 109        |
| CASTILLA LA MANCHA | 9          | 7          | 12         | 17         | 11         | 16         | 22         |
| CASTILLA LEÓN      | 81         | 67         | 28         | 24         | 20         | 13         | 17         |
| C.VALENCIANA       | 31         | 45         | 49         | 43         | 32         | 50         | 48         |
| EXTREMADURA        | 24         | 33         | 23         | 23         | 27         | 24         | 27         |
| GALICIA            | 9          | 11         | 9          | 7          | 4          | 4          | 3          |
| LA RIOJA           | 8          | 2          | 2          | 2          | 0          | 4          | 2          |
| MADRID             | 70         | 71         | 63         | 44         | 60         | 77         | 99         |
| MURCIA             | 13         | 14         | 16         | 6          | 8          | 9          | 8          |
| NAVARRA            | 0          | 4          | 8          | 3          | 5          | 6          | 5          |
| PAIS VASCO         | 10         | 13         | 9          | 6          | 5          | 1          | 5          |
| CEUTAY MELILLA     | 1          | 0          | 5          | 7          | 4          | 9          | 6          |
| <b>TOTAL</b>       | <b>451</b> | <b>493</b> | <b>416</b> | <b>354</b> | <b>344</b> | <b>361</b> | <b>495</b> |

Resaltadas las CCAA que en 2016 han aumentado en número de agresiones respecto a 2015

6. Acceso a la **FORMACIÓN MÉDICA CONTINUADA** y a ser considerado en igualdad de oportunidades para su desarrollo profesional.

La formación médica continuada es un deber ético, un derecho y una responsabilidad de todos los médicos a lo largo de su vida profesional. (Art. 7.3 CDM)

Para conseguir y mantener la calidad profesional la asistencia debe complementarse con la formación continuada. Además de realizar las tareas asistenciales, el médico debe disponer de tiempo en su jornada laboral para la actualización de conocimientos, así como para la docencia y la investigación. (Art. 46.1 CDM)

7. Participar en **ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA**  
La **INVESTIGACIÓN MÉDICA** es necesaria para el avance de la medicina y un bien social.  
El **MÉDICO INVESTIGADOR** tiene el deber de publicar los resultados.  
El **RESPECTO** por el sujeto de investigación es el principio rector (Art. 59 CDM)

8. **ASOCIARSE** en organizaciones, asociaciones y colegios profesionales. con el fin de promover su desarrollo profesional y vigilar el ejercicio de la profesión. (Cap. IX CDM)

9. A la defensa de su **PRESTIGIO PROFESIONAL**  
La información sobre una probable controversia se tratará con privacidad.
- Derecho al honor.
  - Secreto profesional.
  - Objeción de conciencia.
  - Relaciones con la industria farmacéutica.

- **Secreto médico y confidencialidad:**

Secreto Médico y Confidencialidad son al mismo tiempo, derechos y deberes, tanto desde el punto de vista ético como desde el punto de vista legal.

Toda persona tiene derecho a que se respete el **CARÁCTER CONFIDENCIAL DE LOS DATOS** referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley.

Los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior, y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes.

El secreto profesional debe ser la regla. No obstante, el médico podrá revelar el secreto exclusivamente, ante quien tenga que hacerlo, en sus justos límites, con el asesoramiento del Colegio si lo precisara, en los siguientes casos: (Art. 30 CDM)

- a. E.D.O.
- b. Certificados (nacimiento y defunción).
- c. Perjuicio al paciente.
- d. Malos tratos.
- e. Testificaciones en régimen disciplinario
- h. Por imperativo legal:
  - 1. Parte de lesiones
    - ✓ Actuación:
    - ✓ Perito
    - ✓ Medico inspector
    - ✓ Juez instructor
    - ✓ Medico forense

### Marco ético

#### ○ **RESPECTO A LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE:**

Muchos autores consideran que *el respeto a la autonomía personal* es la premisa más importante para fundamentar la salvaguarda de la confidencialidad. El argumento sería que sin confidencialidad no hay privacidad, y sin ella se pierde el control de la propia vida.

#### ○ **EXISTENCIA DE UN PACTO IMPLÍCITO EN LA RELACIÓN CLÍNICA:**

Una segunda razón que justifica el deber de secreto es *la existencia de un pacto implícito en la relación clínica*. Esta promesa tácita de discreción puede entenderse como un auténtico contrato según el cual se intercambia información, propiedad del paciente, con la condición de que sea utilizada exclusivamente para su atención sanitaria

#### ○ **CONFIANZA SOCIAL EN LA RESERVA DE LA PROFESIÓN MÉDICA:**

La tercera razón para justificar la obligación de secreto es *la confianza social en la reserva de la profesión médica*. Si no existiera el compromiso de los médicos de salvaguardar la confidencialidad, los pacientes no se acercarían a la consulta confiadamente.

#### ○ **LEALTAD AL PACIENTE:**

*La lealtad* es otro modo de enfocar la fundamentación del deber de secreto. Por ella se espera que el facultativo y sus colaboradores hagan uso de la información sólo para la finalidad para la que fue recogida.

– **Objeción de conciencia**

El reconocimiento de la objeción de conciencia del médico es un presupuesto imprescindible para garantizar la libertad e independencia de su ejercicio profesional. No es admisible una objeción de conciencia colectiva o institucional. (*Art. 32 CDM*)

– **Relaciones con la industria farmacéutica.**

La relación del médico con las compañías farmacéuticas y sanitarias debe estar regida por los *principios y valores característicos de la profesión médica*:

- ✓ rigor científico y racionalidad,
- ✓ espíritu de cooperación,
- ✓ sentido del servicio a los pacientes y
- ✓ responsabilidad ante la sociedad.

Es incompatible con la deontología médica solicitar o aceptar contraprestaciones a cambio de prescribir un medicamento o producto sanitario.

10. A ser **REMUNERADO** por sus servicios profesionales.

El ejercicio de la medicina es el medio de vida del médico y éste tiene derecho a ser remunerado de acuerdo con la importancia y las circunstancias del servicio que presta y la propia competencia y cualificación profesional. (*Art. 66.2 CDM*)

Los honorarios médicos serán dignos y no abusivos. Se prohíben las prácticas dicotómicas, la percepción de honorarios por actos no realizados y la derivación de pacientes con fines lucrativos entre instituciones y centros. (*Art. 66.3 CDM*)

### 2.3. PROFESIONALISMO

El ejercicio médico, el ejercicio de la profesión médica es algo más que la licenciatura o el grado. O aunque sea máster. Conlleva un pacto social de servicio y ayuda a los semejantes. No se entendería de otra manera.

No basta con el “saber médico” como único fundamento de la profesión.

Es tan necesario (o más) el “ser médico” para afrontar nuestro contrato social: la relación médico–paciente, dónde actúa como pilar fundamental la CONFIANZA: sé que harás por mí todo lo que sepas, todo lo que puedas, todo lo que necesite, sin diferenciarme por mis ideas o mis orígenes; o tus ideas y tus presiones laborales.

Mi CONFIANZA HACIA TI –dirá el paciente- es lo que hace grande tu PROFESIÓN y tu buen hacer –profesionalismo- me ayudará tanto que te devolveré multiplicada su valor en CONFIANZA.

- Profesión médica

Es la ocupación basada en el desempeño de tareas encaminadas a promover y restablecer la salud y a identificar, diagnosticar y curar enfermedades aplicando un cuerpo de conocimiento especializado propio de nivel superior, en la que preside el espíritu de servicio y en la que se persigue el beneficio del paciente antes que el propio, y para la cual se requiere que las partes garanticen,

- ✓ la producción, el uso y la transmisión del conocimiento
- ✓ la mejora permanente para prestar la mejor asistencia posible,
- ✓ la aplicación del conocimiento de forma ética, y
- ✓ que la práctica profesional se oriente hacia las necesidades de salud y de bienestar de las personas y de la comunidad.

- Profesional médico

Es el médico o médica titulado/a comprometido con los principios éticos y deontológicos y los valores de la profesión médica y cuya conducta se ciñe a dichos principios y valores.

- Profesionalismo médico

Es el conjunto de principios éticos y deontológicos, valores y conductas que sustentan el compromiso de los profesionales de la medicina con el servicio a los ciudadanos, que evolucionan con los cambios sociales, y que avalan la confianza que la población tiene en los médicos.

Los profesionales de la medicina ponen a disposición de la población los conocimientos, las habilidades y el buen juicio para promover y restablecer la salud, prevenir y proteger de la enfermedad, y mantener y mejorar el bienestar de los ciudadanos.

En consecuencia, la práctica diaria del profesional médico implica el compromiso con:

- ✓ la integridad en la utilización del conocimiento y en la optimización de los recursos
- ✓ la compasión como guía de acción frente al sufrimiento
- ✓ la mejora permanente en el desempeño profesional para garantizar la mejor asistencia posible al ciudadano
- ✓ la colaboración con todos los profesionales e instituciones sanitarias en aras de la mejora de salud y el bienestar de la población

Queremos proclamar, sencillamente que para realizar una atención sanitaria de calidad cada médico / a que ejerce en España no sólo debe poseer los conocimientos y habilidades necesarios en el máximo grado posible sino que, además, debe comprometerse con un conjunto de valores, manifestar una serie de actitudes y mantener unas conductas que tomadas en su conjunto son denominadas por la comunidad científica internacional: *Profesionalismo médico*.

## 2.4. FINES DE LA MEDICINA

(“Los fines de la medicina”. Cuadernos de la Fundació Víctor Grifols i Lucas. Barcelona. 2007)

Los 4 fines de la medicina son:

1. PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y PROMOCIÓN Y CONSERVACIÓN DE LA SALUD.  
Los médicos debemos enseñar a nuestros pacientes a permanecer sanos, a cuidarse y evitarse daños y lesiones.
2. EL ALIVIO DEL DOLOR Y DEL SUFRIMIENTO CAUSADOS POR LAS ENFERMEDADES.  
Todos tenemos miedo no sólo a morir si no tener que sufrir para morir.  
Debemos ayudar siempre a paliar los padecimientos.
3. LA ATENCIÓN Y CURACIÓN DE LOS ENFERMOS Y LOS CUIDADOS DE LOS INCURABLES.  
Debemos sanar y cuidar.  
Debemos buscar la curación pero debemos atender a la enfermedad crónica que es la causa más frecuente de dolor, de padecimiento y de muerte.
4. LA EVITACIÓN DE LA MUERTE PREMATURA Y LA BÚSQUEDA DE UNA MUERTE TRANQUILA.  
El deber principal de la medicina será en términos generales ayudar a los jóvenes a llegar a viejos, y una vez logrado esto, ayudar a los ancianos a vivir el resto de sus vidas cómoda y dignamente.  
**VIVIR MÁS y MEJOR.**

Pero no debemos olvidar que la eficacia de la asistencia médica exige una plena relación de confianza entre médico y paciente.

Para ello el médico respetará las convicciones de sus pacientes y velará por ofrecer el mejor cuidado a la salud del individuo y de la comunidad.

Porque debemos diferenciar claramente entre *enfermo, paciente y usuario* y no debemos caer en la FUNCIONARIZACIÓN de la profesión.

El consejo y el ejemplo de los médicos deben seguir existiendo como pauta en el cumplimiento de hábitos de vida saludables.

**!!!NO PODEMOS LOS MÉDICOS DECIR UNA COSA Y HACER OTRA!!!**

No considero el ejercicio de la medicina un trabajo, ni un oficio, y ni siquiera una profesión (aunque lo mande la ley LOPS), la considero

**una manera de vivir, para hacer vivir más y mejor a nuestros semejantes.**

Al final, se nos pide una actuación ejemplarizante, porque, aunque se nos ha querido quitar la vitola de consejeros sociales, ninguna profesión como la nuestra, la de médico, consigue valoraciones tan altas, en credibilidad y estima.

### 3. EL PACIENTE

#### 3.1. LEY DE AUTONOMÍA

La ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, otorga los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales.

La exposición de motivos que la ley 3/2005 que la desarrolla en Extremadura explica que el cambio de cultura en las relaciones clínico-asistenciales, evidenciado en la primacía de los derechos de los pacientes y en la afirmación del principio de autonomía de la persona, supone dejar al margen una relación médico-paciente caracterizada por un sentido paternalista y regido por el principio ético de la beneficencia.

Con esta ley se definen los derechos y obligaciones de los ciudadanos, usuarios y profesionales, así como de los centros, establecimientos y servicios sanitarios.

Dentro de los principios básicos, otorga al paciente o usuario el derecho a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles una vez informado, teniendo derecho a negarse al tratamiento. Conviene en desarrollar el derecho a la intimidad, al consentimiento informado y al derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder ellos sin previa autorización.

Es una ley que coloca al paciente como soberano en su toma de decisiones, y al médico le garantiza protección que siempre ha visto el peligro en su toma de decisiones que antes no estaba legalizada.

Esta ley mantiene el respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual, y otorga como derechos la intimidad personal, la libertad individual, la no discriminación y garantiza la confidencialidad de la información relacionada con su proceso de salud.

La autonomía del paciente como bien jurídicamente protegido, surge como una manifestación de la libertad y del reconocimiento humano de la dignidad y valor de la persona, tal como ha sido planteada en la Declaración Universal de los Derechos Humanos<sup>(1)</sup>

---

<sup>(1)</sup> Ana María Sangüesa. ([elderecho.com](http://elderecho.com))

### 3.2. EMPODERAMIENTO

En octubre de 2016, entraron en vigor dos nuevas leyes, llamadas a tener gran trascendencia en el ámbito sanitario, la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC) que regula las relaciones de los ciudadanos con las distintas administraciones, y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, del Régimen Jurídico del Sector Público (LRJS), que programa el régimen de actuación de la Administración Pública.

Ambas Leyes son en realidad una disociación del contenido de la Ley 30/1992 del Régimen Jurídico de Las Administraciones Públicas, a la que

Centrándonos en la LPAC, la norma establece por primera vez en una ley las bases con arreglo a las cuales se ha de desenvolver la iniciativa legislativa y la potestad reglamentaria de las Administraciones Públicas con el objeto de asegurar su ejercicio de acuerdo con los principios de buena regulación, garantizar de modo adecuado la audiencia y participación de los ciudadanos en la elaboración de las normas y lograr la predictibilidad y evaluación pública del ordenamiento, como corolario del derecho constitucional a la seguridad jurídica.

Y es aquí donde radica la novedad y la oportunidad para los pacientes de reforzar su posición y otorgarles protagonismo mediante el incremento de sus posibilidades de defensa y participación ciudadana a través del procedimiento que instaura el título VI y en particular el art 133:

**Artículo 133 Participación de los ciudadanos en el procedimiento de elaboración de normas con rango de Ley y reglamentos**

1. Con carácter previo a la elaboración del proyecto o anteproyecto de ley o de reglamento, **se sustanciará una consulta pública**, a través del portal web de la Administración competente en la que se recabará la opinión de los sujetos y de las organizaciones más representativas potencialmente afectados por la futura norma acerca de:
  - a) Los problemas que se pretenden solucionar con la iniciativa.
  - b) La necesidad y oportunidad de su aprobación.
  - c) Los objetivos de la norma.
  - d) Las posibles soluciones alternativas regulatorias y no regulatorias.
2. Sin perjuicio de la consulta previa a la redacción del texto de la iniciativa, cuando la norma afecte a los derechos e intereses legítimos de las personas, **el centro directivo competente publicará el texto en el portal web correspondiente, con el objeto de dar audiencia a los ciudadanos afectados y recabar cuantas aportaciones adicionales puedan hacerse por otras personas o entidades. Asimismo, podrá también recabarse directamente la opinión de las organizaciones o asociaciones reconocidas por ley que agrupen o representen a las personas cuyos derechos o intereses legítimos se vieran afectados por la norma y cuyos fines guarden relación directa con su objeto.**
3. La consulta, audiencia e información públicas reguladas en este artículo deberán realizarse de forma tal que los potenciales destinatarios de la norma y quienes realicen aportaciones sobre ella tengan la posibilidad de emitir su opinión, para lo cual **deberán ponerse a su disposición los documentos necesarios**, que serán claros, concisos y reunir toda la información precisa para poder pronunciarse sobre la materia.

Por último, tenemos el deber de colaboración ciudadana contemplado en el artículo 18, que proclama como general lo que antes era excepcional: la obligación ciudadana de colaborar con la Administración.

Todos estos mecanismos de participación habilitan al menos la opción de que el propio paciente pueda tener un papel activo en la génesis de las normas que le afectan, avanzando su autonomía hasta un nivel que le antes le estaba vedado, cual era el de la producción normativa, abandonando el modelo de paternalista de Estado y mejorando con su implicación el sistema

## 4. EL EJERCICIO MÉDICO

### 4.1. LA PRÁCTICA CLÍNICA

La práctica de la medicina precisa de tres factores: el médico, el paciente y la enfermedad, que actúa de vínculo de unión entre ambos.

Los editores del Harrison (Principios de Medicina Interna) la definen: "la práctica de la medicina combina la ciencia y el arte. Esta combinación del conocimiento médico, intuición y buen juicio es lo que se ha llamado el arte de la medicina, que es tan necesaria para el ejercicio de la medicina como base científica sólida.

Los editores de la primera edición lo expresan: del médico se espera tacto, simpatía y comprensión, porque el paciente no es sólo un "conjunto" de síntomas, signos, funciones trastornadas, órganos dañados y emociones alteradas. Es un ser humano temeroso y esperanzado, que busca alivio, ayuda y confianza. Para el médico nada humano le es extraño o repulsivo.

El buen médico aprecia no sólo el signo físico en el paciente, sino además detecta su estado psíquico que debe ser igualmente atendido. El tratamiento de un paciente no termina con la prescripción terapéutica para su enfermedad, sino que debe abarcar a la persona que sufre, por lo que tiene o por lo que sospecha que pueda tener.

La famosa declaración del Dr. Francis Peabody, hecha hace más de medio siglo, tiene aún valor: nunca recalcaremos en demasía la relación personal íntima entre el médico y el enfermo, puesto que en un gran número de casos tanto el diagnóstico como el tratamiento dependen directamente de ella. Una de las cualidades esenciales del clínico es su humano humanitarismo, pues el secreto del cuidado del paciente consiste en interesarse por él.

Las etapas del razonamiento clínico y la toma de decisiones, serían:

1. INVESTIGAR: la clínica mediante la anamnesis e historia clínica.
2. EXPLORAR: con las pruebas complementarias.
3. DIAGNOSTICAR: sumando los síntomas con los resultados.
4. VALORAR: la mejor de las opciones sopesando las opciones con el paciente.

5. TRATAR: buscando el mejor plan terapéutico que ocasione mejor resultado (beneficio/riesgo).

Quedaría plasmado en esta tabla:

| <b>Tabla 1. Fases de la práctica clínica</b>   |
|--|
| 1.- Estudio clínico del enfermo (interrogatorio clínico y exploración física).                     |
| 2.- Práctica de las pruebas diagnósticas (laboratorio, imagen médica, pruebas especiales...)       |
| 3.- Integración de los hallazgos anteriores, alcanzando un diagnóstico o una sospecha diagnóstica. |
| 4.- Ponderación de riesgo y beneficios de las distintas actuaciones necesarias.                    |
| 5.- Valoración de las preferencias del paciente.   |
| 6.- Aplicación de un tratamiento y seguimiento de sus resultados.                                  |

*Fuente: Riesgo, I. ¿Médicos o robots? La medicina que viene. Modificado a partir de "Ojo Clínico" y evidencia científica, Gudiol Munté, F, Educ. méd., v.9, diciembre 2006.*

#### **4.2. MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA**

Este concepto anglosajón procede de una traducción errónea de EVIDENCE - BASED - MEDICINE, y que debería haberse denominado MEDICINA BASADA en PRUEBAS. Fue utilizado por primera vez en 1991 por el Prof. Guyyatt al existir dos preocupaciones: por una parte, que el ejercicio de la medicina se apoye en la investigación clínica y por otra, ver los resultados de esa investigación clínica.

De ahí que la MBE implique a la investigación aceptada con un control de calidad; a cómo se transmite ese resultado para que se acepte como conocimiento sanitario científicamente evidenciado y a su vez se traslade, al haber accedido a esa publicación por vías científicas, a la práctica de la asistencia sanitaria.

Y como aseguran J.M. Gol-Freixa y Juan E. del Llano Señar's en "*El fenómeno de la medicina basada en la evidencia*", usar el término MBE obliga a revisar el concepto de "*Estado del Arte*" lo que debiera tener una traducción al concepto jurídico de LEX ARTIS y sus implicaciones procesales. (Tabla 2)

*(Tabla 2. El alcance de la Medicina Basada en la Evidencia)*

| Plano                | Conocimiento Médico  | Ejercicio de la medicina   |
|----------------------|--|--|
| Impacto organizativo | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. “Logística del conocimiento”</li> <li>2. Desarrollo metodológico.</li> <li>3. Bases de datos de evidencias (Cochrane)</li> </ol>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Organización de la práctica clínica y el acceso a la información</li> <li>2. Evaluación de tecnologías.</li> </ol>                                   |
| Formación            | Desarrollo de la metodología de la investigación clínica.  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Habilidades de identificación y recuperación de información médica.</li> <li>2. Habilidades en el análisis crítico de bibliografía (CASP)</li> </ol> |
| Jurídico             | Fijación de la lex artis según la MBE.   | Responsabilidades cuando la práctica no esté basada en la evidencia.   |
| Ética                | Nuevos problemas por tensiones entre principios (justicia frente a beneficencia)   | Énfasis en el principio de beneficencia.   |
| Política             | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Limitación de recursos y aumento del gasto.</li> <li>2. Creación de nuevas instituciones.</li> <li>3. Desplazamiento de la autoridad.</li> <li>4. ¿Política sanitaria basada en la evidencia?</li> </ol> | Nueva legitimidad en la autonomía del juicio profesional.  |

El impacto de la MBE sobre el ejercicio de la medicina fue tan importante que cualquier publicación científica o congreso que se celebrase debería tenerla presente. Así, se había alterado la práctica del médico que de manera autónoma se formaba, estudiada y evaluaba sus resultados ajeno a estudios de efectividad y lejos de interesarse por costes y eficiencias.

El ejercicio de la profesión exige anteponer los intereses del paciente a los del propio médico y a los del sistema para el que trabaja, base de la confianza que el paciente deposita en el médico, exigencia que se sustenta en los principios de BENEFICENCIA, NO MALEFICENCIA, AUTONOMÍA Y JUSTICIA.

Sin darnos apenas cuenta, se había transformado no sólo el mensaje de innovación médica sino además, la manera de aplicación de los mismos. Transformaba la decisión médica basada en la experiencia de ver y escuchar por la basada en las pruebas (evidence).

Dada la variabilidad de la práctica clínica el médico ha ido asumiendo, a veces por protección en su responsabilidad civil profesional, los protocolos que las diferentes Sociedades Científicas recomendaban, porque basar las decisiones en la experiencia es un compromiso asumido.

El éxito de la aparición de las GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA, era precisamente servir de ayuda al médico para gestionar la incertidumbre que cada caso clínico supone y en ampararse y ayudarle a no equivocarse.

Como reflexiona J. Camprubi: *"quizás lo más importante que hemos aprendido es que no es fácil utilizar la MBE fuera de los despachos, en la cabecera del enfermo, ya sea en la cama hospitalaria, ya sea en la consulta de Atención Primaria. No sólo por la ingente producción de evidencias sino porque, a pesar de los esfuerzos y los recursos invertidos en hacer llegar las evidencias a los ordenadores de los médicos en su lugar de trabajo, la complejidad de la práctica clínica y la diversidad de situaciones a las que tiene que hacer frente hacen del juicio clínico la mejor herramienta de toma de decisiones de la que dispone una organización sanitaria.*

*En la cabecera del enfermo el médico debe priorizar otras habilidades, entre ellas gestionar su propia incertidumbre y ansiedad por no equivocarse. Saber escuchar, saber captar información no verbal del enfermo y de su entorno, entender y respetar sus valores y prioridades son cualidades difíciles de adquirir si no es con la práctica al lado de otros colegas más expertos en el trato con el paciente".*

## 5. EL BUEN QUEHACER DEL MÉDICO

El opúsculo del CGCOM del 2014 sienta los principios que inspiran el buen quehacer del ejercicio de los médicos uniéndose y desarrollando el Código de Ética y Deontología Médica.

- Principios que inspiran el buen quehacer del ejercicio de los médicos:
  - ✓ Las personas necesitan buenos médicos y médicas, cuya primera preocupación sea el cuidado de su salud.
  - ✓ Los buenos médicos son responsables, competentes, actualizan sus conocimientos y habilidades, establecen una buena relación con sus compañeros y actúan de acuerdo con el Código de Deontología Médica (CDM).
  - ✓ Los buenos profesionales de la medicina trabajan en colaboración con sus pacientes y respetan sus derechos a la intimidad y dignidad, como señala el artículo 21.12 del CDM. El médico trata a cada paciente como a un ser humano único e irrepetible. Hacen todo lo posible para asegurar que todos los pacientes reciban buena atención que les ayude a mejorar su calidad de vida, sea cual sea su enfermedad o discapacidad.
  - ✓ Los buenos profesionales de la medicina desarrollan una actitud compasiva, cuidan a sus pacientes, procuran su bienestar, y previenen y tratan sus enfermedades, acompañando todo el proceso.

- ✓ Los médicos proporcionan una atención óptima según las posibilidades de cada momento, y siempre dentro de los estándares de calidad, eficiencia y eficacia aceptados por la profesión.
- ✓ Para ejercer con responsabilidad la práctica de la medicina, los buenos médicos deben demostrar, a través de los procesos periódicos de validación que realizan, que su actividad profesional mantiene la calidad acorde con la evidencia científica, se rige por las normas establecidos en el CDM y sigue los valores y principios del BQM.

- **Mostrar respeto por sus pacientes**

- ✓ La conducta de las médicas y los médicos ha de justificar la confianza que su paciente y los ciudadanos depositan en él y en la profesión.
- ✓ El médico debe actuar en todo momento con sinceridad al exponer su ámbito de competencia, su experiencia, sus cualificaciones y su cargo actual.
- ✓ El médico no ha de expresar convicciones personales –políticas, religiosas o morales– que le permitan aprovecharse de la vulnerabilidad de sus pacientes o puedan causarles inquietud, tal como señala el artículo 9.13 del CDM.
- ✓ El médico debe tratar la información de sus pacientes de manera confidencial, respetando siempre el marco legal y ético establecido.

- **Tratar a sus pacientes con justicia y sin discriminación**

- ✓ El médico debe dar prioridad a los pacientes en función de sus necesidades clínicas. Si los recursos, políticas o sistemas impiden aplicar este principio y la seguridad de su paciente se ve o puede verse seriamente comprometida, el médico ha de denunciar la situación a las organizaciones e instituciones responsables y, cuando no es atendido, buscar ayuda en otras instancias según el artículo 45.2 del CDM.
- ✓ Las pruebas diagnósticas o tratamientos que indica o prescribe el médico se basan en la mejor evidencia disponible, su buen juicio clínico y el consenso alcanzado con el paciente. El médico no debe negar ni retrasar un tratamiento por el estilo de vida previo del paciente.
- ✓ El médico nunca puede discriminar a pacientes ni permitir que sus opiniones personales afecten negativamente a su relación profesional o al trato y asistencia que deba dispensarle.
- ✓ Si la pérdida de confianza entre el médico y su paciente pone en peligro la buena atención clínica, el médico debe terminar su relación profesional, asegurando la continuidad de la asistencia médica y evitando siempre el abandono de su paciente.

- ✓ El médico tiene la obligación de facilitar su nombre, número de colegiación y cualquier otro tipo de registro profesional cuando se lo pidan personas con las que haya tenido relación profesional.
- **Actuar siempre con honradez, integridad, franqueza y transparencia**
  - ✓ El médico tiene siempre la obligación de dejar claros los límites de sus conocimientos y sus competencias.
  - ✓ El médico cuando es citado ante los tribunales en sus actuaciones periciales debe ser veraz, sincero y fidedigno, y asegurarse de que todas las pruebas y documentos que redacta o firma sean verídicos; por ello, debe:
    - Verificar razonablemente que la información aportada es correcta.
    - No omitir de manera deliberada ninguna información relevante.
  - ✓ El médico debe informar con diligencia, tanto a los centros donde trabaja como a sus pacientes privados, de cualquier restricción que le impongan las autoridades profesionales o judiciales en su ejercicio profesional.
  - ✓ El médico no debe aceptar ni pedir ningún incentivo, obsequio o atenciones sociales que puedan afectar a su manera de prescribir, tratar, derivar pacientes o encargar servicios. Tampoco debe ofrecer ningún tipo de incentivo, ni a sus pacientes ni a otros compañeros profesionales según el artículo 66.68 del CDM.
- **Mantener y mejorar los elementos básicos de la competencia profesional: conocimientos, habilidades y actitudes**
  - ✓ El médico tiene el deber de ser competente en todas las vertientes del ejercicio profesional que desarrolle, ya sean asistenciales, docentes, investigadoras o de gestión.
  - ✓ El médico ha de mantener su competencia, actualizando conocimientos y habilidades y fomentando buenas actitudes profesionales.
  - ✓ El médico tiene la obligación de participar periódicamente en actividades de formación que mantengan y desarrollen sus competencias, habilidades, actitudes y rendimiento.
  - ✓ El médico debe conocer las guías clínicas más relevantes y los avances importantes relacionados con el ámbito de actividad profesional.
- **Incorporar la reflexión sobre la experiencia profesional a la práctica**
  - ✓ El médico, al prestar asistencia clínica, debe:
    - Hacer buen uso de los recursos disponibles, aplicándolos con eficiencia y equidad a sus pacientes.
    - Prescribir o renovar el tratamiento al paciente (fármacos o cualquier otro tratamiento), cuando tenga un conocimiento suficiente de su estado de salud y

esté convencido de que la medicación u otro tratamiento serán positivos para su curación o mejora.

- Prescribir tratamientos e caces basados en la mejor evidencia según el artículo 26.1 del CDM.

- **Registrar su trabajo de manera completa, clara, precisa e inteligible**

- ✓ Los documentos que elabora el médico –especialmente la historia clínica– deben ser claros, precisos e inteligibles tratando de evitar el uso de símbolos y abreviaturas. El médico debería redactarlos cuando se están recogiendo los datos o poco tiempo después, a fin de evitar posibles olvidos o variaciones en el tiempo.
- ✓ El médico:
  - Se interesa por la custodia segura, personal o institucional, de todos los documentos que contengan información sobre pacientes.
  - cumple con las normas de protección de datos, y
  - exige a sus colaboradores absoluta discreción y secreto.
- ✓ El médico vela porque la historia clínica, en cualquier formato, incluya todos los datos que se establecen en la normativa como preceptivos y, muy específicamente:
  - La identificación del médico que redacta la historia clínica, del responsable de cada paciente y de los diferentes colegas que inter- vengan en su atención.
  - Los hallazgos clínicos relevantes en el proceso asistencial.
  - La información actualizada que da a su paciente.
  - Las decisiones tomadas y las actuaciones acordadas, y quién toma las decisiones y acuerda las acciones.
  - Los análisis, las exploraciones complementarias, los procedimientos terapéuticos realizados y la medicación prescrita.

- **Comunicar con eficacia y afectividad**

- ✓ El médico debe escuchar con atención a sus pacientes, tener en cuenta sus opiniones y responder sinceramente a sus preguntas.
- ✓ El médico debe facilitar a sus pacientes, de forma inteligible, lo que quieran conocer de su proceso.
- ✓ El médico debe adquirir las aptitudes adecuadas para una correcta comunicación con sus pacientes en cualquier ámbito, siendo de especial relevancia la comunicación de malas noticias.
- ✓ El médico debe ser sincero y ganarse la confianza de pacientes, familiares y colegas en todas sus comunicaciones. Esto significa que debe dejar claros los límites de sus conocimientos y ha de hacer las comprobaciones razonables para asegurar la precisión de sus informaciones.
- ✓ El médico tiene la obligación de tratar la información de sus pacientes de forma confidencial, incluso después de su fallecimiento.

- ✓ Cuando el médico alega objeción de conciencia para llevar a cabo un determinado procedimiento, se lo debe exponer a su paciente y asegurarse de su correcta comprensión. Al facilitar esta información, el médico no puede expresar, ni siquiera insinuar, desaprobación sobre el estilo de vida, las opciones y las creencias del paciente.
- **Colaborar con los compañeros y las compañeras para mantener y mejorar la atención al paciente**
  - ✓ El médico tiene que tratar a sus compañeros y compañeras de manera justa y con respeto. Ha de ser especialmente prudente en la manera de expresar su discrepancia respecto a la actuación de otros profesionales, considerando el desconcierto y la incertidumbre que pueda causar en pacientes o familiares.
  - ✓ El médico debe ser consciente de cómo influye su comportamiento en todos los ámbitos de su actividad profesional (currículo oculto<sup>19</sup>) y actuar en consecuencia.
  - ✓ El médico tiene la obligación de cuestionar a los colegas cuyo comportamiento no se ajuste a los principios del CDM.
- **Cumplir los procesos de protección de cada paciente**
  - ✓ Reflexionar periódicamente sobre su actividad clínica y sus estándares profesionales.
  - ✓ Hacer todo lo posible para minimizar los riesgos, los daños, los errores y los efectos adversos.
  - ✓ El médico debe cuidar su salud e higiene, utilizando los medios que contribuyan a disminuir el riesgo de contagio a sus pacientes.
  - ✓ El médico, preferentemente, debe confiar, para el cuidado y vigilancia de su salud, en un médico o médica de familia.
- **Reflexionar sobre la práctica profesional para mejorar la atención a cada paciente**
  - ✓ El médico ha de estar dispuesto a ser evaluado de forma periódica por quien tenga la competencia.
  - ✓ El médico debe participar regularmente en las actividades que mantengan y promuevan su competencia.
- **Enseñar e investigar son aspectos esenciales para la mejora del médico**
  - ✓ El médico tiene la obligación de facilitar el aprendizaje de los estudiantes de grado, de posgrado, de especialidades médicas y de otros profesionales de la salud.

- ✓ El médico involucrado directamente en la docencia en cualquier período formativo, ha de adquirir los conocimientos, habilidades, actitudes y prácticas necesarios para formar y evaluar con competencia.
- ✓ El médico debe asegurarse de que todos los discentes bajo su responsabilidad sean debidamente supervisados y evaluados.
- **Utilizar adecuadamente los recursos del sistema para proporcionar la mejor atención posible**
  - ✓ El médico debe interesarse y ayudar a sus pacientes en el manejo de las complejidades del sistema sanitario, y debe informarles adecuadamente sobre el uso y utilización razonable de los recursos humanos, materiales y tecnológicos disponibles en el sistema de salud.
  - ✓ El médico ha de utilizar los recursos de manera eficiente y eficaz. Debe ser consciente de que su actividad profesional afecta a la organización sanitaria y a su sostenimiento, por lo que debe evitar los servicios innecesarios o la medicina defensiva.

## 6. CONCLUSIONES

### 6.1. HACER DE MÉDICO

Vemos como a la medicina se la define como arte, como vocación y como ciencia inexacta, pero los pacientes se sienten fascinados por la tecnología y esa tecnificación, también denominada industrialización lleva aparejado un cambio en el modelo y modo de actuación profesional haciéndolo más procedimental, basándose en protocolos estandarizados que marcan las bases de un diagnóstico y el esfuerzo de un tratamiento.

Como define el Dr. Ignacio Riesgo<sup>(2)</sup>, son siete los elementos que impulsan la industrialización de la medicina:

- MEDICINA BASADA EN LAS PRUEBAS, sometiendo a los tratamientos utilizados hasta ahora a la criba de la efectividad.
- MEDICINA DE PRECISIÓN; la genómica como estudio de las bases genéticas de las enfermedades; y la revolución de su imagen médica para el conocimiento.
- ROBOTIZACIÓN, con especial impacto en la cirugía.
- TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN, para acceder por la historia clínica electrónica a los datos de un paciente y compartirlos, así como valorar los resultados obtenidos por el médico que lo existe.

---

<sup>2</sup> ¿Médicos o Robots? La Medicina que viene. Dr. Ignacio Riesgo. 2015.

- PRODUCTIVIDAD. Es imposible impulsar la productividad sobre una base artesanal. La sanidad es uno de los pocos sectores donde la productividad no ha crecido a pesar de que los gastos sanitarios siguen su escalada.
- SALUD GLOBAL. Ofrecer asistencia sanitaria a toda la población humana. Este reto es imposible de abordar con las prácticas médicas artesanales.
- IMPULSORES DE LA INDUSTRIALIZACIÓN DE LA MEDICINA.



## 6.2. EL MÉDICO DEL FUTURO

HABLAR DE MEDICINA es hablar de COMPROMISO.

COMPROMISO con el ser humano, con el sufriente, con el ser paciente, con la PERSONA ENFERMA.

**Profesión y profesionalismo** QUE NOS OBLIGAN actualizar los conocimientos científicos y seguir la conducta de nuestro Código Ético.

Actitud Laboral unida a la actitud deontológica, siendo conscientes del poder que la sociedad y la administración pone en nuestras manos y del que somos responsables de su justo gasto y distribución.

Os puedo asegurar que NO se puede ser buen médico si NO se es una buena persona. NO se puede ayudar a un semejante humano si uno no es humano.

La medicina sin humanismo llevaría a la aplicación protocolizada de procedimientos y técnicas de diagnósticas y terapéuticas dirigidas a dar en la diana de la enfermedad, pero olvidando al ENFERMO.

La práctica diaria del médico implica el compromiso:

**COMPROMISO de mujer y hombre al servicio de la humanidad.**

**COMPROMISO de médicas y médicos ante sus enfermos.**

**COMPROMISO de persona hacia persona.**

**Pero que MÉDICOS queremos para el FUTURO?**

**¿Un buen médico? O ¿un médico bueno?**

El decálogo del médico que necesitamos sería:

- 1. Un médico que trate enfermos, NO enfermedades.*
- 2. Un médico con actitud crítica.*
- 3. Un médico comunicador y empático.*
- 4. Un médico responsable individual y socialmente.*
- 5. Un médico que tome buenas decisiones para el paciente para el sistema.*
- 6. Un médico líder del equipo asistencial.*
- 7. Un médico competente, efectivo y seguro.*
- 8. Un médico honrado y confiable.*
- 9. Un médico comprometido con el paciente y con la organización.*
- 10. Un médico que vive los valores del profesionalismo.*

El médico sabrá escuchar y antes que analizar y calcular, se preocupará tanto de la afectividad como por la efectividad, y se ganará la confianza del paciente.

### 6.3. SER MÉDICO

A los médicos se nos ha formado para el TRATAMIENTO,...pero de enfermedades y no se nos ha educado para el TRATO con los pacientes que la sufren.

Se nos ha aleccionado para CURAR padecimientos, pero no se nos adiestró en CUIDAR de los que padecen.

Hay dos aforismos que se explican nada más iniciarse en el estudio de la medicina y que se olvidan de inmediato:

1. NO HAY ENFERMEDADES SINO ENFERMOS  
(atribuido tanto a Hipócrates, siglo V a. C., como a Claud Bernard, siglo XIX)
2. La misión del médico es CURAR a veces, paliar a menudo, CONSOLAR siempre  
(atribuida a Adolphe Gubbler, S. XIX)

Se basa la actuación del médico en tratar a la persona enferma y no la enfermedad que tiene la persona.

Se basa en SER UN BUEN MÉDICO siendo además UN MÉDICO BUENO.

Se basa en conocer la PATOLOGÍA y conocer la CLÍNICA:  
porque una misma enfermedad no afecta por igual a las personas.

Miedo, sufrimiento y dolor son los tres pilares a los que nos enfrentamos cuando nos consulta un paciente.

No sólo trae un déficit de salud, aporta la carga ansiosa del diagnóstico incierto, la angustia de ver vulnerable su mundo y su familia, de sentirse frágil y solitario frente a un médico que con su dictamen puede dar un pronóstico de vida que suene a veredicto de sentencia condenatoria de padecimiento.

En la visita al Papa Francisco (Roma, 9 de junio de 2016) de una representación del Consejo de Médicos nos dijo:

*“La identidad y el compromiso del médico no sólo se apoya en su ciencia y competencia técnica, sino principalmente en su actitud compasiva y misericordiosa hacia los que sufren en el cuerpo y en el espíritu. La compasión, es de alguna manera el alma misma de la medicina. La compasión no es lástima, es **padecer-con**”*

...Y si bien en el ejercicio de la medicina, técnicamente hablando, es necesaria la asepsia, en el meollo de la vocación médica la asepsia va contra la compasión, la asepsia es un medio técnico necesario en el ejercicio, pero no debe afectar nunca lo esencial de ese corazón compasivo. Nunca debe afectar el “PONGAN MÁS CORAZÓN EN ESAS MANOS”.



Estudios  
Jurídicos

## BIBLIOGRAFÍA

- *¿Médicos o robots? La medicina que viene*. Riesgo, I. Madrid. 2015.
- *Profesión Médica, Profesional Médico. Profesionalismo Médico*. OMC. Madrid, 2010.
- *Ser Médico. Los valores de una profesión*. Millán Nuñez-Cortes, J., del Llano Señaris, J. E. Madrid. 2012.
- *El buen quehacer del médico*. OMC. Madrid. 2014.
- *Código de Deontología Médica*. OMC. Madrid. 2011.
- *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. B.O.E nº 274 de 15/11/2002. Última actualización publicada el 22/09/2015.
- *Los fines de la medicina. Cuadernos de la Fundació Víctor Grifols i Lucas*. Barcelona. 2007.
- *Declaración de la Comisión Central de Deontología Médica*. OMC. Madrid, 2016.
- *Declaración de Lisboa II Encuentro Anual Hispano Luso Ordem Dos Medicos De Portugal y Consejo General de Médicos de España Lisboa*. 2015.
- *Ética de la Relación Profesional del Médico con la Industria Farmacéutica y las Empresas Sanitarias*. Asamblea General OMC. Madrid. 2006.
- *Las instrucciones previas. Una reflexión crítica*. Premio Nacional de Derecho Sanitario Casado Blanco, M; Galán Cáceres, J.C; Badajoz. 2016.