

El buen quehacer del médico

2021

Cuadernos
CGCOM



El buen quehacer del médico

Pautas para una actuación profesional de excelencia



Escenarios de mal quehacer médico



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

| CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Julio de 2021
Quinta edición revisada y ampliada

Edita

Consejo General de Colegios de Médicos, CGCOM

Autores

Arcadi Gual Sala

Joan Monés Xiol

Jordi Palés Argullós

Autores asociados de la 5ª edición

María Antonia del Valle Martín

Montserrat Esquerda Aresté

Teresa Estrach Panella

Carmen Gomar Sancho

Resu Herranz Luengo (Secretaria)

Juan José Rodríguez Sendín

Guillermo Vázquez Mata

Comité editorial (Comisión Permanente del CGCOM)

Presidente: Tomás Cobo Castro

Vicepresidenta 1ª: Mª Isabel Moya García

Vicepresidente 2ª: Manuela García Romero

Secretario: José María Rodríguez Vicente

Vicesecretaria: María Rosa Arroyo García

Tesorero: Enrique Guilabert Pérez

Coordinador Edición

José María Rodríguez Vicente

ISBN: 978-84-695-9875-7

Presentación de la quinta edición de El buen quehacer del médico (BQM)

La formación médica continuada y el desarrollo profesional continuo son una obligación ética de todos los médicos a lo largo de su trayectoria profesional; y facilitar y proporcionar el máximo de herramientas que resulten de utilidad y ayuda a los profesionales en la búsqueda de la excelencia, no solo en las competencias propias de cada especialidad, sino también en los valores que sustentan la buena conducta en la práctica médica, es responsabilidad de las instituciones que representamos a la profesión.

Esta guía contempla distintos ámbitos en los que el médico se puede encontrar ante una disyuntiva en el día a día de su actividad asistencial, docente, investigadora y de gestión: los principios que cimentan el profesionalismo en la práctica médica; la relación médico-paciente y el indestructible vínculo que debe crearse entre ellos; la competencia profesional, entendida como el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes aplicadas de forma completa, clara, precisa e inteligible; la necesaria comunicación eficaz y afectiva y la colaboración a dos niveles: con los pacientes y también con los compañeros; las relaciones intra e interprofesionales y el imprescindible trabajo en equipo, en pro de una mejor atención al paciente; la seguridad y calidad en los procesos; la práctica profesional y el aprendizaje; y el conocimiento de la naturaleza, las peculiaridades y el funcionamiento de las organizaciones sanitarias y los sistemas de salud en su complejidad.

El libro, disponible en formatos papel y digital, no solo está dirigido a los profesionales en activo, sino también a los estudiantes de Medicina, futuro de la profesión. Y también se trata de un documento vivo,

sujeto a revisión y reflexión en el contexto de una ciencia que evoluciona y que no siempre es exacta.

Quiero trasladar mi más sincero agradecimiento a todos los expertos que han llevado a cabo el exhaustivo trabajo de convertir algunos de los posibles escenarios en una serie de pautas que, aunque no de obligada aplicación, sí que establecen los cauces por los que debe discurrir el ejercicio de la Medicina desde las conductas y actitudes ejemplares.

Por último, me gustaría recordar que todos los esfuerzos del CGCOM para el impulso de la formación y la identificación de nuevas necesidades formativas están orientados a garantizar que los pacientes estén siempre seguros en nuestras manos y, del mismo modo, renovar el compromiso del contrato de los médicos con la sociedad.

Dr. Tomás Cobo Castro

Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

Justificación del documento

La quinta edición de El Buen Quehacer del Médico (BQM) permite comprobar, como se pretendía en la primera edición, que el BQM es un documento vivo, revisado periódicamente para sintonizarlo con la realidad social y laboral del entorno médico en nuestro país.

Las competencias profesionales, complementadas con los valores de la profesión, son la mejor garantía para garantizar la salud de la ciudadanía. El BQM, inspirado inicialmente en el Good Medical Practice del General Medical Council británico, se ha adaptado cada vez más a nuestro entorno social y ha ayudado a los médicos a encontrar el mejor camino de conducta en su ejercicio profesional.

Es responsabilidad de los profesionales colegiados estar familiarizados con el Código de Deontología Médica (CDM) y aspiramos a que el BQM también sea un documento familiar. El BQM, al no ser un código de obligado cumplimiento, no está sujeto a una redacción que fije las normas a cumplir; es un documento abierto que permite pensar las conductas profesionales y sintonizarlas tanto a los cambios sociales como a los avances del conocimiento clínico y tecnológico. Como en la anterior edición del BQM, la presente edición se complementa con situaciones prácticas, actitudes y actos, de lo que no debe ser un ejemplo del Buen quehacer del médico y que aparecen bajo el epígrafe de escenarios del mal quehacer médico; dichos escenarios no deben malinterpretarse ni ser considerados como prácticas habituales ya que son proposiciones provocadoras y tópicas encaminadas a generar la reflexión.

La medicina conlleva el manejo de la incertidumbre y, en el campo de los valores, la incertidumbre genera situaciones de tensión. La actuación profesional siempre conlleva un compromiso con nuestros valores, que pueden no coincidir con los de cada paciente. Orientar la actuación profesional con la prudencia necesaria en las decisiones di-

fáciles es una clara intención del BQM. Proporcionar referencias éticas, deontológicas y legales, e identificar elementos que se deben considerar en la toma de decisiones son aspectos en los que el BQM podrá ser una ayuda para los profesionales. Serán los médicos quienes, con su competencia, responsabilidad y ética, deberán identificar y jerarquizar los valores determinantes de la conducta que se debe seguir en cada circunstancia concreta.

Como editores del documento, agradecemos el esfuerzo y dedicación tanto de los participantes en las primeras ediciones como de los de los redactores de esta quinta edición. Así mismo, renovamos nuestra preocupación por la “perspectiva del lenguaje” y por tanto con el “lenguaje de género” o “lenguaje inclusivo”, y hacemos explícito que no queremos ignorar los efectos del androcentrismo imperante. Entendemos que el uso y la repetición de la frase, “el médico”, solo pretende hacer énfasis y poner de relieve la actividad de una profesión, sin valorar el sexo de quien la ejerce.

Arcadi Gual Sala

Joan Monés Xiol

Jordi Palés Argullós

Índice

Presentación de la tercera edición Justificación del documento

Ámbito 1. Profesionalismo en la práctica médica

- 1.1. Principios que inspiran el buen quehacer del ejercicio de los médicos.....9

Ámbito 2. Relación médico/paciente: un vínculo de confianza

- 2.1. Mostrar respeto por sus pacientes.....13
2.2. Tratar a sus pacientes con justicia y sin discriminación.....16
2.3. Actuar siempre con honradez, integridad, franqueza y transparencia.....19

Ámbito 3. Competencia profesional

- 3.1. Mantener y mejorar los elementos básicos de la competencia profesional: conocimientos, habilidades y actitudes.....23
3.2. Incorporar la reflexión sobre la experiencia profesional a la práctica.....25
3.3. Registrar su trabajo de manera completa, clara, precisa e inteligible.....27

Ámbito 4. Comunicación y colaboración

- 4.1. Comunicar con eficacia y afectividad.....31
4.2. Utilizar las tecnologías de la información y comunicación teniendo en cuenta la confidencialidad.....35
4.3. Implicarse en el aprendizaje y evaluación de los compañeros y del equipo de trabajo.....37
4.4. Favorecer la continuidad y la coordinación de la asistencia.....39
4.5. Mantener colaboraciones/alianzas con sus pacientes.....41

Ámbito 5. Relaciones intra- e interprofesionales y trabajo en equipo

- 5.1. Colaborar con los compañeros para mantener y mejorar la atención al paciente.....45
5.2. Cuidar la salud de los médicos.....47

Ámbito 6. Seguridad y calidad

- 6.1. Cumplir los procesos de protección de cada paciente.....49
6.2. Actuar frente a los riesgos que comprometan la seguridad de cada paciente.....51

Ámbito 7. La relación práctica profesional/aprendizaje: una fuente de mejora permanente

- 7.1. Reflexionar sobre la práctica profesional para mejorar la atención a cada paciente.....55
7.2. Enseñar e investigar como aspectos esenciales para la mejora del médico.....56

Ámbito 8. Las organizaciones sanitarias y los sistemas de salud

- 8.1. Conocer la complejidad, las peculiaridades y la capacidad de respuesta de los sistemas de salud.....59
8.2. Utilizar adecuadamente los recursos del sistema para proporcionar la mejor atención posible.....60
8.3. Reconocer la importancia del Sistema Nacional de Salud en beneficio de cada Paciente.....62

Anexo I. Artículos del Código de Deontología Médica citados en el texto.....65



Ámbito 1:

Profesionalismo en la práctica médica

1.1. Principios que inspiran el buen quehacer del ejercicio de los médicos

Principios del BQM

- 1) Las personas necesitan buenos médicos, cuya primera preocupación sea el cuidado de su salud.
- 2) Los buenos médicos son responsables, competentes, actualizan sus conocimientos y habilidades, establecen una buena relación con sus compañeros¹ y actúan de acuerdo con el Código de Deontología Médica (CDM).
- 3) Los buenos profesionales de la medicina trabajan en colaboración con sus pacientes y respetan sus derechos a la intimidad y dignidad, como señala el CDM.²
- 4) El médico trata a cada paciente como a un ser humano único e irrepetible, procurando que, en su relación profesional, el paciente se sienta protagonista de la atención médico-paciente.
- 5) El médico respeta la dignidad de todas las personas y se opone a todo tipo de violencia según el CDM³
- 6) 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.

1 Incluye a todo el equipo asistencial.

2 Artículo 21.1 del CDM; Ver anexo I.

3 Artículos 1. y 30.c del CDM; Ver anexo I.

- 7) Los médicos que no basan su actividad profesional en la medicina basada en la evidencia, o dificultan el acceso a ella, vulneran los principios del profesionalismo y actúan al margen del CDM.
- 8) Para ejercer con responsabilidad la práctica de la medicina, los buenos médicos deben demostrar, a través de procesos periódicos de validación, 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.
- 9) El buen médico hace todo lo posible para asegurar que todos los pacientes reciban buena atención y mejor cuidado, ayudándoles a mejorar su calidad de vida, sea cual sea su enfermedad o discapacidad.
- 10) El buen profesional de la medicina desarrolla una actitud compasiva, cuida a sus pacientes, procura su bienestar, y previene, trata y acompaña todo el proceso de su enfermedad.

Escenarios del mal quehacer médico

- 1) Lo que realmente me enseña es la experiencia con mis pacientes; no puedo perder el tiempo actualizando permanentemente mis conocimientos.
- 2) Como especialista soy responsable del problema que me consultan sobre mi especialidad; del resto de procesos no me incumben.
- 3) Para el médico la revalidación profesional y la Validación Periódica de la Colegiación (VPC) son un obstáculo más; que se preocupen los colegios y los políticos de ser transparentes.
- 4) Para atender a mis pacientes bien no veo la necesidad de tener que leer el código de Deontología⁴.
- 5) Estoy cansado de tanto derecho del paciente, pero ¿Conoce el paciente mis derechos?
- 6) Las comisiones de Deontología son un instrumento para fiscalizar, criticar e incluso castigar a los colegas; es mejor no considerarlas ni participar en ellas.
- 7) No me parece correcto que se dude de mi profesionalidad con la Validación Periódica Colegiación (VPC); yo ya me preocupo de mi formación y nadie me tiene que evaluar.
- 8) Si me acojo a una huelga legal, estoy exento de todas las obligaciones profesionales con mis pacientes; por tanto, no necesito seguir las recomendaciones del CDM⁴. ¡Para esto están los servicios mínimos!

4 Artículo 6.3 del CDM: Ver anexo I.



Ámbito 2:

Relación médico/paciente: un vínculo de confianza

2.1. Mostrar respeto por sus paciente

Principios del BQM

- 11) La conducta de los médicos ha de justificar la confianza que su paciente y los ciudadanos depositan en él y en la profesión.
- 12) El médico debe actuar en todo momento con sinceridad al exponer su ámbito de competencia, su experiencia, sus cualificaciones y su cargo actual.
- 13) 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 CDM⁵.
- 14) El médico debe tratar la información de sus pacientes de manera confidencial, respetando siempre el marco legal y ético establecido.
- 15) El médico, sin relación profesional con un paciente, no debe acceder a la información confidencial contenida en la historia clínica.
- 16) El médico ha de ser honrado y sincero con sus pacientes cuando se producen complicaciones, errores o accidentes. Si su paciente sufre algún daño físico o psíquico estando bajo su cuidado, el médico procurará, con prontitud:
 - a) Remediar, si es posible, la situación producida.
 - b) Explicar lo antes posible a su paciente, a sus familiares o a ambos, de forma completa y comprensible, qué es lo que ha sucedido, y las previsibles consecuencias a corto y largo plazo.

c) Informar que los médicos y la institución están preparados para tratar adecuadamente el efecto indeseado producido.

17) El médico no debe aprovechar su posición profesional preeminente para buscar y/o establecer relaciones inadecuadas con los pacientes o personas cercanas.

18) El médico debe mostrar siempre consideración y respeto hacia su paciente, incluso después de su muerte, y por ello debe asegurar que su cuerpo sea tratado con dignidad y decoro.

Escenarios del mal quehacer médico

- 9) Si cometo un error ya lo remediaré y es mejor ocultarlo incluso para el paciente. No entiendo porqué lo debo comunicar”.
- 10) Pedir perdón frente un error o retraso en el diagnóstico o tratamiento es abrir la puerta a un futuro problema.
- 11) Con el tiempo que me dan para la consulta hago lo que puedo y gracias.
- 12) Consultar datos de una historia clínica de un paciente o de un compañero que no trato puede ser un cotilleo, pero no un delito punible.
- 13) Cuando me piden información sobre el diagnóstico o evolución de un paciente de mi centro que no trato, lo más fácil es consultar el historial médico, especialmente si es electrónico, en lugar de preguntar al médico que lleva al paciente.
- 14) No veo inconveniente alguno en que durante mi práctica profesional haga proselitismo religioso o político, ¿No forma parte de la libertad de expresión?
- 15) Aprovechar para aprender a intubar o poner vías centrales en pacientes fallecidos, sin el debido consentimiento no hace daño a nadie y mejora la formación de residentes y la práctica de los especialistas.
- 16) Respecto a pacientes disminuida, es suficiente informar a la familia; solo faltaría que los pacientes disminuidos participen en el proceso asistencial, como indica el CDM⁶ haciéndome perder el tiempo.
- 17) No discutir la decisión de los padres o tutores de un paciente menor⁷, aún en contra de sus intereses o de mi criterio, es menos problemático que solicitar la intervención judicial, según indica el CDM.
- 18) Ayudar a gestionar la agenda de consultas o de pruebas diagnósticas de un paciente no forma parte de mis obligaciones.

6 Artículo 6.3 del CDM: Ver anexo I.

7 Artículo 14.4 del CDM: Ver Anexo I.

2.2. Tratar a sus pacientes con justicia y sin discriminación

Principios del BQM

- 19) 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 seguir las indicaciones del ítem 148 apartado b), del BQM.
- 20) 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.
- 21) El médico no debe negarse a tratar a un paciente, aunque la enfermedad pueda poner en riesgo su propia salud. Si es previsible esta eventualidad, el médico adoptará las medidas oportunas para minimizar este riesgo.
- 22) El médico nunca puede discriminar a pacientes ni permitir que sus opiniones⁸ personales afecten negativamente a su relación profesional o al trato y asistencia que deba dispensarle.
- 23) El médico ha de tener una especial consideración y respuesta a las necesidades de pacientes con diversidad funcional (discapacidad)⁹, y se compro-

8 Esto incluye sus opiniones sobre el estilo de vida de los pacientes o compañeros, su cultura o su condición social o económica, así como las características protegidas por la legislación: edad, discapacidad, reasignación de género, raza, matrimonio o unión civil, embarazo y maternidad, religión o creencias, sexo y orientación sexual.

9 Artículo 45.2 del CDM: Ver Anexo I.

- mete a realizar los cambios necesarios¹⁰ en su ejercicio para que puedan recibir la asistencia que se adapte mejor a sus circunstancias o limitaciones según lo establecido en el CDM¹¹.
- 24) El médico debe responder de forma honrada, rápida y detallada ante las reclamaciones. La reclamación de su paciente no puede perjudicar su atención clínica ni la de futuros pacientes.
- 25) 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.
- 26) El médico debe tener un seguro de responsabilidad profesional o cobertura adecuada para que sus pacientes puedan hacer efectivos sus derechos o compensación en el caso de que se sancione una reclamación sobre su práctica clínica.
- 27) 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.
- 28) El secreto médico¹² es básico en la relación médico/paciente, sin embargo, son excepciones relevantes los casos de maltrato a niños, ancianos y discapacitados psíquicos, así como los casos de violencia de género, según indica del CDM¹³.

10 Ajustes razonables' no sólo significa cambios en el entorno físico. Puede incluir, por ejemplo, ser flexible en cuanto a la hora de su cita o duración, y hacer los arreglos para las personas con dificultades de comunicación, como problemas de audición. Para obtener más información, consulte la web: www.equalityhumanrights.com/advice-and-guidance/

11 Artículo 13.1 del CDM: Ver Anexo I.

12 Artículo 30 del CDM: Ver Anexo I.

13 Artículo 26.1 del CDM: Ver Anexo I.

Escenarios del mal quehacer médico

- 19) No puedo evitar, y estoy en mi derecho, discriminar a los pacientes que me producen rechazo.
- 20) No tengo inconveniente en recetar a demanda del paciente, contrariamente a lo que expresa el CDM14. Es lo que quiere el usuario, su entorno y me evito discusiones.
- 21) No pongo trabas a pruebas complementarias, aunque no estén indicadas. A los pacientes les gusta y a mí me ahorra tiempo y problemas, diga lo que diga el CDM¹⁵.
- 22) No pongo dificultades a bajas laborales, aunque me parezcan inapropiadas. Negarse, habitualmente causa disgustos.
- 23) Ignorar errores médicos de mis compañeros o del sistema sanitario es lo mejor para no generarme contrariedades.
- 24) Frente un error médico priorizo el compañerismo sobre el interés del paciente.
- 25) Procuero no tener en mi cupo emigrantes; comunicarse con ellos es más difícil y hay que dedicarles un tiempo que no tengo.
- 26) Pacientes de edad avanzada o con capacidad disminuida, tienen problemas para encontrar el lugar de consulta o acomodarse en la sala de espera de un centro sanitario; yo no pienso inmiscuirme, ¡Qué lo resuelva el gerente!

14 Artículo 30.1 del CDM: Ver Anexo I.

15 Artículo 21.2 del CDM: Ver Anexo I.

2.3. Actuar siempre con honradez, integridad, franqueza y transparencia

Principios del BQM

- 29) El médico tiene siempre la obligación de dejar claros los límites de sus conocimientos y sus competencias.
- 30) El médico ha de colaborar en las investigaciones oficiales y en los procedimientos de reclamación, aportar toda la información relevante, cumpliendo siempre las normas del CDM¹⁶.
- 31) 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:
- a) Verificar razonablemente que la información aportada en la pericial procede de fuentes fidedignas.
 - b) No omitir de manera deliberada ninguna información relevante.
- 32) El médico cuando es requerido por la justicia como testigo no debe actuar como testigo-perito. Se limitará a informar de los hechos que conoce como testigo y que está legitimado para no ejercer de perito acogiéndose al art. 62.8 del CDM
- 33) El médico, de ser requerido, tiene la obligación de informar a su colegio cuando, en cualquier parte del mundo y en relación con el ejercicio profesional:
- a) Ha sido amonestado o está sometido a una investigación.
 - b) Ha sido condenado por algún delito grave
 - c) Si otro organismo profesional, cualificado para ello, ha dictado un fallo en su contra.

16 Artículo 27.2 del CDM: Ver Anexo I.

- 34) 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.
- 35) El médico debe actuar con honradez y transparencia en las relaciones económicas o comerciales con pacientes, empresarios, compañías de seguros y cualquier otra organización o persona.
- 36) El médico no debe permitir que intereses particulares influyan en sus indicaciones diagnósticas o terapéuticas, en la derivación de pacientes a otros profesionales sanitarios o en el encargo de servicios.
- 37) El médico tiene la obligación de declarar la posibilidad de conflicto de intereses en cualquier circunstancia, e incluso se debe abstener de participar cuando el conflicto se dé en el contexto de toma de decisiones.
- 38) 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 expone el CDM¹⁷.

17 Artículo 66.6 del CDM: Ver Anexo I.

Escenarios del mal quehacer médico

- 27) Mi participación en empresas sanitarias es un tema privado; por ello, en mis relaciones y publicaciones no tengo por qué declarar conflicto de interés.
- 28) Derivo siempre los pacientes a colegas afines; solo faltaría derivarlos a los que no dan ni las gracias.
- 29) Busco un delegado comercial que me financie el próximo congreso; la empresa satisfecha y yo no hago mal a nadie.
- 30) En la medicina mutual aumento el número de visitas sin justificación clínica para compensar lo poco que me pagan.
- 31) Procuero derivar a mi consulta privada mis pacientes de la sanidad pública.
- 32) No considero reproable aceptar compensaciones de empresas sanitarias por la prescripción o utilización de sus productos si no perjudican al paciente.
- 33) Derivar a mis pacientes innecesariamente me permite ganar tiempo y evitar complicaciones.
- 34) Exagerar mi curriculum, sin llegar a mentir, es lo que hace todo el mundo ¿Voy a ser una excepción?



Ámbito 3:

Competencia profesional

3.1. Mantener y mejorar los elementos básicos de la competencia profesional: conocimientos, habilidades y actitudes

Principios del BQM

- 39) 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.
- 40) El médico ha de mantener su competencia, actualizando conocimientos y habilidades y fomentando buenas actitudes profesionales.
- 41) El médico tiene la obligación de participar periódicamente en actividades de formación que mantengan y desarrollen sus competencias, habilidades, actitudes y rendimiento.
- 42) El médico debería participar en las actividades de apoyo ofrecidas por el organismo contratante, como tutorías o *mentoring*¹⁸. El médico debería también participar en estas actividades cada vez que se incorpora a una organización o cada vez que, a lo largo de su carrera, su responsabilidad cambie significativamente.
- 43) El médico debe conocer las guías clínicas más relevantes y los avances importantes relacionados con el ámbito de actividad profesional.

¹⁸ Proceso de transmisión informal del conocimiento, de capital social o de apoyo psicosocial percibido por el receptor como relevante para su trabajo, carrera o desarrollo profesional; mentoring implica una comunicación informal, generalmente cara a cara y durante un período sostenido de tiempo, entre una persona que se considera que tiene mayor conocimiento relevante, sabiduría o experiencia (el mentor), y una persona que se considera que tiene menos (el protegido). Mentoring es algo más que responder preguntas ocasionales o proporcionar ayuda ad hoc, ya que establece una relación permanente de aprendizaje y diálogo.

- 44) El médico tiene el ineludible compromiso de estar actualizado en sus conocimientos, de cumplir las leyes, de conocer y seguir las directrices colegiales, en especial el CDM¹⁹, así como otras normas relacionadas con su profesión.
- 45) El médico ha de evaluar la calidad de su trabajo y, cuando sea preciso, tomar las medidas necesarias para su mejora.

Escenarios del mal quehacer médico

- 35) No me siento obligado a seguir estrictamente la evidencia científica; es una limitación a mi autonomía profesional y no tengo porque cumplirla.
- 36) La medicina basada en la evidencia es una moda; mi experiencia profesional sí que es la mejor evidencia.
- 37) Hay muchas ocasiones en las que se puede obviar la exploración física individual; incluso el paciente prefiere una receta rápida en lugar de una exploración completa.
- 38) Preguntar o derivar sobre un problema de mi especialidad es una vergüenza y una señal de incompetencia. ¡No lo hago nunca!
- 39) Actualizo sistemáticamente mis conocimientos de la especialidad, pero no puedo perder el tiempo con actividades de formación ética y deontológica; con mi conciencia me basta y me sobra.
- 40) Ocuparme de que lleguen los resultados o informes de pruebas que sospecho serán relevantes es imposible; ¡si hay retrasos, no es culpa mía!

19 Artículo 7.3 del CDM: Ver Anexo I.

3.2. Incorporar la reflexión sobre la experiencia profesional a la práctica

Principios del BQM

- 46) El médico ejerce su profesión dentro de los límites de su competencia según dice el CDM²⁰.
- 47) Los profesionales tienen que proporcionar una asistencia y unos cuidados validados por unos estándares de calidad; por ello, al evaluar, diagnosticar y tratar al paciente, el médico debe:
- a) Valorar de la manera más precisa posible el estado de su paciente y su historia clínica, considerando, además, su opinión y sus valores, sin olvidar los factores psicológicos, espirituales, sociales y culturales.
 - b) Facilitar o gestionar con diligencia, dentro de sus posibilidades, consultas, pruebas diagnósticas y tratamientos.
 - c) Consultar o derivar a su paciente a otro facultativo, cuando se considere útil para conseguir su mejor asistencia.
- 48) El médico debe garantizar que el consentimiento en la donación de órganos inter-vivos sea real y reiteradamente libre, sin interferencias por coacciones económicas, familiares ni profesionales. La donación de órganos inter-vivos es un acto altruista y solidario y va más allá de lo debido y exigible. Se justifica cuando es importante el beneficio esperado para el receptor y razonablemente bajo el perjuicio para el donante.
- 49) El médico, al prestar asistencia clínica, debe:
- a) Hacer buen uso de los recursos disponibles, aplicándolos con eficiencia y equidad a sus pacientes.
 - b) 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

20 Artículo 24 del CDM: Ver Anexo I.

u otro tratamiento serán positivos para su curación o mejora.

c) Prescribir tratamientos eficaces basados en la mejor evidencia según el CDM²¹.

d) Tomar todas las medidas necesarias para aliviar el dolor y el sufrimiento, tanto si la curación es posible como si no.

e) Respetar y facilitar el derecho de su paciente a buscar una segunda opinión.

f) Comprobar que el cuidado o tratamiento que proporciona a cada paciente es compatible con cualquier otro tratamiento que esté recibiendo, sin olvidar los medicamentos autoprescritos y los de venta libre.

g) Evitar, siempre que sea posible, tratarse a sí mismo o prestar asistencia compleja a las personas con las que tenga una relación personal estrecha.

50) El médico debe comprobar que se ha dado la información adecuada, se ha verificado su comprensión y se tiene el consentimiento y las necesarias autorizaciones antes de involucrar a pacientes o personas voluntarias en actividades de docencia o investigación, asegurando en esta última actividad que se aplicarán las normas de buena práctica clínica en investigación²².

Escenarios del mal quehacer médico

41) Insistir en la formación en gestión clínica no tiene otra intención que la de aprender a recortar.

42) No tengo en cuenta el gasto sanitario que genero con mi actividad profesional.

43) Si el paciente me lo pide receto fármacos reconocidos como ineficaces; el efecto placebo me obvia discusiones y explicaciones.

21 Artículo 26.1 del CDM: Ver Anexo I.

22 Normas de Buena Práctica Clínica. Agencia Española del Medicamento.
http://www.aemps.gob.es/industria/inspeccionBPC/docs/guia-BPC_octubre-2008.pdf

3.3. Registrar su trabajo de manera completa, clara, precisa e inteligible

Principios del BQM

- 51) 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.
 - a. La identificación del médico que redacta la historia clínica, del responsable de cada paciente y de los diferentes colegas que intervengan en su atención.
 - b. Los hallazgos clínicos relevantes en el proceso asistencial.
 - c. La información actualizada que da a su paciente.
 - d. Las decisiones tomadas y las actuaciones acordadas, y quién toma las decisiones y acuerda las acciones.
 - e. Los análisis, las exploraciones complementarias, los procedimientos terapéuticos realizados y la medicación prescrita.
- 52) El médico:
 - a) Se interesa por la custodia segura, personal o institucional, de todos los documentos que contengan información sobre pacientes.
 - b) Cumple con las normas de protección de datos, y
 - c) Exige a sus colaboradores absoluta discreción y secreto.
- 53) 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:
 - a. La identificación del médico que redacta la historia clínica, del responsable de cada paciente y de los diferentes colegas que intervengan en su atención.
 - b. Los hallazgos clínicos relevantes en el proceso asistencial.
 - c. La información actualizada que da a su paciente.
 - d. Las decisiones tomadas y las actuaciones acordadas, y quién toma las decisiones y acuerda las acciones.
 - e. Los análisis, las exploraciones complementarias, los procedimientos terapéuticos realizados y la medicación prescrita.
- 54) El médico debe ser cuidadoso al hacer al hacer constar en la historia clínica la información del paciente, obviando detalles íntimos irrelevantes para la atención de su salud. Si estos fueran relevantes, el médico pedirá permiso para su inclusión. Si el

paciente lo denegara, el médico le indicará los posibles perjuicios que puede ocasionar y el beneficio de su inclusión, pero respetará su deseo siempre que no comprometa a terceras personas.

- 55) El médico debe proporcionar la información de la historia clínica al paciente que lo solicite o a persona o personas autorizadas.

- 56) En los menores de 16 años, el médico facilitará la información de la historia a los padres o tutores. Los menores entre 16 y 18 años tienen el derecho a solicitar el contenido de su historia clínica. Sus padres o tutores podrán acceder a la historia cuando se trate de un proceso de riesgo grave para el menor²³.

- 57) Los Consentimientos informados que precisen firma deben estar en la historia clínica.

Escenarios del mal quehacer médico

- 44) Los acrónimos y abreviaturas facilitan el trabajo de redactar una historia o informe clínico. Si un compañero no los entiende lo mejor es que los busque y aprenda.

- 45) En el día a día, cuando salgo del despacho, no apago

el ordenador en el que están las historias clínicas; nadie va a entrar a manipularlo y ahorro reiniciarlo nuevamente.

- 46) Un buen resumen de la historia clínica me evita tener que incluir toda la documentación del paciente"

23 Artículo 14.1, 14.2, 14.3, 14.4 del CDM. Ver Anexo I.





Ámbito 4:

Comunicación y Colaboración

4.1. Comunicar con eficacia y respeto

Principios del BQM

- 58) El médico debe escuchar con atención a sus pacientes, tener en cuenta sus opiniones y responder sinceramente a sus preguntas.
- 59) El médico debe facilitar a sus pacientes²⁴, de forma inteligible, lo que quieran conocer de su proceso, y hará siempre todo lo posible para satisfacer sus requerimientos y sus necesidades comunicativas y de idioma.
- 60) Al informar al paciente, aunque la información sea desfavorable, el médico no debe mentir (mentira piadosa). Le informará de la verdad con delicadeza, escalonadamente y de forma "tolerable" para el paciente. Es una buena táctica contestar las preguntas que el paciente va realizando lo que permite
- intuir al médico hasta qué punto quiere llegar el paciente en el conocimiento de su situación.
- 61) De forma excepcional el médico puede omitir al paciente temporalmente parte de la información, cuando intuya que la verdad muy probablemente le provocará daño. Debe justificar su proceder dejando constancia en la historia clínica.
- 62) En relación con la información y la confidencialidad, el médico ante un paciente con capacidad intelectual disminuida debe, primero recabar la opinión del propio paciente y después informar a él y a su representante legal. El médico como garante de los derechos del paciente debe velar para que las decisiones sean las más favorables

24 Aquí se incluye como paciente a las personas con la autoridad legal para tomar decisiones médicas en nombre de un paciente.

para el paciente y en caso de disconformidad recurrirá a la vía judicial.

a) Si el paciente no tiene la capacidad de obrar judicialmente modificada y a juicio del médico goza de capacidad natural, el médico decidirá por sí mismo, con la ayuda de personas vinculadas por razones familiares o, de hecho.

b) Si el paciente tiene la capacidad judicialmente modificada o no está en condiciones de comprender la información, el médico debe informar a su representante legal o a las personas vinculadas por razones familiares o de hecho que darán o no el consentimiento.

63) El médico ha de procurar ser considerado con los allegados de su paciente, ser delicado y receptivo a la hora de facilitarles información y ayuda, pero siempre respetando el criterio de confidencialidad, contrastando con su paciente la información que va a compartir con terceros.

64) 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.

65) El médico, cuando esté de guardia, ha de ser fácil de localizar, tanto para la atención clínica de los pacientes como para proporcionar información, consejo o ayuda a los colegas que lo soliciten.

66) 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.

67) El médico, cuando informa a los medios de comunicación, tiene la obligación de mantener la confidencialidad de sus pacientes.

68) El médico cuando conoce malos tratos, lo comunica a quien proceda obviando en este supuesto el principio del secreto profesional

y muy especialmente en el caso de niños, ancianos y discapacitados psíquicos o en actos de agresión sexual o de violencia de género, según indica el CDM²⁵.

69) El médico, al dar publicidad a sus servicios profesionales, tiene que asegurarse de que la información es objetiva y verificable, y que no se aprovecha de la vulnerabilidad de sus pacientes ni de su falta de conocimientos médicos.

70) El médico puede publicitarse con prudencia, objetividad y veracidad, sin indicar ni insinuar infundadas esperanzas de curación. Puede informar su identidad y la especialidad inscrita en el Colegio. No puede anunciarse como especialista de una especialidad que no tiene, ni emplear subterfugios como por ejemplo "médico de infancia" si no es pediatra.

71) El médico, cuando hace informes, rellena o firma formularios u otros docu-

mentos, debe ser sincero y fidedigno, y hace todo lo posible para garantizar que sean comprensibles. Por ello, el médico debe:

a) Verificar razonablemente que la información aportada es correcta.

b) No omitir de manera deliberada ninguna información relevante.

c) Verificar los textos añadidos con un copy-paste.

72) El médico que trabaja en colaboración con sus colegas ha de reconocer y respetar sus habilidades y contribuciones.

73) El médico está obligado a cubrir su puesto de trabajo hasta que esté garantizada la continuidad de la asistencia. La comunicación con los miembros del equipo debe ser fluida y respetuosa procurando que las decisiones que afecten a la actividad del equipo, todo o parte, sean discutidas o conocidas por todos antes de implementarse.

25 Artículo 30 c y e y Artículo 60.1 del CDM: Ver Anexo I.

Escenarios del mal quehacer médico

- 47) Ya sé que la autonomía del paciente me obliga a dar malas noticias, pero no tengo por qué esforzarme exageradamente en ser delicado.
- 48) Quiero pasar la consulta con comodidad ¡A quién le importa si voy con chancas y bermudas en verano! El artículo 8.1 del CDM²⁶ es del siglo pasado.
- 49) Saludar y presentarme es muy educado, pero con el tiempo que me dan para la consulta no estoy para perder el tiempo con cortesías; lo justo y basta.
- 50) Explico bien a mis pacientes las cosas por lo que es innecesario y una pérdida de tiempo verificar su comprensión.
- 51) ¿Qué me van a enseñar los supuestos expertos sobre comunicación después de tantos años de profesión y trato con pacientes?
- 52) Informar exhaustivamente a los medios de comunicación de mis actuaciones profesionales a ciudadanos públicos me proporciona prestigio y trabajo y si informo sin engañar no trasgredo el artículo 65.3 del CDM²⁷, ¿Por qué no voy a hacerlo?
- 53) Vaya lesión más espectacular que tiene esa señora en la cara; voy a colgar la foto en instagram y tendré un éxito de "me gusta" y de popularidad.

26 Artículo 8.1 del CDM. Ver Anexo I.

27 Artículo 65.3 del CDM. Ver Anexo I.

4.2. Utilizar las tecnologías de la información y comunicación teniendo en cuenta la confidencialidad

Principios del BQM

- 74) Según el principio de confidencialidad solo los médicos responsables del paciente y el personal autorizado deben acceder a la historia médica electrónica.
- 75) La seguridad de las redes sociales y de los correos electrónicos personales de los pacientes es baja y por tanto vulnerables y accesibles a otras personas; por ello, unas y otros deben de usarse con las restricciones necesarias que aseguren la confidencialidad y seguridad del paciente, tal como señala el CDM²⁸.
- 76) Con el permiso explícito del paciente el médico puede seguir, a través del correo electrónico, su evolución clínica.
- 77) Para utilizar bases de datos de pacientes, deben de estar cegadas, esto es, no debe poder identificarse la
- 78) identidad de los pacientes. Para descargar datos del historial clínico de un paciente a un equipo personal del médico se requiere su autorización y en todo caso con su identidad cegada.
- 79) El uso de bases de datos de pacientes debe estar definido por la institución y cuando se soliciten deben obtenerse las autorizaciones expresas de las comisiones hospitalarias que proceda, especialmente los comités de Ética
- 80) La telemedicina debe realizarse desde equipos del centro de trabajo tanto para conectar con pacientes que han aceptado este tipo de relación, como con otros equipos médicos.
- 81) La presencia de un médico en la red social debe de cumplir los principios éticos y deontológicos de la profesión.

28 Artículo 26.3,4 y 5 del CDM: Ver Anexo I.

82) El médico que utiliza redes sociales y se identifica como tal debe cumplir las normas básicas de buen uso de redes sociales y debe ser especialmente cuidadoso con la confidencialidad de los pacientes.

Escenarios del mal quehacer médico

54) No tengo limitaciones en difundir mi vida privada en las redes sociales; su difusión no tiene por qué afectar a mi actividad profesional.

55) El uso del ordenador en la consulta genera dificultades en la comunicación con el paciente; hay que aceptarlo en aras del progreso sin poner ningún tipo de esfuerzo adicional.

56) Cuando te preguntan por el proceso de un paciente de tu centro que lo lleva otro médico, basta acceder a la historia médica electrónica y así no hay que molestar a nadie ni pedir favores.

57) Para mi docencia me resultan valiosísimos datos e imágenes de mis pacientes que voy almacenando en mi ordenador perso-

nal; es preferible facilitar un buen aprendizaje que respetar estrictamente la confidencialidad.

58) Las plataformas de video personales son ideales para relacionarme con mis pacientes, ¡y lo puedo hacer desde el sofá de casa!

59) Las redes sociales permiten difundir noticias sanitarias llamativas, aunque no estén contrastadas; nadie se toma la molestia de confirmarlas.

60) Me gusta colgar en mis redes fotos con mis pacientes, especialmente si son personajes conocidos; a ellos les gusta y a mí me da prestigio y me puede proporcionar nuevos clientes.

4.3. Implicarse en el aprendizaje y evaluación de compañeros y del equipo de trabajo

Principios del BQM

- 83) El médico debe estar dispuesto y preparado para contribuir en todas las etapas de la formación de los médicos. El médico docente también estará dispuesto a colaborar en la formación de otros profesionales de la salud.
- 84) El médico tiene que actuar con honradez y objetividad cuando da referencias y cuando valora y evalúa la actuación de sus compañeros, incluidos suplentes y estudiantes. Al dar estas referencias, incluirá toda la información relacionada con su competencia, su ejercicio profesional y su conducta.
- 85) El médico debe ayudar a los colegas que tengan problemas en su ejercicio por deficiencias de salud o cualquier otra causa, ya que la atención y seguridad a pacientes han de ser siempre prioritarias.
- 86) El médico debe velar por que su actividad docente se desarrolle minimizando las molestias para sus pacientes (CDM)²⁹.
- 87) Todo médico está implicado como docente en algún proceso de formación ya sea en la universidad, en la formación especializada, en la formación continuada o simplemente de sus compañeros de trabajo. Por ello, para impartir docencia de la forma más efectiva y pedagógica posible, debe formarse adecuadamente en el área de "educación médica".

29 Artículo 63.5 del CDM: Ver Anexo I.

Escenarios del mal quehacer médico

- 61) No es mi responsabilidad enseñar a otros colegas. Que aprendan como hemos hecho todos.
- 62) El rendimiento de mi compañero ha bajado y tiene problemas de salud o adicción; lo mejor es no inmiscuirme porque hacerlo suele traer complicaciones.
- 63) Estoy saturado de tanto residente. Son responsabilidad del tutor y no la mía.
- 64) Es sabido que en los centros sanitarios docentes hay muchos estudiantes y residentes que participan en la atención a los pacientes; no es mi responsabilidad informar al paciente de su presencia durante el proceso asistencial.
- 65) Ser profesor no es difícil; preparas las diapositivas para un curso y las puedes utilizar durante un montón de años. Los alumnos están encantados de utilizar los apuntes de años anteriores.

4.4. Favorecer la continuidad y la coordinación de la asistencia

Principios del BQM

88) Todo paciente de una institución sanitaria debe tener un médico responsable, conocido por el paciente y por el resto de profesionales que intervienen en su asistencia.

El médico debe contribuir

89) a la derivación segura de pacientes a diferentes proveedores sanitarios, y entre éstos y los proveedores de asistencia social, por lo que debe:

a) Compartir toda la información pertinente con los compañeros involucrados en el cuidado de sus pacientes, tanto si pertenecen como si no al equipo, incluso cuando sale de servicio, o cuando delega el cuidado de su paciente o se remite su cuidado a otros proveedores de asistencia sanitaria o atención social.

b) Comprobar que otro profesional o equipo han asumido la responsabilidad cuando su papel en la prestación asistencial haya terminado. Esta actitud es especialmente importante cuando se trata de pacientes vulnerables.

90) Cuando el médico no se puede ocupar personalmente de atender a su paciente, por ejemplo, cuando no está de servicio o cuando delegue su cuidado, se debe preocupar de que el compañero en quien delega tenga la experiencia y habilidades necesarias para prestar una asistencia segura a su paciente. Cuando la sustitución la realizan los gestores de la institución, el médico deberá comunicar si se han producido deficiencias significativas en la asistencia.

Escenarios del mal quehacer médico

- 66) Aunque me requiera la asistencia o la docencia, termino a mi hora; ni me pagan más ni me van a premiar por quedarme.
- 67) Mi tiempo de especialista es para diagnosticar y recetar. Para la continuidad del proceso y otras explicaciones está el médico de familia.
- 68) Si como médico responsable de un paciente lo derivo a otro médico, ya no es mi obligación interesarme por él ni mantener su continuidad asistencial.
- 69) He planificado las guardias de semana santa solo con interinos y sustitutos. Así contento a todo el staff que se podrá ir de vacaciones sin problemas.

4.5. Mantener colaboraciones/alianzas con sus pacientes

Principios del BQM

- 91) El médico debe actuar con educación y consideración en su práctica profesional. Cuidará su aspecto físico y mantendrá una buena higiene para su práctica profesional, como así lo señala el CDM³⁰.
- 92) El médico debe tratar a sus pacientes como iguales, respetando su dignidad y privacidad, más allá de las limitaciones de que pudieran adolecer.
- 93) El médico está obligado a tratar a sus pacientes con justicia y respeto, sea cual fuere su estilo de vida y creencias.
- 94) El médico hará todo lo posible para informar correcta e inteligiblemente a los pacientes, compartiendo con ellos la información que necesiten para que puedan tomar las mejores decisiones sobre su cuidado, entre ellas:
- a. Su estado de salud, su previsible evolución y los posibles tratamientos disponibles, así como los potenciales riesgos e incertidumbres.
 - b. La evolución de su cuidado, el papel y la responsabilidad que cada médico tiene en el equipo asistencial.
 - c. Quién es el responsable de los diversos aspectos de la atención al paciente, cómo se comparte la información dentro de los equipos sanitarios y entre el personal que se encarga de atenderlo.
 - d. Cuando se solicita la participación de pacientes en actividades de formación o investigación.
- 95) El médico tiene la obligación de tratar la información de sus pacientes de forma confidencial, incluso después de su fallecimiento, tal y como indican los artículos 27, 28 y 29³¹ del CDM.

30 Artículo 8.1 del CDM: Ver Anexo I.

31 Artículos 27, 28 y 29 del CDM: Ver Anexo I.

96) El médico debe ayudar a capacitar a sus pacientes en el cuidado de su salud y tomar las medidas oportunas para mantenerla o mejorarla. Por ello, debe:

a. Advertir y aconsejar a sus pacientes sobre los efectos de los diferentes estilos de vida en su salud y bienestar.

b. Apoyar a los pacientes para que cambien su estilo de vida cuando hay razones que prueban que no les beneficia e incluso perjudica.

97) Cuando el médico alega objeción de conciencia para llevar a cabo un de-

terminado 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.

98) El médico debe explicar a sus pacientes el derecho que tienen a solicitar una segunda opinión y asegurarse de que tendrán la información suficiente para poder ejercer este derecho.

Escenarios del mal quehacer médico

- 70) La decisión clínica es mía y no acepto la autonomía del paciente, que expone el CDM.³² ¿Qué quiere decir que el paciente tiene derecho a decidir?
- 71) La segunda opinión es un desprestigio para mí y mi equipo; lo mejor es no dar facilidades para ello y si se puede, bloquearla.
- 72) Si el “paciente competente” me pide la historia clínica, lo derivo a la dirección médica de mi centro, no quiero tener por este hecho posibles problemas posteriores.
- 73) Procuro no aceptar una segunda opinión. No es útil y puede ser un quebradero de cabeza; no quiero líos.
- 74) Mire usted, esto es un hospital público y universitario. Si no le gusta la presencia de estudiantes váyase a otro sitio.
- 75) Soy yo y no el paciente el que debe conocer de su enfermedad; una información escueta es suficiente. No tengo tiempo para más.
- 76) Tengo derecho a criticar abiertamente determinadas opciones personales de mis pacientes.
- 77) Ya estoy harto de tanta información que algunos pacientes traen de internet; lo práctico es adoptar una posición despectiva al respecto.
- 78) No hay porque impedir una “conspiración de silencio” sobre la enfermedad de un paciente si su entorno lo demanda.

32 Artículo 12.1 del CDM: Ver Anexo I.



Ámbito 5:

Relaciones intra- e interprofesionales y trabajo en equipo

5.1. Colaborar con los compañeros para mantener y mejorar la atención al paciente

Principios del BQM

- 99) El médico ha de establecer las sinergias adecuadas con compañeros para mantener, mejorar la calidad de su trabajo y promover la seguridad de su paciente. El médico debe conocer sus responsabilidades y las de los demás componentes del equipo.
- 100) El médico tiene que tratar a sus compañeros de manera justa y con respeto según los artículos 37.1 y 37.2 del CDM³³. 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.
- 101) El médico debe ser consciente de cómo influye su comportamiento en todos los ámbitos de su actividad profesional (currículo oculto³⁴) sobre todo en la docencia de pre y post grado como señala en CDM³⁵ y actuar en consecuencia.
- 102) El médico no debe discriminar a compañeros con opiniones no coincidentes con las suyas³⁶ ni dejar que le afecten negativamente en su relación profesional.
- 103) El médico tiene la obligación de cuestionar a los colegas cuyo comportamiento no se ajuste a los principios del CDM. Si el comportamiento de estos llega al extremo de abusar

33 Artículos 37.1 y 37.2 del CDM: Ver Anexo I.

34 Véase Rodríguez de Castro F., Proceso de Bolonia (V): el currículo oculto. Educación Médica 2012; 15: 13-22.

35 Artículo 63.2 del CD: Ver Anexo I.

36 Esto incluye sus opiniones sobre el estilo de vida de los pacientes o compañeros, su cultura o su condición social o económica, así como las características protegidas por la legislación: edad, discapacidad, reasignación de género, raza, matrimonio o unión civil, embarazo y maternidad, religión o creencias, sexo y orientación sexual.

o negar los derechos de pacientes o de los propios colegas, debe seguir las directrices del Ítem 98.c del BQM.

104) Los médicos que tengan responsabilidades de gerenciales u organizativas sobre otros colegas deben asegurar, dentro de sus posibilidades, que trabajan en condiciones dignas evitando ser cómplices de precariedad laboral evitable.

Escenarios del mal quehacer médico

79) Nadie me impide criticar a mis ilustres y competentes colegas por cuestiones relacionadas o no con la profesión.

81) Yo no estoy para tutorizar y supervisar a los compañeros de mi equipo; si lo hacen mal ya saben a qué se exponen.

80) Como jefe del equipo no tengo porque escuchar opiniones de ninguno de mis subordinados.

82) Con tiempo y esfuerzo he aprendido conocimientos y he adquirido técnicas y procedimientos novedosos; mis colegas que hagan lo mismo y no me vengan a que les enseñe en cuatro días lo que a mí me ha costado años, diga lo que diga el CDM³⁷.

37 Artículo 38.1 del CDM: Ver Anexo I.

5.2. Cuidar la salud de los médicos

Principios del BQM

- 105) Frente a un posible deterioro de la capacidad de juicio o de habilidad técnica, el médico debe recabar el consejo de colegas que le ayude a decidir si suspende o modifica de forma temporal o definitiva su actividad profesional. El médico no debería autoevaluar su salud por el riesgo potencial que supone para sus pacientes según señala el CDM³⁸.
- 106) Si un médico cree que la actuación profesional de un colega está poniendo en riesgo a pacientes, tendrá la obligación de comunicárselo, y si no fuera receptivo, lo debe notificar con discreción a su colegio según expone el CDM³⁹.
- 107) El médico debe saber que la comunicación al colegio no supone faltar al deber de confraternidad, ya que la atención del paciente debe ser siempre prioritaria y el PAIME⁴⁰ garantiza la protección del colega afectado, tanto en la vertiente de la asistencia médica como en la vertiente social.

Escenarios del mal quehacer médico

- 83) Inhibirse cuando un médico no reúne las condiciones para ejercer con garantías es lo más fácil y evita complicaciones.
- 84) No tengo ni idea de lo que es el PAIME, ni me importa.
- No me reprimo de que me
- 85) vean fumar mis amigos o mis pacientes; dispongo de mi salud como quiero.
- 86) Comunicar al colegio de médicos acoso moral o coacciones en el ejercicio profesional de un compañero, no hace más que complicarte la vida; mirar para otro lado y no comunicarlo es lo más cómodo y lo menos arriesgado.

38 Artículo 22.2 del CDM: Ver Anexo I.

39 Artículo 21.3. del CDM: Ver Anexo I.

40 PAIME: Programa de Atención Integral del Médico Enfermo



Ámbito 6: Seguridad y Calidad

6.1. Cumplir los procesos de protección de cada paciente

Principios del BQM

- 108) El médico tiene la obligación de asegurarse de que su práctica profesional se mantenga en un nivel adecuado de competencia.
- 109) La aplicación de una técnica exploratoria o de una prescripción farmacológica no es exclusiva de una determinada especialidad, pero el médico que la practica o lo prescriba debe haberse formado adecuadamente.
- 110) El médico ha de participar en sistemas de garantía y mejora de la calidad para fomentar la seguridad de cada paciente. Esto incluye:
- a. Reflexionar periódicamente sobre su actividad clínica y sus estándares profesionales.
 - b. Participar activamente en revisiones y auditorías periódicas de su trabajo y en el de su equipo, proponiendo planes o acciones de mejora y
- solución de problemas de acuerdo con los resultados.
- c. Conocer la historia clínica de sus pacientes como herramienta de diagnóstico y personalización de la asistencia, así como de formación, investigación y mejora de calidad y garantía de derechos de sus pacientes.
 - d. Hacer todo lo posible para minimizar los riesgos, los daños, los errores y los efectos adversos.
- 111) El médico debe mantener la seguridad de su paciente y, por ello, ha de:
- a. Participar en las comisiones que velan por la calidad asistencial.
 - b. Contribuir al reconocimiento de efectos adversos, complicaciones y errores.
 - c. Informar sobre los incidentes de los dispositivos médicos que pongan o puedan poner en peligro

la seguridad del paciente o de otra persona.

d. Responder con veracidad y diligencia a las peticiones de información procedentes de organizaciones de control de la salud pública.

e. Al facilitar información con los fines mencionados anteriormente, el médico debería respetar siempre la confidencialidad de sus pacientes, dentro de las normas éticas y legales según dice del CDM⁴¹.

Escenarios del mal quehacer médico

87) Con el tema de mejorar la seguridad del paciente lo único que se pretende es aumentar el control sobre los médicos.

88) Las comisiones para mejorar aspectos relacionados con los "errores médicos" me parecen más peligrosas que beneficiosas para la profesión.

89) En un peritaje hay que hacerlo fácil; redactas lo que quieren ver y te dejan tranquilo; cumplir lo indicado en el CDM⁴² es complicarse la vida.

41 Artículo 30.1, apartado h, del CDM: Ver Anexo I.

42 Artículo 62.3 del CDM: Ver Anexo I.

6.2. Actuar frente a los riesgos que comprometan la seguridad de cada paciente

Principios del BQM

- 112) El médico debe promover y fomentar una cultura que permita a todo el personal implicado en la atención a pacientes, plantear sus preocupaciones de forma abierta y segura sin temor a posibles represalias.
- 113) El médico tiene el deber de actuar de forma inmediata si cree que la seguridad, dignidad o bienestar del paciente están o pueden estar en peligro; tendrá en cuenta de forma especial que:
- a. Si un paciente no está recibiendo los cuidados básicos para atender sus necesidades, el médico lo comunicará con rapidez a quien tenga potestad para actuar.
 - b. Si la seguridad del paciente está en peligro por un equipamiento⁴³ u organización inadecuados, el médico los corregirá si está en su mano o instará su corrección.
 - c. Ante cualquier preocupación respecto a la seguridad del paciente el médico lo comunicará a quien proceda cumpliendo con las normas del CDM⁴⁴ y de esta guía, y dejará registro de los pasos que ha dado para intentar resolver la situación.
- 114) El médico debe ofrecer siempre su ayuda en caso de urgencia, teniendo en cuenta su propia seguridad, sus competencias y las opciones asistenciales que existan, considerando las indicaciones del artículo 13.3 del CDM⁴⁵.
- 115) El médico debe proteger y promover la salud y el bienestar de cada paciente, y en especial de adultos vulnerables⁴⁶, adolescentes y niños. Debe ofrecer

43 Seguir las orientaciones del apartado 110.c) si un dispositivo médico implica el riesgo de un incidente adverso.

44 Artículos 8.4 y 45.2 del CDM: Ver Anexo I.45

45 Artículo 13.3 del CDM: Ver Anexo I.

46 Algunos pacientes tienden a ser más vulnerables que otros a causa de su enfermedad, discapacidad o fragilidad, o por sus circunstancias actuales, como el duelo. El médico debe tratar a los niños y jóvenes menores de 18 años como vulnerables. La vulnerabilidad puede ser temporal o permanente.

su ayuda si tiene razones para creer que sus derechos han sido o van a ser vulnerados o denegados.

116) El médico debe conocer, que, ante la enfermedad terminal, la ética médica impone la obligación, no delegable, de acompañar y consolar, que son actos de relevancia para la calidad asistencial.

117) El médico realizará adecuadamente la sedación paliativa al “paciente terminal competente”, o por representación si no lo es, que la solicite y dé el consentimiento explícito, lo que es éticamente correcto e incluso obligado para aliviar síntomas refractarios y evitar el encarnizamiento terapéutico.

118) El médico al que como profesional sanitario se le solicite su participación en una causa legal de eutanasia, participación en una acción que no es un acto médico, podrá ejercer la objeción de conciencia amparado tanto por el CDM como por la propia Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia.

119) El médico que ante una solicitud de eutanasia ejerza su derecho a la objeción de conciencia no abandonará al paciente y no pondrá impedimento en que el paciente reciba la información adecuada para el curso legal de su solicitud.

120) El médico debe cuidar su salud e higiene, utilizando los medios que contribuyan a disminuir el riesgo de contagio a sus pacientes.

121) El médico debe vacunarse contra las enfermedades transmisibles de mayor prevalencia e incidencia a fin de evitar su transmisión a los pacientes.

122) El médico, para el cuidado y vigilancia de su salud debe confiar en un compañero, preferentemente, en un especialista de medicina de familia.

123) Si un médico sabe que tiene, o piensa que puede tener, una enfermedad que podría contagiar a sus pacientes debe consultar a un colega cualificado y adoptar de inmediato las medidas preventivas correspondientes.

Escenarios del mal quehacer médico

- 90) Solo faltaría que me tenga que lavar las manos cada vez que exploro un paciente; no me sobra el tiempo para perderlo con tontearías.
- 91) No seré yo el que comunique a la dirección que los equipos tecnológicos del centro están obsoletos. Para evitar que te señalen lo mejor es callar.
- 92) Voy a recortar pruebas complementarias necesarias para no pasarme de la media de gasto del centro.
- 93) La seguridad de los pacientes y la calidad asistencial están de moda, pero no son mi preocupación ni diaria ni directa. Para eso están las comisiones y la dirección.
- 94) Trabajo en una unidad de pacientes vulnerables y a pesar de la insistencia de los compañeros de preventiva para que me vacune contra la gripe y la COVID-19, no pienso hacerlo; no vacunarme me evita sus efectos secundarios.
- 95) No se dejen engañar, la propuesta que le han hecho de sedación paliativa es un subterfugio, se trata en realidad de una eutanasia encubierta.



Ámbito 7:

La relación práctica profesional/ aprendizaje: una fuente de mejora permanente

7.1. Reflexionar sobre la práctica profesional para mejorar la atención a cada paciente

Principios del BQM

- | | |
|--|--|
| <p>124) El médico ha de aprender activamente de la reflexión de su práctica profesional para introducir cambios que la mejoren.</p> | <p>análisis para la elaboración de trabajos de comunicación científica, cuando los resultados supongan una aportación innovadora relevante.</p> |
| <p>125) El médico debe actuar de forma responsable cuando recopila la documentación generada en su práctica médica y regularmente la debe analizar en el contexto de las directrices basadas en la mejor evidencia disponible.</p> | <p>128) El médico ha de estar dispuesto a ser evaluado de forma periódica por quien tenga la competencia.</p> |
| <p>126) El médico tiene que incorporar en el análisis de su actividad asistencial los comentarios de sus pacientes, sus experiencias con ellos y los resultados obtenidos.</p> | <p>129) El médico debe participar regularmente en las actividades que mantengan y promuevan su competencia.</p> |
| <p>127) El médico deberá utilizar los datos recogidos de su actuación profesional y su</p> | <p>130) El médico debe incorporar los resultados de las auditorías y de las evaluaciones o revisiones de su actividad en la mejora de su práctica profesional.</p> |

Escenarios del mal quehacer médico

- 96) Las auditorias asistenciales solo sirven para controlar más a los médicos; que no cuenten con mi participación.
- 97) Las comisiones, auditorias y otras minucias solo sirven para distraernos de nuestra actividad principal, la clínica.
- 98) La práctica asistencial es fundamental para la formación mientras que las actividades de formación continuada son una manera de perder el tiempo.
- 99) Las auditorias solo sirven para aspectos de gestión; no voy a modificar como atiendo a mis pacientes por lo que diga un auditor.
- 100) Las actuaciones incorrectas de los estudiantes de grado o de los residentes en la consulta o en la sala de hospitalización hay que corregirlas inmediatamente, aunque sea en presencia de pacientes o personal no médico, contraviniendo el CDM⁴⁷.

7.2. Enseñar e investigar como aspectos esenciales para la mejora del médico

Principios del BQM

- 131) 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.
- 132) 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.

47 Artículo 63.4 del CDM: Ver Anexo I.

- 133] El médico debe asegurarse de que todos los discentes bajo su responsabilidad sean debidamente supervisados y evaluados.
- 134] El médico ha de actuar con honradez e integridad al planificar, organizar o llevar a cabo actividades de investigación.
- 135] El médico investigador tendrá presente que el respeto a la dignidad de la persona en quien se investiga es siempre prioritario. Es imprescindible el consentimiento explícito, en el que consten objetivos, métodos y beneficios previstos, así como los potenciales riesgos e inconveniencias y que la persona, sujeto de investigación, puede retirarse en cualquier momento de esta, sin que le suponga perjuicio. Cuando la persona no lo pueda otorgar (menor, capacidad disminuida, etc.) se admite excepcionalmente el consentimiento por representación.
- 136] El médico debe comprometerse con las normas éticas y legales nacionales e internacionales de la investigación clínica.
- 137] El médico directamente involucrado en la investigación ha de tener los conocimientos, habilidades, actitudes y prácticas necesarios para hacerlo con competencia.

Escenarios del mal quehacer médico

- 101] Estoy cansado de mis compañeros que dedican parte de su tiempo a la investigación y van de "sabios"; lo hacen a expensas de los que asumimos la asistencia.
- 102] Los estudiantes de medicina son un engorro en las consultas y en las salas de hospitalización; que veng
- gan los catedráticos a hacerse cargo de la docencia
- 103] Si me pagan o me sirve de promoción no me importa participar en proyectos de investigación clínica en los que el financiador incluya la cláusula de no poder publicar o difundir los resultados.



Ámbito 8:

Las organizaciones sanitarias y los sistemas de salud

8.1. Conocer la complejidad, las peculiaridades y la capacidad de respuesta de los sistemas de salud

Principios del BQM

- 138)** El médico se debe implicar con los sistemas de salud y las organizaciones para mejorar la calidad de la asistencia.
- 139)** El médico debe conocer y adaptarse a las peculiaridades de los distintos tipos de práctica médica y formas de pago que coexisten en nuestro país.
- 140)** El médico tiene que interesarse y conocer lo mejor posible los métodos disponibles para controlar los costos de salud y la asignación de recursos.
- 141)** 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.
- 142)** El médico debe participar en la promoción de la salud de la comunidad, como señala el CDM⁴⁸.
- 143)** El médico debe interesarse y ayudar a sus pacientes a entender y aprovechar al máximo el Sistema Nacional de Salud, incluido el acceso y los sistemas de pago.

48 Artículo 25.1 del CDM: Ver Anexo I.

Escenarios del mal quehacer médico

- 104) No es mi obligación informar a los pacientes de los aspectos administrativos.
- 105) No es mi vocación ni tengo tiempo para colaborar en actos organizados para la promoción de la salud en la comunidad.

8.2. Utilizar adecuadamente los recursos del sistema para proporcionar la mejor atención posible

Principios del BQM

- 144) 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.
- 145) El médico tiene obligación de apoyar la continuidad de la atención de los pacientes en todos los ámbitos.
- 146) El médico debe participar activamente en la disminución de los errores y en la mejora de la seguridad en las organizaciones asistenciales.
- 147) Las exploraciones complementarias se harán cuando estén indicadas y no deben solicitarse de manera abusiva, con el objetivo de autoprotección del médico. La medicina defensiva es contraria al profesionalismo y a la Deontología Médica⁴⁹.
- 148) Si la seguridad de su paciente puede verse afectada por la insuficiencia de recursos o por las políticas o sistemas de provisión asistencial, el médico debe:

a. Rectificar la situación cuando le sea posible.

b. Denunciar la situación a las organizaciones e instituciones responsables y, cuando no es atendido, buscar ayuda en otras ins-

tancias según el artículo 45.2⁵⁰ del CDM.

c. Dejar registro de sus preocupaciones y de las medidas adoptadas para tratar de resolverlas.

Escenarios del mal quehacer médico

106) El gasto sanitario no es cosa mía, no lo pago yo ni el enfermo, por lo que nunca me impongo limitaciones en el gasto.

107) No entiendo porque la medicina defensiva debe estar mal vista; siempre es una protección para el médico, no perjudica al paciente y además este queda más satisfecho.

108) No me complico la vida comunicando deficiencias en los recursos, no es mi obligación, hago lo que puedo con lo que tengo; seguir las recomendaciones del CDM⁵¹ es complicado e incluso comprometido.

50 Artículo 45.2 del CDM: Ver Anexo I.

51 Artículo 22.1 del CDM: Ver Anexo I.

8.3. Reconocer la importancia del Sistema Nacional de Salud en beneficio de cada paciente

Principios del BQM

- 149) El médico debe reconocer el valor añadido de la enseñanza/aprendizaje en las instituciones sanitarias.
- 150) El médico tiene que colaborar con los gestores sanitarios y los proveedores con el fin de mejorar el Sistema Nacional de Salud, y ha de ser consciente de cómo sus procesos afectan al rendimiento del sistema.
- 151) El médico debe participar en los sistemas institucionales de mejora de la calidad y promover los valores éticos de su organización sanitaria y del conjunto del sistema de salud, como indica el CDM⁵².
- 152) El médico debe informar y facilitar a los pacientes las vías y procedimientos para exponer sus inquietudes y demandas a través de los sistemas disponibles de atención al paciente, interesándose por la resolución.

Escenarios del mal quehacer médico

- 109 No entra dentro de mis obligaciones participar en proyectos de las organizaciones sanitarias encaminados a la mejora de la calidad y la promoción de valores basados en la deontología médica.

Anexos





Anexo I

Artículos del Código de Deontología Médica citados en el texto

Artículo 1

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

Artículo 6

3. El médico, que legalmente se acoja al derecho de huelga, no queda exento de las obligaciones profesionales hacia sus pacientes, a quienes debe asegurar los cuidados urgentes e inaplazables.

Artículo 7

3. La formación medica continuada es un deber ético, un derecho y una responsabilidad de todos los médicos a lo largo de su vida profesional.

Artículo 8

1. El médico debe cuidar su actitud, lenguaje, formas, imagen y, en general, su conducta para favorecer la plena confianza del paciente.

Artículo 9

1. El médico respetará las convicciones de sus pacientes y se abstendrá de imponerles las propias.

Artículo 12

1. El médico respetará el derecho del paciente a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, sobre las opciones clínicas disponibles. Es un deber del médico respetar el derecho del paciente a estar informado en todas y cada una de las fases del proceso

asistencial. Como regla general, la información será la suficiente y necesaria para que el paciente pueda tomar decisiones.

Artículo 13

1. Cuando el médico trate a pacientes incapacitados legalmente o que no estén en condiciones de comprender la información, decidir o dar un consentimiento válido, deberá informar a su representante legal o a las personas vinculadas por razones familiares o de hecho.
2. El médico deberá ser especialmente cuidadoso para que estos pacientes participen en el proceso asistencial en la medida que su capacidad se lo permita.
3. El médico debe fomentar y promover la atención integral a los problemas de salud mental evitando estigmatizar al paciente psiquiátrico y la institucionalización permanente como medida terapéutica.

Artículo 14

1. El mayor de 16 años se considera capacitado para tomar decisiones sobre actuaciones asistenciales ordinarias.
2. La opinión del menor de 16 años será más o menos determinante según su edad y grado de madurez; esta valoración supone para el médico una responsabilidad ética.
3. En los casos de actuaciones con grave riesgo para la salud del menor de 16 años, el médico tiene obligación de informar siempre a los padres y obtener su consentimiento. Entre 16 y 18 años los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta.
4. Cuando los representantes legales tomen una decisión que, a criterio del médico, sea contraria a los intereses del representado, el médico solicitará la intervención judicial.

Artículo 21

1. El médico tiene el deber de prestar a todos los pacientes una atención médica de calidad humana y científica.
2. Las exploraciones complementarias no deben practicarse de manera rutinaria, indiscriminada o abusiva. La medicina defensiva es contraria a la ética médica.

3. Si el médico no fuera consciente de tales deficiencias y éstas fueran advertidas por otro compañero, éste está obligado a comunicárselo y, en caso necesario, lo pondrá en conocimiento del colegio de médicos, de forma objetiva y con la debida discreción. Esta actuación no supone faltar al deber de confraternidad, porque el bien de los pacientes es siempre prioritario.

Artículo 22

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

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

Artículo 24

Los actos médicos especializados deben quedar reservados a los facultativos que posean el título correspondiente, sin perjuicio de que cualquier titulado en medicina pueda, ocasionalmente, realizarlos. A ningún médico, si posee la destreza y los conocimientos necesarios adecuados al nivel de uso que precise, se le puede impedir que los aplique en beneficio de sus pacientes. En ningún caso se podrá atribuir la condición de médico especialista en esa técnica o materia.

Artículo 25

1. Todo médico, cualquiera que sea su actividad profesional, deberá atender también los aspectos preventivos y educativos. En la promoción de hábitos de vida saludable colaborará con las autoridades sanitarias, los medios de comunicación, las familias y las instituciones educativas.

Artículo 26

1. El médico debe emplear preferentemente procedimientos y prescribir fármacos cuya eficacia se haya demostrado científicamente.
3. El ejercicio clínico de la medicina mediante consultas exclusivamente por carta, teléfono, radio, prensa o internet, es contrario a las normas deontológicas. La actuación correcta implica ineludiblemente el contacto personal y directo entre el médico y el paciente.
4. Es éticamente aceptable, en caso de una segunda opinión y de revisiones médicas, el uso del correo electrónico u otros medios de comunicación no presencial y de la telemedicina, siempre que sea clara la identificación mutua y se asegure la intimidad.
5. Los sistemas de orientación de pacientes, mediante consulta telefónica o telemedicina, son acordes a la deontología médica cuando se usan exclusivamente como una ayuda en la toma de decisiones.

Artículo 27

1. El secreto médico es uno de los pilares en los que se fundamenta la relación médico/paciente, basada en la mutua confianza, cualquiera que sea la modalidad de su ejercicio profesional.
2. El secreto comporta para el médico la obligación de mantener la reserva y la confidencialidad de todo aquello que el paciente le haya revelado y confiado, lo que haya visto y deducido como consecuencia de su trabajo y tenga relación con la salud y la intimidad del paciente, incluyendo el contenido de la historia clínica.
3. El hecho de ser médico no autoriza a conocer información confidencial de un paciente con el que no se tenga relación profesional.
4. En las instituciones sanitarias informatizadas los médicos directivos velarán por una clara separación entre la documentación clínica y la administrativa.
5. El médico no puede colaborar en ninguna base de datos sanitarios si no está garantizada la preservación de la confidencialidad de la información depositada en la misma.
6. El médico podrá cooperar en estudios epidemiológicos, económicos, de gestión, etc., con la condición expresa de que la información

en ellos utilizada no permita identificar ni directa ni indirectamente, a ningún paciente.

7. El médico preservará en su ámbito social, laboral y familiar, la confidencialidad de los pacientes.

Artículo 28

1. El director médico de un centro o servicio sanitario velará por el establecimiento de los controles necesarios para que no se vulnere la intimidad y la confidencialidad de los pacientes ni la documentación referida a ellos.

2. El médico procurará que, en la presentación pública de documentación médica en cualquier formato, no figure ningún dato que facilite la identificación del paciente.

3. Está permitida la presentación de casos médicos que hayan sido fotografiados o filmados para fines docentes o de divulgación científica habiendo obtenido la autorización explícita para ello o conservando el anonimato.

4. Cuando se produzca algún problema de salud en personas de notoriedad pública el médico responsable de su asistencia o el designado específicamente para ello, podrá facilitar información haciendo constar la autorización de la persona afectada o responsable de la misma. Extremará en todo caso la prudencia en su labor informativa.

5. La muerte del paciente no exime al médico del deber de secreto profesional.

Artículo 29

1. El médico debe exigir a sus colaboradores sanitarios y no sanitarios absoluta discreción y observancia escrupulosa del secreto profesional.

2. En el ejercicio de la medicina en equipo, cada médico tiene el deber y responsabilidad de preservar la confidencialidad del total de los datos conocidos del paciente.

3. El médico debe tener una justificación razonable para comunicar a otro médico información confidencial de sus pacientes en relación con la salud y la intimidad del paciente, incluyendo el contenido de la historia clínica.

Artículo 30

1. 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:

- a. En las enfermedades de declaración obligatoria.
- b. En las certificaciones de nacimiento y defunción.
- c. Si con su silencio diera lugar a un perjuicio al propio paciente o a otras personas, o a un peligro colectivo.
- d. Cuando se vea injustamente perjudicado por mantener el secreto del paciente y éste permita tal situación.
- e. En caso de malos tratos, especialmente a niños, ancianos y discapacitados psíquicos o actos de agresión sexual.
- f. Cuando sea llamado por el Colegio a testificar en materia disciplinaria.
- g. Aunque el paciente lo autorice, el médico procurara siempre mantener el secreto por la importancia que tiene la confianza de la sociedad en la confidencialidad profesional.
- h. Por imperativo legal:
 1. En el parte de lesiones, que todo médico viene obligado a enviar al juez cuando asiste a un lesionado.
 2. Cuando actúe como perito, inspector, médico forense, juez instructor o similar.
 3. Ante el requerimiento en un proceso judicial por presunto delito que precise la aportación del historial médico del paciente, el médico dará a conocer al juez que éticamente está obligado a guardar el secreto profesional y procurará aportar exclusivamente los datos necesarios y ajustados al caso concreto.

Artículo 37

1. La confraternidad entre los médicos es un deber primordial y sobre ella sólo tienen preferencia los derechos del paciente.
2. Los médicos deben tratarse entre sí con la debida deferencia, respeto, lealtad, sea cual fuere la relación jerárquica que exista entre ellos. Tienen la obligación de defender al colega que es objeto de ataques o denuncias injustas.

Artículo 38

1. Los médicos compartirán sus conocimientos científicos en beneficio de los pacientes.

Artículo 45

1. El médico que presta su servicio en el Sistema Nacional de Salud ha de velar y contribuir para que en él se den los requisitos de calidad, suficiencia y cumplimiento de los principios éticos. Secundará las normas que contribuyan a mejorar la asistencia de los enfermos.
2. El médico pondrá en conocimiento de la dirección del centro las deficiencias de todo orden, incluidas las de naturaleza ética, que perjudiquen la correcta asistencia. Si no fuera así, las denunciará ante su colegio, y en última instancia a las autoridades sanitarias, antes de poder hacerlo a otros medios.

Artículo 60

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

Artículo 62

3. El médico que fuese citado como testigo, en virtud de nombramiento judicial, tiene la obligación de comparecer. En el acto testifical se limitará a exponer los hechos que, en virtud de su condición de médico, haya visto u oído y que sean relevantes para la causa. Preservará

el secreto médico hasta donde sea posible y sólo revelará aquello que sea estrictamente necesario para la resolución del asunto judicial. En los pleitos civiles no podrá dar información privilegiada obtenida confidencialmente por su condición de médico.

8. El médico no debería prestarse a actuar como testigo perito.

Artículo 63

2. El médico docente deberá aprovechar cualquier circunstancia en el transcurso de la práctica médica para inculcar a los alumnos los valores éticos y el conocimiento de este Código. Debe ser consciente del valor formativo de su ejemplaridad y de que todo acto médico tiene un componente ético.

4. En presencia de pacientes o de personal no médico hay que evitar corregir al docente en lo relativo a la práctica médica.

5. Los responsables de la docencia clínica velarán por que los procesos de enseñanza y aprendizaje se desarrollen minimizando las molestias que pudieran suponer para los pacientes.

Artículo 65

3. La publicidad médica ha de ser objetiva, prudente y veraz, de modo que no levante falsas esperanzas o propague conceptos infundados. El médico podrá comunicar a la prensa y a otros medios de difusión no dirigidos a médicos, información sobre sus actividades profesionales.

Artículo 66

6. El médico no percibirá comisión alguna por sus prescripciones ni por los materiales empleados en la atención de los pacientes, ni podrá exigir o aceptar retribuciones de intermediarios

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS