



PROFESIONALES  
POR LA ÉTICA



## ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL

Propuesta de reforma del nuevo  
Código de Deontología Médica de la OMC

25 de junio de 2012

PROFESIONALES  
POR LA ÉTICA

ÁREA DE ESTUDIOS

## **ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL**

Propuesta de reforma del nuevo Código de Deontología Médica  
de la OMC

25 de junio de 2012



## INDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>3</b>
<b>2. CUESTIONES MODIFICABLES DEL CÓDIGO .....</b>	<b>4</b>
2.1. La definición de acto médico como «toda actividad lícita» .....	4
2.2. Las instituciones sanitarias obligadas por ley, con independencia de su ideario y sin garantía de respeto a la ética profesional.....	5
2.3. Se fuerza al médico objetor a actuar en contra de su conciencia en casos de urgencia no definidos.....	5
2.4. La indicación de la sedación terminal: una consideración equívoca y simplista para una cuestión tan relevante .....	6
2.5. Obligación profesional de informar a sus pacientes sobre el derecho a prestaciones del sistema sin considerar ninguna valoración ética .....	7
2.6. Las pruebas de diagnóstico prenatal, otro claro ejemplo de ambigüedad ética contradictoria.....	7
2.7. Uso de terminología ambigua no consensuada .....	8
2.8. El médico, obligado a informar a la mujer sobre un supuesto «derecho» a abortar y mero vehiculador a los centros concertados.....	8
2.9. La esterilización como acto médico en el que no cabe ninguna valoración ética .....	10
2.10. Desaparece la mención explícita del anterior Código a la objeción a las cuestiones de reproducción humana .....	10
2.11. Desaparición del trato al ser humano embriofetal enfermo con las mismas directrices éticas que a cualquier paciente .....	11
2.12. Innecesaria mención a la ausencia de sanciones si se actúa dentro del marco legal.....	11
<b>3. CONCLUSIONES.....</b>	<b>13</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

El 15 de Julio de 2011, la Organización Médico Colegial (OMC) aprobó un nuevo Código de Deontología Médica, derogando el anterior, así como todas las declaraciones previas de las Comisiones Deontológicas. El Código resulta así de obligado cumplimiento para todos los médicos, afectando también a otros profesionales sanitarios en su relación multidisciplinar y a la totalidad de los ciudadanos, en cuanto pacientes potenciales.

No es objeto de este análisis abordar el contexto político ni el atípico proceso que precedió a la aprobación del Código y que se tradujo, en particular, en un escaso tiempo disponible para formular alegaciones o en la insuficiencia de las vías utilizadas para hacer llegar a todos los colegiados el borrador a través de cada Comisión provincial. Tales insuficiencias dieron lugar a la correspondiente polémica entre colegiados e incluso al inicio de acciones en los tribunales de justicia. Antes bien, el propósito del presente documento trata de ir más al fondo de la cuestión para poner a disposición de los órganos colegiales y de los profesionales médicos un análisis sobre aquellos artículos del nuevo texto que, a nuestro juicio, requieren una nueva redacción.

Al analizar el nuevo Código comprobamos que sostiene principios éticos fundamentales para la práctica médica, relacionados con el respeto a la vida desde la concepción, así como la prohibición de la eugenesia y la eutanasia. Sin embargo, en los artículos que deberían proyectar dicho respeto a la vida desde la concepción a la práctica médica concreta, o rechazar que el aborto, la esterilización de personas y otras prácticas puedan considerarse actos médicos, se recurre a ambigüedades, cuando no a expresiones e ideas aparentemente equívocas o contradictorias, desde un punto de vista ético, con los principios antes enunciados.

En concreto, los preceptos del Código que a nuestro juicio requieren ser revisados, por las razones que en cada caso se apuntan, son los siguientes:

## 2. CUESTIONES MODIFICABLES DEL CÓDIGO

### 2.1. La definición de acto médico como «toda actividad lícita»

El artículo 7.1 establece:

«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**».

No existe en la definición de acto médico la referencia obligada a que su licitud debe referirse a su conformidad con la *lex artis* (buena práctica clínica), norma suprema que debe regir toda actividad profesional y que es la mejor garantía para el paciente.

Esta omisión de la *lex artis* podría ser causa de conflictos no deseables en la actuación profesional.

Por otra parte, al mencionar la «promoción integral de la salud» (término muy amplio en el que se incluyen frecuentemente expectativas subjetivas y no relacionadas con una actividad médica) por medios incluso indirectos, sin más limitación que su «licitud» -¿ética o legal?- del acto, ¿no se podría dar lugar a considerar como actos médicos actividades tan contrarias a la ética médica como el aborto, la esterilización, prácticas reproductivas inaceptables, eutanasia, etc.?

Esto podría ser aclarado posiblemente recurriendo a las antiguas declaraciones de la OMC, ahora derogadas, que muy acertadamente explicitaban: «*Un acto no es médico porque se recurra a una técnica, a una sustancia o a un instrumento de los que se utilizan en Medicina. Ni tampoco porque se lleve a cabo en un medio hospitalario por los profesionales de la Sanidad. Para que exista un acto médico estas intervenciones deben ir dirigidas a salvar una vida, mejorar la salud, prevenir la enfermedad o rehabilitar al enfermo, en contra de lo que pretende el aborto provocado*».

Asimismo, la presencia en nuestro actual ordenamiento jurídico de actividades que pueden ser consideradas contrarias a la ética profesional hace necesario que se recoja la diferenciación entre **acto médico** (orientado a los fines específicos de la medicina) y **acto paramédico**, que englobaría aquellas actividades que precisan de conocimientos concretos farmacológicos o quirúrgicos, pero que exceden lo exigible al compromiso profesional (curar, paliar, rehabilitar o prevenir enfermedades). Esta diferenciación resulta especialmente clarificadora para el entendimiento de los actos que pueden ser exigibles a los médicos frente a los que no forman parte constitutiva de sus deberes profesionales.

En definitiva, debería quedar claro que cualquier acto realizado por un médico en el ejercicio de su función pública, por un lado, debe seguir quedando sujeto a unas indicaciones, procedimientos y criterios éticos definidos en base a normas de buena práctica clínica y, por otro, orientado a las funciones inherentes a sus deberes profesionales.

## 2.2. Las instituciones sanitarias obligadas por ley, con independencia de su ideario y sin garantía de respeto a la ética profesional

El artículo 32.2, establece:

«No es admisible una objeción de conciencia colectiva o institucional».

Con esta afirmación claramente se desprotege a las instituciones sanitarias y colectivos profesionales que, en base a un ideario propio, mantengan un rechazo justificado institucionalmente, por deberes de conciencia, a intervenciones contrarias a la ética médica.

Recordemos que las instituciones sanitarias de iniciativa social con ideario propio tienen reconocida la objeción de conciencia institucional en la Resolución 1763/2010 del Consejo de Europa. No parece, por tanto, que sea adecuado que un Código de Ética y Deontología restrinja esta Resolución.

## 2.3. Se fuerza al médico objetor a actuar en contra de su conciencia en casos de urgencia no definidos

El artículo 34.3 establece:

«Aunque se abstenga de practicar el acto objetado, el médico objetor está obligado, en caso de urgencia, a atender a esa persona, aunque dicha atención estuviera relacionada con la acción objetada».

Puesto que no se explicita a qué tipo de urgencia se refiere, ¿no se podría interpretar este artículo como una obligación ética del médico de prescribir, p. ej., un producto abortivo como el acetato de ulipristal, que sólo actúa en los primeros 5 días tras una relación sexual, si se demanda urgentemente? Este artículo precisaría ser eliminado o añadir una aclaración sobre, en qué extremas circunstancias, no se podría plantear una objeción de conciencia justificada. Realmente, sólo se entiende este artículo en el contexto de atender un aborto ya en curso, (con riesgo vital para la madre), iniciado farmacológicamente o provocado por otro médico. Deberían evitarse las generalizaciones equívocas y aludir a casos concretos.

## 2.4. La indicación de la sedación terminal: una consideración equívoca y simplista para una cuestión tan relevante

El artículo 36.5 establece:

«La sedación en la agonía es científica y éticamente correcta sólo cuando existen síntomas refractarios a los recursos terapéuticos disponibles y se dispone del consentimiento del paciente implícito, explícito o delegado».

El consentimiento informado para una acción tan relevante, que puede acarrear la privación definitiva de la conciencia de un paciente, debe ser adecuado, y debe quedar claro que el paciente entiende que se somete a esa privación de la conciencia, tras la cual lo normal es que ya no despierte, porque no hay otra manera de aliviar síntomas de gravedad. Aunque suponemos que los autores lo han dado por supuesto, entendemos que se debe especificar, al menos, que el **consentimiento informado debe ser explícito siempre que sea posible**.

Otro requisito ético a incluir es que la **sedación sea proporcionada**; esto es, que no se reduzca el nivel de consciencia más allá de lo necesario para controlar los síntomas. Y es éticamente necesario que, antes de practicar la sedación, se dé tiempo al paciente para que pueda ordenar, en la medida de su voluntad, sus asuntos personales y espirituales, de forma que pueda morir en paz con su familia y entorno, consigo mismo y con Dios, según sus creencias.

Finalmente, la sedación paliativa en la agonía corre el riesgo de ser mal entendida y empleada, simplemente para eliminar el trance psicológico de la muerte o para paliar la ansiedad de la familia, provocando una pérdida de consciencia en la fase terminal. Por eso, sería **necesario especificar que sólo es ético hacer uso de ella cuando los síntomas refractarios son graves e inaceptables para el paciente**.

La sedación paliativa en la agonía, por tanto, debe ser minoritaria, cuando realmente haya síntomas graves que no ceden.

**La sedación terminal ha recibido un tratamiento jurídico en algunas normas autonómicas de muerte digna (Andalucía, Navarra, Aragón) que corre el peligro de desviar sus objetivos y su aplicación. El primer efecto de regular jurídicamente una conducta es normalizarla en la vida cotidiana.** Nadie ve el sentido que podría tener codificar el «derecho a la escayola»: se utiliza si es necesaria y si no, no (con el consentimiento, claro, pero no por la mera voluntad de la persona si no se ha roto nada; no hay ningún interés en normalizar las escayolas). La regulación de un supuesto «derecho a la sedación» tiene un sentido pedagógico muy claro que es necesario desvelar y consiste en que morir sedado se convierta en la forma «normal» de morir.

Este efecto tiene más que ver con la mera positivación o aparición en un texto legal que exprese «el derecho a la sedación» que con la manera en que ésta se regule, es decir, que se deba hacer con cuidado, especificando que se hará sólo cuando esté indi-

cado... siempre será mejor, obviamente, pero incluso en esos casos el camino hacia una generalización inapropiada se abre y la marcha atrás es muy complicada. Por tanto, consideramos que, como primera medida, es necesaria **la explicitación de que la sedación en la agonía es una herramienta terapéutica más y, como tal, sujeta a unos criterios clínicos y éticos definidos, por lo que no puede hablarse de un derecho a la sedación**

## 2.5. Obligación profesional de informar a sus pacientes sobre el derecho a prestaciones del sistema sin considerar ninguna valoración ética

El artículo 52 establece:

«Está obligado a informar a sus pacientes, acerca de todas las prestaciones a las que tenga derecho en materia de procreación y embarazo».

¿No podría este artículo usarse para exigirle al médico, como deber ético, ofrecer a su paciente opciones que no son éticas, que son contrarias a la *lex artis* o a su propia conciencia, puesto que no se establece más límite que la legalidad? Por ejemplo, no parece que pueda establecerse como deber ético del médico ofrecer la producción de embriones en laboratorio, mucho menos si son de donante de gametos extrínseco, o si se trata de una mujer que manifiesta el deseo de tener un hijo sin padre.

Este artículo precisaría, por ello, de una aclaración para no imponer al médico deberes éticos que no son tales, y que pueden incluso ser contrarios a la ética, a la *lex artis* o a una legítima y bien formada conciencia profesional.

## 2.6. Las pruebas de diagnóstico prenatal, otro claro ejemplo de ambigüedad ética contradictoria

El artículo 54.2 sobre pruebas de diagnóstico prenatal expresa:

«No es éticamente aceptable realizar pruebas genéticas con finalidad eugenésica».

Existe una contradicción expresa entre este artículo y el 55.2, al prohibir, por un lado, las pruebas genéticas con fines eugenésicos (esto es: intentar que sólo nazcan personas sanas) y, por otro lado, obligar al médico a «*informar sobre los derechos que otorga la Ley en estas cuestiones*», que está conllevando la práctica desaparición de niños con síndrome de Down.



## 2.7. Uso de terminología ambigua no consensuada

El artículo 55.1, establece:

«El que una mujer decida interrumpir voluntariamente su embarazo, no exime al médico del deber de...»

Este texto emplea un eufemismo, como es «interrumpir voluntariamente» un embarazo. El aborto no es otra cosa que la eliminación violenta de un ser humano (ya que no pertenece a ninguna otra especie biológica), y la mujer se somete a ello a menudo bajo presiones sociales, económicas, etc. Es difícilmente concebible la voluntariedad de abortar sin la existencia de condicionantes externos. No se aborta por placer. Por ello, el Código más bien debería insistir en desenmascararlo, como forma de violencia a la mujer, y en el deber asistencial de ofrecer las ayudas que pueda precisar cada caso concreto. El eufemismo indicado es por completo impropio de un Código Ético y está sustituyendo al término que realmente corresponde desde el punto de vista médico-científico: «abortar de modo provocado».

El artículo 51.1 establece:

«El ser humano es un fin en sí mismo en todas las fases del ciclo biológico, desde la concepción hasta la muerte. El médico está obligado, en cualquiera de sus actuaciones, a salvaguardar la dignidad e integridad de las **personas** bajo sus cuidados».

Pese a que la primera frase es clara al definir que la vida empieza en la concepción, en la segunda frase, al establecer las obligaciones del médico, se refiere no ya al ser humano, sino a las «personas». Puesto que uno de los subterfugios para despreciar la vida del *nasciturus* es precisamente negarle la condición de «persona», ¿no podría esta expresión dar lugar a equívocos y utilizarse para justificar el desprecio a la dignidad y la vida del ser humano embriofetal? Entendemos que esta segunda frase necesitaría aclaración-

## 2.8. El médico, obligado a informar a la mujer sobre un supuesto «derecho» a abortar y mero vehiculador a los centros concertados

El artículo 55.2 establece:

«El médico que legítimamente opte por la objeción de conciencia, a la que tiene derecho, **no queda eximido de informar a la mujer sobre los derechos que el Estado le otorga en esta materia**».

El artículo nos lleva a profundizar en las dos cuestiones sobre la información médica que deben ser diferenciados por sus consecuencias éticas y legales:

El Código que estamos analizando expone con claridad la obligación ética del médico de informar a toda embarazada en riesgo de aborto «*sobre las prestaciones sociales a*

*las que tendría derecho y los riesgos físicos y somáticos que se puedan derivar de su decisión» (art.55.1), así como «sobre la evolución del embarazo y el desarrollo fetal» (art. 55.3), como consecuencia lógica de que «el médico está al servicio de preservar la vida a él confiada, en cualquiera de sus estadios» (art. 55.1).*

Sin embargo, existe otro tipo de información que es la relativa a **dónde, cómo y cuándo** se hace el aborto. En este caso, se trata de un acto de información administrativa igualmente rechazable desde el punto de vista ético, y que además no requiere la intervención de un médico. Por ambas razones, no es exigible como obligación ética y legal al médico, y no es aceptable que sea salvaguardada en el Código Deontológico, para que los profesionales de Atención Primaria, por ejemplo, **no se vean coaccionados a dar este tipo de información** en virtud del artículo 55.2, que excede lo exigible a su compromiso profesional y contraviene su deber ético.

En este sentido, el Consejo de Estado en su informe sobre la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva de la interrupción voluntaria del embarazo, defendió que la información a la embarazada *«ha de orientarse a la protección de la maternidad y no al fomento de la interrupción del embarazo»*, y expuso que la vida del *nasciturus* continúa siendo un bien jurídico protegido y esa protección se materializa en las garantías administrativas de la vida del no nacido, es decir, en la regulación del consentimiento informado. Por eso, en su informe **se pidió que se invierta el orden de la información** de manera que vaya dirigida a la protección de la vida intrauterina: en primer lugar explicando a las mujeres las ayudas disponibles a su caso concreto, investigando las necesidades concretas (en la práctica, mediante preguntas como: *«¿Qué necesitaría para no verse condicionada a abortar?»*) e informando sobre los riesgos psicofísicos inherentes al aborto.

Por tanto, el deber deontológico del médico es informar protegiendo el bien jurídico que es el *nasciturus*, con veracidad.

Sin embargo el art. 55.2 del Código, en el que se dice que el médico *«no queda eximido de informar a la mujer sobre los derechos que el Estado le otorga en esta materia»*, está orientando a informar sobre las prestaciones a las que tiene derecho según la nueva legislación, esto es, el aborto. El artículo merece ser modificado porque ante un embarazo de riesgo se le exigiría al médico, según este artículo, a decir: *«tengo obligación de informarle de que usted puede abortar»*.

El médico no tiene obligación ética de informar a la embarazada que le asiste el derecho legal a abortar, si hay una malformación, por ejemplo. Tampoco tiene obligación deontológica de informar sobre dónde y cuándo puede abortar.

**Debe quedar claro que no es exigible éticamente al médico (ni a ningún otro profesional), por tanto, este tipo de información**, aunque sea contemplada en una ley. Estaríamos entonces ante un positivismo jurídico, que confunde lo que es ético con lo que es legal.

Por todo ello, este artículo se puede usar, malintencionadamente, para obligar éticamente al médico a que, conminado por protocolos eugenésicos, de rechazo a la discapacidad, que ya se están extendiendo, ofrezca el aborto a la mujer que acaba de recibir un diagnóstico de malformación de su hijo. O también, para obligarle a facilitar información preparada por otros y que es necesaria para cumplimentar los trámites del aborto. Más bien, parece que lo éticamente correcto es negarse a tales colaboraciones con el aborto. Incluso, invocando este artículo, se le podría llegar a negar la objeción de conciencia en esta materia. ¿No sería eso un despropósito para la implementación de un Código de Ética?

Por otra parte, al implicar al médico en ello, y unido a la definición amplia y ambigua de acto médico, este artículo podría llegar a ser interpretado como un reconocimiento implícito del **aborto como acto médico**, no ajeno a la labor del facultativo.

Además, ¿no podría interpretarse este artículo como un reconocimiento indirecto expreso de un falso **derecho al aborto** en un Código de Ética Médica? No cabría mayor error en una declaración de ética sanitaria. Por ello creemos que este artículo debe ser suprimido o modificado sustancialmente.

## 2.9. La esterilización como acto médico en el que no cabe ninguna valoración ética

El artículo 57, establece:

«La esterilización permanente, tanto del hombre, como de la mujer, es un acto que pertenece a la esfera íntima y personal de cada uno, en cuya decisión el médico sólo debe intervenir informando y aconsejando lealmente».

Este artículo podría interpretarse como un reconocimiento implícito de la esterilización como acto médico, lo cual parece deontológicamente insostenible. Además, ¿no podría invocarse para impedir a los médicos que, con buenos argumentos, traten de disuadir a los pacientes de cercenar, incluso irreversiblemente, su funcionalidad reproductiva? En consecuencia, creemos que este artículo también debería de ser eliminado o modificado radicalmente.

## 2.10. Desaparece la mención explícita del anterior Código a la objeción a las cuestiones de reproducción humana

El anterior Código expresaba que *«es conforme a la Deontología que el médico, por razón de sus convicciones éticas o científicas se abstenga de intervenir en la práctica del aborto o en cuestiones de reproducción humana»* (art. 27.1 del anterior Código).

Esto permitía recordar que no sólo es el aborto un acto objetable sino también otras cuestiones de reproducción humana como pueden ser la realización de técnicas qui-

rúrgicas de esterilización, prescripción de anticonceptivos o las técnicas de fecundación in vitro.

## 2.11. Desaparición del trato al ser humano embriofetal enfermo con las mismas directrices éticas que a cualquier paciente

Finalmente, lamentamos que se haya omitido un artículo que nos parece muy procedente resaltar. Se trata del artículo 24.1 del anterior Código, que expresaba: «*Al ser humano embriofetal enfermo se le debe tratar de acuerdo con las mismas directrices éticas, incluido el consentimiento informado de los progenitores, que se aplican a los demás pacientes*».

La retirada de este artículo conlleva que, de acuerdo con un Código de Ética Médica pueda privarse al *nasciturus* de la debida protección médica que merece.

## 2.12. Innecesaria mención a la ausencia de sanciones si se actúa dentro del marco legal

### Disposición Final 2

«El médico que actuara amparado por las Leyes del Estado no podrá ser sancionado deontológicamente».

De acuerdo con esta norma toda actividad que sea legal es una buena praxis deontológica y no es repudiable. Y ningún médico podrá ser sancionado por llevar a cabo una actividad que sea legal.

Esta idea ya figuraba en el anterior Código en relación con el aborto. Aunque, por impedimento legal, las comisiones deontológicas puedan verse imposibilitadas de sancionar efectivamente prácticas contrarias a la ética que se permitan expresamente por la ley, eso no es obstáculo para que tales prácticas sean rechazadas. Creemos que introducir este artículo en el Código es completamente innecesario y supone un plegamiento formal de la ética y deontología médicas a leyes actuales o futuras contrarias a la ética profesional.

Estas leyes injustas están ya presentes en nuestro ordenamiento vigente, que permite, entre otras prácticas contrarias a la ética médica, el aborto, la eugenesia y la experimentación con embriones. En algunas Comunidades Autónomas, también se ha introducido la eutanasia encubierta por posibilitar la omisión del soporte vital básico y proporcionado, así como el uso no adecuado de la «sedación terminal».

En efecto, desde que se aprobaron las leyes autonómicas de muerte digna (no de cuidados paliativos) en Andalucía y Aragón, se puede permitir la retirada de soportes vitales como alimentación por sonda en pacientes en los que es proporcionado y con-

forme a la buena praxis, con lo que estas actividades se han vuelto «lícitas» desde un punto de vista legal.

Consideramos, por tanto, impropio de un Código Deontológico aceptar como éticamente válido que no se va a sancionar por actos médicos amparados por las leyes, porque ya está contemplado en las propias leyes y su inclusión en un Código de Ética lleva implícito aceptar que no existe ningún tipo de rechazo ético a esas prácticas.

### 3. CONCLUSIONES

El actual Código deontológico desvirtúa su función básica esperable. Con él no queda asegurado que, por encima de polémicas leyes mudables, están los criterios éticos del propio acto médico. Consideramos básica la diferenciación entre acto médico/acto paramédico, que resulta especialmente clarificadora para el entendimiento de los actos que pueden ser exigibles a los médicos frente a los que no forman parte constitutiva de sus deberes profesionales.

No se puede obligar al profesional, en ninguna circunstancia, a actuar en contra de la *lex artis* y de los criterios de la buena práctica clínica, porque se dañaría la esencia misma que rige el ejercicio de la medicina.

Se han propuesto argumentaciones relevantes para cada uno de los artículos destacados. Su lectura conlleva la reflexión sobre la necesidad de articular los cambios que se precisan.

Por ello, parecería razonable aceptar que todos estos artículos precisan una modificación urgente. Dada la profundidad y gravedad de algunos de los temas enunciados, parece que una especificación de su significado sería insuficiente. Se hace necesario promover, al menos, la modificación de algunos artículos y la eliminación de otros, con el fin de evitar que este Código sea utilizado para perseguir a los médicos que actúan de forma coherente con la Ética, lo cual ya está ocurriendo de hecho y, lamentablemente, esto es justamente todo lo contrario del objetivo esperable y razón de ser de la OMC y su Comisión de Ética-



## ÁREA DE ESTUDIOS

© Copyright 2012 PROFESIONALES POR LA ÉTICA  
C/ Juan Bravo 58-60, E-25 | 28996 Madrid  
Tel. 91 402 27 21 Fax 91 309 32 28  
[www.profesionalesetica.org](http://www.profesionalesetica.org)  
[info@profesionalesetica.org](mailto:info@profesionalesetica.org)