

El papel de los códigos profesionales: ¿privilegio o bien social?

Rogelio Altisent

Introducción

Ante un tablero de ajedrez se sientan de manera diferente el sociólogo, el filósofo y el político. El sociólogo levanta acta de cómo están posicionadas las fichas, el filósofo se pregunta el por qué de esta posición, mientras que la prioridad final del político es ganar la partida.

Una aproximación sociológica al clima de opinión que encontramos ante la deontología médica en España muestra que para muchos médicos suena como una música que se puede escuchar de vez en cuando, como algo respetable, incluso entrañable, pero de otro tiempo. Por otro lado, se pueden escuchar algunas críticas directas por parte de quienes consideran el código como un conjunto de obviedades. También hay sectores que plantean que una conciencia autónoma, madura para la deliberación y el razonamiento moral, no admite más preceptos que la ley democrática, y que las aportaciones de la moderna bioética han superado el código de deontología.

No disponemos de un estudio estadístico que analice la representatividad de estas actitudes, pero sí tengo una convicción personal que he constatado muchas veces: en España muchos de los críticos hacia este código apenas lo han leído y mucho menos reflexionado. Por el contrario, entre quienes sí lo han leído y estudiado predomina la opinión de que estamos ante un auténtico *vademécum* de sabiduría práctica, siempre mejorable y actualizable, pero que nunca debería faltar en la biblioteca básica del médico como referencia de su buen hacer.

El propósito de mi reflexión se situará en el ámbito filosófico, en el sentido de indagar cuál debe ser la función de los códigos deontológicos de las profesiones sanitarias. Más específicamente, intentaré mostrar por qué los códigos de deontología aplicados y exigidos por los colegios profesionales constituyen conceptualmente un significativo elemento de progreso social y una contribución a la calidad de la asistencia sanitaria, el cual, si no existiera, merecería ser ideado.

La reflexión política quedará tan solo esbozada al final, pues exigiría una amplia discusión que se deberá realizar en nuestros correspondientes países, aunque sugiero dos preguntas que considero de especial interés: ¿por qué desde los colegios no se ha sabido transmitir a la sociedad el significado social de la colegiación profesional? Y lo que resulta más llamativo para los propios colegiados, ¿por qué la deontología médica resulta molesta a determinados regímenes políticos?

Ética y Derecho, dos lógicas diferentes

Einstein decía que el científico se cuenta a sí mismo una historia y después comprueba mediante la experimentación si es verdadera o no(1). La autonarración es la hipótesis. El buen científico elabora buenas hipótesis y las explica contando interesantes historias. Las mentes destacadas, en cualquier área del conocimiento, desde la Física a la Ética, han tenido el virtuosismo de empuñar los ejemplos, las comparaciones y las metáforas, haciendo sencillo lo que resultaba difícil de entender. En esto consiste el pensamiento creativo de los maestros.

Esta disquisición sobre la función de la metáfora en la producción intelectual me servirá de coartada para hablarles de fútbol. La experiencia del fútbol profesional, con sus emocionantes discusiones y el disfrute de toda esa liturgia (que a nadie resulta ajena, con independencia de la afición personal), me servirá como imagen para hacer la apología de la deontología profesional, analizando su posición entre el Derecho y la Ética.

Las leyes tienen como finalidad regular las relaciones sociales, ajustando las libertades y la igualdad de los ciudadanos, resolviendo los conflictos para dar a cada uno lo que es suyo, para que el pez grande no se coma al pequeño, evitando el ajuste de cuentas y la ley del más fuerte. Esto es lo característico de un Estado de Derecho, que garantiza de este modo la paz y la convivencia, legitimando el potencial recurso a la fuerza como medio coercitivo para hacer justicia.

El reglamento del fútbol es necesario e imprescindible. Sería imposible arbitrar y jugar un partido sin unas normas que se aplican por igual a los grandes y a los humildes. Se puede discrepar de un “fuera de juego” o discutir si el juez de línea acertó o no al levantar el banderín; luego podremos recurrir al peritaje de la imagen grabada, pero si se señala un “fuera de juego” se anula el gol y esta norma es la misma para todos.

Dos tarjetas amarillas implican tarjeta roja y expulsión: es la ley, igual para todos. Sin ley el fútbol sería imposible, sería una anarquía. Hasta en los campeonatos escolares el árbitro aplica el reglamento. Pero saberse el reglamento y cumplirlo a rajatabla no garantiza un buen partido de Liga; es necesario pero no suficiente. Para ver buen fútbol hacen falta buenos jugadores en el campo, con cualidades técnicas y con compromiso. Es decir, que sepan jugar pero también que quieran, que tengan voluntad, que se entreguen en el césped, que corran con ilusión, con sentido de equipo y con ganas de gol. Aquí entra en juego la ética de cada futbolista, imprescindible para que los aficionados podamos disfrutar. Es lo que falla cuando un jugador irresponsable ha estado de juerga la víspera de un partido o cuando no cuida la preparación física y baja su rendimiento.

Podríamos establecer un paralelismo con el Derecho y la Ética en la asistencia sanitaria. Las normas jurídicas son necesarias para garantizar derechos del paciente: a la información, a recibir determinadas prestaciones, entre otros; sin embargo, sin buenos profesionales, que sean a la vez buenas personas, las cosas no van a funcionar bien. Es necesario el valor añadido de la ética personal que impulsa al compromiso de buscar el bien y el respeto

al paciente. Este es el auténtico motor de la buena medicina. Sería posible hacer buena medicina aún sin leyes, pero sin ética resulta imposible.

El espacio de la deontología

Ética y Derecho son los dos primeros elementos de la ecuación que intentamos resolver. Ahora nos vamos a centrar en la pregunta decisiva: ¿dónde se sitúa la deontología profesional?(2). Etimológicamente, deontología significa tratado de los deberes y en nuestro contexto lo entendemos como ética corporativa aplicada a una determinada profesión (de hecho, se habla de deontología allí donde hay profesionales: médicos, enfermeros, farmacéuticos, abogados, ingenieros, economistas, periodistas).

En el caso de la ética médica, como ética aplicada al ejercicio de la medicina, nos situamos en un escenario cuyas coordenadas vienen definidas por las necesidades de los seres humanos en el cuidado de su salud. Desde la antigüedad, las diferentes sociedades y culturas establecieron la existencia de la profesión médica y no parece que esto vaya a cambiar, a pesar de dos fenómenos recientes que aparecen con mucha fuerza: la proliferación de las especialidades dentro de la medicina y la incorporación de nuevas profesiones sanitarias a su alrededor.

En los países desarrollados, y en España en particular, nos encontramos con una creciente promulgación de leyes encaminadas a garantizar derechos básicos a los ciudadanos en materia sanitaria. En las Comunidades Autónomas españolas se ha descrito un fenómeno de auténtico “furor legislativo”, como si los Parlamentos Autonómicos tuvieran que justificarse en un examen de evaluación cuantitativa, sin prestar demasiada atención a la evaluación cualitativa de lo que se entiende como prudencia legislativa. A veces parece como si, en un ejercicio de voluntarismo, el legislador intentara tranquilizar su conciencia ante el escenario de crisis sanitaria.

El caso es que disponemos de abundantes normas y proyectos legislativos en los cuales se definen las obligaciones legales de los profesionales (por ejemplo, confidencialidad, consentimiento informado) y de las institucio-

nes (información epidemiológica, segunda opinión, habitación individual en cuidados paliativos). Todo esto está muy bien y es un avance social indiscutible.

Sin embargo, no hace falta ser un sagaz analista para darse cuenta de que si los médicos no están movidos por un sincero *ethos* profesional todo será papel mojado, o incluso peor: se puede volver en contra de los pacientes en forma de medicina defensiva. Pensemos, por ejemplo, en lo que ha ocurrido con el consentimiento informado en manos de médicos que no han madurado su trasfondo ético, reduciéndolo a la obtención y trasiego de un documento firmado; o en lo que puede llegar a ocurrir con el documento de voluntades anticipadas si se malinterpreta su significado, limitándonos a aplicar la literalidad del testamento del paciente, practicando un auténtico abandono ilustrado del paciente más vulnerable.

Es por tanto imprescindible contemplar la dimensión ética de la actividad médica para alcanzar la calidad asistencial que el paciente necesita. En otras palabras, la evidencia científica por sí sola se muestra insuficiente para alcanzar las necesidades de salud del ser humano.

Hablemos, por ejemplo, del compromiso de lealtad hacia el paciente, que se puede expresar de diferentes modos: discreción en el manejo de la información, respeto a su libertad, deber de estudio y actualización, delicadeza en el trato de la relación clínica. Estos rasgos de buen comportamiento profesional son indiscutibles. Sin embargo, esta excelencia sería difícilmente exigible por la vía legal en el día a día, aunque se puedan sancionar los fallos graves.

En síntesis, el Derecho establece una ética de mínimos indiscutible y exigible, incluso coactivamente. En la práctica, no obstante, sólo la ética del profesional puede alcanzar una relación médico-paciente impregnada de humanidad, transmitiendo confianza y delicadeza. Es mucho lo que queda, por tanto, en manos de la ética personal de los médicos a la hora de alcanzar la calidad de la asistencia médica.

La sociedad y los ciudadanos confían en que así sea; es decir, que por el hecho de decidirse a ejercer esta profesión, un médico asume un exigente compromiso de lealtad hacia el paciente, con un generoso y sincero interés por hacer las cosas del mejor modo posible.

Llegados a este punto surgen necesariamente algunas preguntas decisivas: ¿queda a la discrecionalidad de cada médico el modo de interpretar y aplicar estos compromisos éticos tan sustantivos en la profesión médica? Todo lo que está más allá de lo que establece la ley, ¿es sólo un asunto de conciencia personal? Se trata en definitiva de establecer si la ética de máximos de cada profesional queda absolutamente confinada a su propia conciencia moral, sin que se pueda decir nada más al respecto.

O cabe, por el contrario, que se le pueda exigir al médico un conjunto de deberes precisamente por haber abrazado la profesión médica, aunque no se lo demande el ordenamiento jurídico. La cuestión no es retórica ni académica, pues está incluso en el sentido común: del médico se espera un determinado nivel de exigencia moral, más allá de lo que digan las leyes, o al menos sin esperar a que se le imponga. Pero entonces, ¿quién decide lo que es ser un buen médico? ¿Es opinable que el médico debe ser compasivo y tratar con cordialidad a los pacientes? ¿Puede depender tan sólo del estilo que le han transmitido sus profesores? ¿Se puede plantear que aquel médico que ha abusado de la debilidad del enfermo en su beneficio sea sancionado por su propia comunidad profesional?

Se cuenta que tres albañiles estaban realizando la misma tarea pero con distinta actitud. Al interrogarles sobre lo que están haciendo, el primero respondió quejoso: “ya ve, poniendo un ladrillo encima de otro”; el segundo con mejor ánimo dijo: “sacando adelante a mi familia”; al tercero se lo encontraron cantado entusiasmado, se paró y dijo: “¡estamos haciendo una catedral!”. Es una comparación que nos puede servir para explorar las motivaciones del médico: en primer lugar hay quien puede estar visitando una fila de pacientes, como una pesada tarea que hay que terminar cuanto antes para volver a casa; en la segunda actitud cabe sentirse practicando

una profesión que goza de un cierto reconocimiento social y que está aceptablemente remunerada; y en un tercer nivel estaría quien por encima de todo se siente ayudando a la gente a cuidar de su salud, lo cual definitivamente sí constituye la espina dorsal de la profesión que ha elegido. Pero debemos preguntarnos quién lo debe decidir: ¿el Parlamento, los partidos políticos, el gobierno, la industria farmacéutica, los enfermos, los sanos o los médicos?

Podríamos centrar la reflexión señalando algunas situaciones más particulares, características del Código de Ética y Deontología Médica⁽³⁾ y difícilmente exigibles mediante una norma legal:

- ¿Se debe permitir al médico hacer publicidad de sus logros científicos sin suficientes garantías científicas y antes de publicar sus resultados en una revista científica?
- ¿Puede un médico criticar a otro delante de un paciente cuya asistencia comparten?
- ¿Es aceptable pedir pruebas molestas o de alto costo a un paciente con la única finalidad de protegerse legalmente?
- ¿En qué momento cesa la obligación de asistencia cuando, por falta de entendimiento, se termina la relación entre un médico y su paciente?

La autorregulación: una respuesta filosófica

Teóricamente caben, al menos, cuatro posiciones al momento de definir el marco normativo de la actividad profesional:

Tesis de la libertad profesional absoluta. Todo quedaría sometido a los valores, criterios y decisiones personales del profesional. Si bien se trata de una posición que en nuestro tiempo sería difícilmente defendible, en ocasiones escuchan razonamientos de este estilo aplicados a la libertad de prescripción como un derecho absoluto del médico, haciendo una interpretación del concepto de libertad equivalente a la arbitrariedad, desvinculada de la responsabilidad personal.

Tesis de la regulación legal absoluta. Todo lo que debe hacer el médico está en la ley. Esta posición no es aceptada por ninguna corriente de la filosofía del Derecho, por cuanto supone una judicialización de las relaciones privadas que convertiría a la asistencia sanitaria en una selva de litigios y de precauciones, incompatible con la vida real. La función de las leyes no es establecer todo lo que es correcto o no en la vida de las personas, sino regular aquellos aspectos morales que condicionan el bien común y la convivencia justa y pacífica. Por eso las leyes no se hacen para resolver excepciones sino para beneficiar a la sociedad. La lógica del Derecho exige realizar un balance de consecuencias: los efectos positivos tienen que superar los daños secundarios (por ejemplo, en la política represiva de la droga).

Tesis de mínimos legales universales (Derecho público) y máximos particulares (Ética personal). Las bases de la asistencia que el médico debe proporcionar al paciente están definidas por la legislación común (que incluye la autonomía del paciente), a partir de la cual se deben elaborar los juicios éticos y la toma de decisiones ante el paciente (autonomía del profesional).

Tesis de la deontología profesional. Supone un perfeccionamiento de la tesis anterior. El profesional se compromete a un nivel de exigencia ética superior a la que le obliga la ley, que tiene una parcela definida por un contrato social de autorregulación profesional, recogida en el Código de Ética y Deontología sobre el cual tendría capacidad disciplinar el correspondiente colegio profesional.

Defiendo esta última tesis porque considero que hay actitudes, disposiciones y comportamientos éticos que, siendo consustanciales y exigibles a una determinada profesión, nunca serán objeto de la legislación ordinaria. Por ejemplo, no es suficiente cumplir la ley para ser un buen médico: es compatible cumplir la letra de la ley y no comportarse como un buen médico.

Críticas a los códigos deontológicos

En los últimos años ha proliferado el desarrollo de códigos éticos en corporaciones y empresas. Esto puede resultar positivo de entrada, pero también ha suscitado algunas críticas por los efectos secundarios negativos⁽⁴⁾. Por ejemplo, en ocasiones se han utilizado para lavar la imagen pública de una institución, sin que se corresponda con un auténtico y sincero impulso ético en su actividad.

Otro posible efecto negativo sería que un código ético muy detallista o sin proyección pedagógica transmitiera una idea formalista, que lleve a un cumplimiento de la letra sin el espíritu de la excelencia en el desarrollo de los valores profesionales, lo que en realidad se debería promover. Un código entendido como una guía tendría un efecto contraproducente si los profesionales lo interpretaran como una excusa o eximente para una mayor exigencia moral de la propia conciencia.

Se ha criticado el interés de algunos profesionales por la autorregulación como un intento de tener un coto de privilegios para la profesión, que se construye de este modo un “*bunker*” inexpugnable de corporativismo y autoprotección (“ellos se lo guisan y ellos se lo comen”, “son juez y parte”, “perro no come perro”).

En el catálogo de críticas a los códigos de deontología hay que hacer frente a la posición más desafiante y radical que defiende Robert Veatch en su reciente libro “Paciente cúrate a ti mismo”⁽⁵⁾, según la cual los deberes del profesional estarían totalmente supeditados a las decisiones de los pacientes, hasta el punto de considerar obsoleta la filosofía del consentimiento informado, debiendo ser sustituida sencillamente por la soberanía del paciente que decide entre las alternativas ofrecidas por el médico, en su calidad de experto en materia de salud. De acuerdo con esta lógica, el papel de un código de deontología sería superfluo y estaría superado socialmente. En otras palabras, frente a los valores del paciente, ni los del médico ni los de la profesión tendrían relevancia alguna.

Este planteamiento es, en mi opinión, no sólo una bomba de relojería para el *ethos* profesional, sino también para la sociedad. Bajo el aura de esta “nueva medicina” nos instalamos directamente en el modelo de relación clínica contractualista, maquillado de modernidad, cuyas insuficiencias éticas son sobradamente conocidas, entre las cuales podemos mencionar al menos dos: a) el riesgo de practicar una medicina defensiva y b) el riesgo de abandonar al paciente, aunque sea de un modo ilustrado.

El enfoque que defiendo no debe confundirse con una visión “congelada” de la filosofía de la medicina, que siempre necesitará de actualización, ya sea en el ámbito asistencial, en la docencia o en la investigación(6). En mi opinión, una parte sustancial de las reticencias al Código de Ética y Deontología Médica español (CEDM) se diluyen cuando se lee con detenimiento y se percibe que los deberes que el médico asume se sitúan en un nivel de mayor exigencia que la ley común. El médico no escapa de la ley sino, más bien, todo lo contrario. Y como resultado, el principal beneficiario de la autorregulación de la profesión médica es el ciudadano y la sociedad.

El CEDM tiene un articulado con diferentes tonos y perspectivas. No es una regla severa y amenazante, sino más bien un manual de prudencia y promoción de la excelencia. Gonzalo Herranz(7) hace un análisis clarificador, diferenciando tres tipos de artículos en el CEDM:

- Unos tienen un carácter pedagógico y ofrecen recomendaciones para la formación en la calidad moral del profesional. Tenemos un buen ejemplo en el Art. 7, que habla de una relación de confianza, o en el Art. 18, que establece el derecho de los pacientes a una atención médica de calidad humana y científica.
- Otros son más imperativos y exigibles, pudiendo ser objeto de sanción disciplinaria por parte de la corporación médica, que de este modo se autoimpone –ante la sociedad– un nivel de exigencia superior al que señala la legislación civil. Sería el caso del Art. 39 sobre las publicaciones científicas, que establece que el médico no debe dar a conocer de

manera sensacionalista procedimientos de eficacia todavía no determinada o hacer publicaciones repetitivas.

- Algunos tienen un doble carácter legal y deontológico a la vez; son la versión en lenguaje deontológico de un precepto legal, obligando entonces por un doble motivo. Un ejemplo lo tenemos en el Art. 10, que alude al derecho del paciente a la información, estableciendo obligaciones que el médico en España ahora también tiene, por razón del Derecho legislado (Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica). En todo caso, el CEDM establecía este deber de informar mucho antes de promulgada la ley.

La colegiación obligatoria: una respuesta en la Constitución española

Después de argumentar sobre el valor añadido que los códigos profesionales aportan a la sociedad, el debate filosófico todavía tiene un último y decisivo capítulo: ¿quién crea y define un código? Como explica Veatch(8), cabe que sea la propia comunidad profesional o que proceda de fuentes externas, del gobierno o de otras comunidades. Hasta aquí el fundamento filosófico. No es necesario abrazar la doctrina utilitarista para apostar por un código acordado en el seno de una comunidad profesional, tras valorar las consecuencias que tendría un código impuesto desde fuera.

Esta es la lógica de la colegiación obligatoria, tal como la contempla la Constitución Española (CE), que la sitúa en la sección de Derechos y Deberes: “La ley regulará las peculiaridades propias del régimen jurídico de los Colegios Profesionales y el ejercicio de las profesiones tituladas. La estructura interna y el funcionamiento de los Colegios deberán ser democráticos” (Artículo 36).

Se establece de este modo una clara distinción con las asociaciones y sindicatos, que son de libre afiliación y que se sitúan en una sección diferente

dedicada los Derechos y Libertades (Arts. 22 y 28 respectivamente de la CE).

De este modo, la profesión médica en España recibe un mandato social de autorregulación. Se puede interpretar que el legislador ha considerado que es un beneficio no para los médicos sino para los ciudadanos españoles, lo cual se realiza mediante la institución, por un Real Decreto, de los colegios profesionales, los cuales asumen protagonismo en tres competencias fundamentales: 1) registro y acreditación del profesional; 2) regulación deontológica mediante la promoción de los valores profesionales y su control, y 3) formación continuada.

Un mensaje para el futuro de la profesión: invertir en capital intelectual para ser capaces de explicar el significado social de la deontología médica.

Si como he intentado mostrar hay un sólido fundamento filosófico y unas raíces constitucionales bien arraigadas para considerar la deontología como un bien social, ¿por qué el CEDM y los colegios tienen una imagen tan precaria entre los médicos? ¿Por qué se ve la deontología como una reliquia del pasado? ¿Por qué el número de colegiados que participa en la vida colegial es tan escaso? ¿Por qué se cuestiona la obligatoriedad de la colegiación como si fuera una tradición obsoleta. Y, de hecho, cuatro gobiernos autonómicos han legislado retirando la obligatoriedad para los médicos que ejercen en la sanidad pública, en una clara posición reticente al antecedente constitucional.

No es el objetivo aquí dar respuesta a estas complejas cuestiones, las que sin duda tienen una causalidad multifactorial que precisa de un tratamiento específico y que está siendo motivo de debate actualmente en España (corresponderían a la visión del político ante nuestro inicial tablero de ajedrez). Sin embargo, es notoria la variabilidad en el funcionamiento de los diferentes colegios provinciales y en la satisfacción de sus colegiados. En cualquier caso, los médicos no somos ajenos a la sociedad y otras organiza-

ciones sociales, como los partidos políticos y los sindicatos, no consiguen, ni mucho menos, una mayor participación, a pesar de estar generosamente financiadas con los impuestos de todos los ciudadanos. Lo que sí podemos afirmar, al menos, es que los colegios profesionales se financian con las cuotas de sus colegiados.

Me interesa señalar la necesidad de un mayor empeño institucional para explicar de manera convincente que la deontología, lejos de ser un privilegio para los médicos, es un bien social. Pienso que es necesaria una mayor inversión en capital intelectual para hacer esta apología y para convencer a los colegiados de que nos jugamos mucho como personas y en el modo de disfrutar de una profesión maravillosa si la entendemos como un servicio a los demás, tal como promueve el CEDM, lo cual es el mayor acto posible de libertad.

Quiero finalizar con un mensaje positivo y esperanzador tomado de las “Recomendaciones éticas para el estudiante de medicina”, elaboradas por el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina de España, que terminan con estos lemas: “La medicina se estudia como una ciencia pero se practica como un arte”. “Nadie podrá llamarse buen médico sin antes haber demostrado que es un médico bueno”.

Captar el significado de estas palabras requiere una maduración intelectual, moral y afectiva que ojalá fuéramos capaces de lograr y de enseñar desde los colegios. Puedo decir que en la Facultad de Medicina he experimentado la facilidad con que los estudiantes asimilan el significado de la colegiación y del CEDM.

Otros hemos tardado bastantes años en comprenderlo, quizá porque nadie se preocupó de enseñarlo a mi generación: entender la deontología médica y su posición en la senda que va de la Ética al Derecho, lo cual, lejos de ser un privilegio, se convierte en un bien social.

Referencias

1. Johnson P. *Creadores*. Barcelona: Ediciones B; 2008: 307.
2. Altisent R. Ética, Deontología y Derecho: lógicas diferentes en una misma dirección. *Atención Primaria* 2007; 39(5): 225-226.
3. Organización Médica Colegial de España. *Código de Ética y Deontología Médica*, 1999.
4. Pritchard J. Codes of Ethics. En: Chadwick R, (ed.) *Encyclopedia of Applied Ethics*. San Diego: Academic Press; 1998: 527-533
5. Veatch RM. *Patient, Health Thyself*. New York: Oxford University Press; 2009.
6. Gómez-Sancho M, Altisent R, Bátiz J, Ciprés L, Fernández-Gutiérrez P, Herranz Martínez JA, Pérez-Martín M, Viñas J. *Los Valores de la Medicina*. Madrid: Organización Médica Colegial; 2008.
7. Herranz G. *Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica*. Pamplona: Eunsa; 1992.
8. Veatch RM. Medical Codes and Oaths. En: Reich WT (ed). *Encyclopedia of Bioethics*. New York: Simon & Schuster Macmillan; 1995: 1419-1435.