



**INFORME DE LA COMISIÓN ANDALUZA DE DEONTOLOGÍA
DEL CONSEJO ANDALUZ DE COLEGIOS DE MÉDICOS
SOBRE POSIBLES CONFLICTOS DEONTOLÓGICOS
EN LA INTERVENCIÓN DE MÉDICOS EN LA REDACCIÓN
DE PROTOCOLOS DE LA ATENCIÓN COMPARTIDA
DE LA DEMANDA AGUDA NO DEMORABLE**

COMISIÓN ANDALUZA de DEONTOLOGÍA
del CONSEJO ANDALUZ DE COLEGIOS DE MÉDICOS

Sevilla, 3 de julio de 2019



**INFORME DE LA COMISIÓN ANDALUZA DE DEONTOLOGÍA
DEL CONSEJO ANDALUZ DE COLEGIOS DE MÉDICOS
SOBRE POSIBLES CONFLICTOS DEONTOLÓGICOS
EN LA INTERVENCIÓN DE MÉDICOS
EN LA REDACCIÓN DE PROTOCOLOS DE LA ATENCIÓN COMPARTIDA
DE LA DEMANDA AGUDA NO DEMORABLE**

I. ANTECEDENTES.

El Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Médicos requirió al Profesor Enrique Villanueva Cañadas, en su calidad de experto en Medicina Legal y Forense, un dictamen profesional, que apoyase la tesis del Consejo sobre los siguientes extremos:

1.º Si los Protocolos de la Atención Compartida de la Demanda Aguda no Demorable, publicados por la Junta de Andalucía invaden competencias reservadas a los médicos.

2.º Si de la redacción de los protocolos se desprende que son actos médicos y por tanto los diplomados en enfermería –DUEs- no pueden realizarlos autónomamente.

La Comisión de Deontología y Ética del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos ha tenido conocimiento de este informe, que aprueba y apoya en todos sus extremos. Ante las respuestas afirmativas, que la CADM ha dado a estas dos cuestiones, arriba expuestas, que se enmarcan en el ámbito médico legal y profesional, quedaba pendiente abordar las situaciones que tanto los documentos de los protocolos propuestos, como el propio informe del Profesor Villanueva, pudiesen suscitar en el plano estrictamente deontológico. Esta ha sido la razón de someter a la consideración de la Comisión ambos documentos. El ponente ha planteado, en el marco estrictamente competencial de esta comisión, la siguiente cuestión: ¿Incurren en falta deontológica los médicos que participen en la elaboración de estos protocolos o en otras colaboraciones semejantes,



si de ellas se derivan un apoyo tácito a ampliar competencias profesionales a otras profesiones sanitarias, alentar conductas intrusas o avalar actuaciones de la administración que, con fines no siempre confesables, están propiciando, que actos que son claramente médicos, sean desempeñados por profesiones paramédicas?

II. FUNDAMENTACIÓN DEONTOLÓGICA.

Los protocolos a lo que se alude tanto en el Informe del Prof. Villanueva, como en la impugnación de CACOM, son 8 sobre patologías aparentemente leves, pero que como se dice en el informe del Prof. Villanueva, por esta razón de benignidad, no siempre cierta, no dejan de ser actos médicos. En la definición de acto médico, no se hace alusión alguna al pronóstico. Los protocolos propuestos por el SAS son: Hipoglucemias, leves, Cuadro catarral, Diarreas, Picaduras, Dolor Lumbar, Quemaduras, Traumatismos leves y vómitos.

Entre los autores de estos protocolos figuran cinco médicos en cada protocolo y entre los revisores hay al menos uno, los otros componentes lo pueden ser o no, pero en el documento no quedan identificados como médicos.

Partiendo del hecho de que estos protocolos pretenden ser una guía para la atención finalista de pacientes por parte de los/las DUEs, se entienden que los autores de los mismos, proponen, aprueban e incitan a los/las DUEs a realizar actos médicos y por tanto a cometer un delito de Intrusismo, penado en el vigente código penal en el art. 403.

No corresponde a esta comisión enjuiciar si los médicos cometen este delito en calidad de cómplices o colaboradores necesarios, pero sí, si al ser los autores materiales de los mismos y aceptar que sean utilizados por los/las DUEs para atender a pacientes autónomamente, se comete una falta deontológica o no. El fundamento deontológico reside en establecer si las conductas descritas en los protocolos, son actos médicos y caen bajo la responsabilidad exclusiva de los médicos o por el contrario son unos actos que podría corresponder a las actividades que las leyes reservan también a los/las DUEs,



para ser desarrolladas autónomamente, es decir, sin el concurso necesario y superior de un médico responsable. Es por tanto esencial definir con la máxima precisión semántica y profesional lo que son actos médicos y por tanto actividades reservadas, en exclusiva, al médico. El examen se ha de hacer, necesariamente a la luz del art 7-1 del Código de Deontología Médica, que define lo que son actos médicos y de ahí deducir si los protocolos, en los que han participado los médicos redactores, regulan actos médicos o no. Establecido que sí son actos médicos, en todos y cada uno de los mencionados protocolos, queda por resolver si están redactados para que sean guía para la actuación autónomas de los/las DUEs. De la introducción que figura en cada uno de ellos y en la que sin duda han participado los médicos redactores, dice: *Este documento se constituye como marco de referencia clínica para que los/las DUEs de atención primaria presten asistencia, finalista y en coordinación con el médico de referencia del equipo, a las personas que acuden al centro de salud o solicitan asistencia en el domicilio por una demanda de salud no demorable o aguda. Los procesos susceptibles de abordaje primario por un/una DUE, se han protocolizado para garantizar una asistencia de calidad, en la que se aúna capacidad de respuesta con la excelencia clínica.*

Parece claro que con este documento se pretende habilitar unas funciones para las que los/las DUEs puedan llevar a cabo, de modo autónomo, tareas sanitarias, de atención clínica de pacientes, para las que no están legitimadas por la ley.

Las cuestiones que el pleno ha debatido han sido las siguientes.

1. ¿Esta conducta está castigada por el código de deontología?
2. ¿Son merecedoras de una sanción o reproche?
3. ¿Qué conducta sería aconsejable seguir ante estas actuaciones de los médicos?



III. RESOLUCIÓN.

III. A - ASPECTOS DEONTOLOGICOS QUE JUSTIFICAN UNA INTERVENCIÓN. -

Esta comisión entiende que, al colaborar los médicos en la redacción de estos documentos, ya se está dando unos mensajes que puede ser interpretado erróneamente por los pacientes. El más grave de ellos es que se está legitimando una actividad, que en sí misma es ilícita, por ilegal, y está privando al paciente a ser atendido por un médico, que es lo que la ley de sanidad le garantiza

La justificación de un código de deontología médica en el siglo XXI es garantizar una asistencia sanitaria de calidad, utilizando racionalmente todos los recursos que tenga y garantizando los derechos de los pacientes. Es tarea de las comisiones de deontología velar para que los médicos colegiados cumplan estos fines, que son deberes de obligado cumplimiento y castigar las desviaciones que pongan en riesgo la salud de los pacientes, los derechos profesionales de los compañeros, la imagen corporativa y las actuaciones que vulneren las *lex artis*. En el informe del Prof. Villanueva se han puesto de manifiesto los derechos de los que quedan privados los pacientes, si la asistencia se traspasa a los/las DUEs; de todas estas anomalías, allí descritas, los autores de estos protocolos son responsables por acción u omisión.

Los artículos del CDM que dan soporte a este reproche son:

En el art 7 del CDM se establecen, como principios generales, estas directivas en los apartados 2,4,5. Ya el art 5-3 dice: *La principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de éste debe anteponerse a cualquier otra conveniencia*. El médico no puede hacer una dejación de sus funciones en ningún caso y privarlo de su médico natural es una deslealtad, pero también supone exponerlo a un riesgo.

El art 8-2. Dice: *Ello presupone el respeto del derecho de éste (el paciente) a elegir o cambiar de médico o de centro sanitario. Individualmente los médicos han de facilitar el ejercicio de este derecho e institucionalmente procurarán armonizarlo con las previsiones y necesidades derivadas de la ordenación sanitaria*.



Este artículo obliga a que el médico ejerza la posición de garante de este derecho a elegir un médico o cambiar de médico. Con estos protocolos el mensaje que están transmitiendo los redactores es: ¡no es necesario un médico, el/la DUE lo puede hacer!

Art 26-7. No se debe facilitar ni permitir el uso del consultorio o encubrir de alguna manera a quien se dedica al ejercicio ilegal de la profesión.

Art 41. 1.- El médico debe mantener buenas relaciones con los demás profesionales al servicio de la salud y tendrá en consideración las opiniones de ellos acerca del cuidado de los pacientes. 2.- El médico respetará el ámbito de las competencias de sus colaboradores. Procurará que cada miembro del grupo cumpla correctamente sus obligaciones específicas.

La actuación de esta comisión y en su caso de la Junta directiva del consejo viene avalada por los siguientes artículos:

26-8. El médico tiene el deber de denunciar al Colegio a quien, no siéndolo, ejerza actividades médicas y al médico que no posea la cualificación adecuada a su práctica habitual. Nunca deberá colaborar ni contratar a profesionales que no posean la debida cualificación.

45-2 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.

III- B.- ASPECTOS PROFESIONALES QUE JUSTIFICAN UNA REFLEXIÓN. -

A lo largo de los muchos años de ejercicio profesional que acumulan los doce Vocales de esta comisión, hemos constatado que existe una seria amenaza para el ejercicio profesional de la medicina por parte de las muchas profesiones sanitarias que actualmente existen: Diplomados Universitarios en Enfermería -DUEs-, Farmacéuticos, Psicólogos Clínicos, Rehabilitadores, Podólogos, Ópticos. Son cada vez mayores, en cantidad y calidad, los actos médicos realizados por estas profesiones, dolosa o culposamente. Entendemos que esta comisión tiene el deber de intervenir, no solo



desde su función pedagógica sino mucho más desde la misión de vigilancia, en el sentido de que la salud de los pacientes no se ponga en riesgo cuando se usan remedios no validados, o sean ejercidos actos médicos por profesionales no cualificados, e incluso por el hecho de que se les priva a nuestros colegiados del legítimo campo de acción que la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias nos reserva.

No se trata de una simple protección del corporativismo, sino de una defensa de los derechos, tanto de los pacientes, como de los compañeros médicos. El intrusismo es un delito, que no se puede proteger, ni mucho menos amparar o alentar. Todos aquellos médicos que colaboren con esta práctica deben ser sancionados, porque el daño a la sociedad y a la profesión es irreparable.

Es posible que muchos médicos que colaboran con prácticas claramente ilícitas, lo hagan involuntaria o inconscientemente, por tanto, a ellos hay que advertirles que el buenismo no se puede hacer a costa de los derechos de otros. Pero en el caso de que lo hicieran consciente y voluntariamente deberán ser castigados.

Esta comisión se ve en el deber de poner en evidencia, que se pretende por la vía de los hechos consumados, abrir competencias nuevas para estas profesiones, vecinas, parientes o incluso hermanas, pero hemos de advertir que el que así actúa debe ser, al menos, reconvenido, porque sólo el Estado y por la vía de la ley, puede alterar las competencias profesionales tituladas. El otro gran error, si no es algo más grave, es colaborar con las autoridades sanitarias en políticas economicistas, que reducen personal médico por la vía de conceder competencias profesionales médicas a otras profesiones sanitarias (DUEs, PIR, FIR, etc.).

IV. PROPUESTA.

Como corolario de este debate en el seno de la comisión y en ejercicio de nuestras competencias deontológicas, aconsejamos que se deberían arbitrar las siguientes actuaciones:



1. Comunicar en las páginas webs de los colegios que los médicos no deben colaborar, ni directa, ni indirectamente, en la redacción de este tipo de documentos, cuanto menos ambiguos, en los que se incitan a conductas intrusas.

2. Que no son deontológicamente aceptables las conductas que tienden a descargar sobre las otras profesiones sanitarias, las tareas que son actos médicos y son actos médicos todas aquello que requieran: diagnósticos, interpretación de pruebas y prescripción.

3. Que se deben de denunciar a los colegios los actos de intrusismo.

4. No se debe colaborar en la redacción de protocolos, guías o charlas que inciten al intrusismo, generen en la población dudas sobre las competencias profesionales o avalen actos de intrusismo.

5. Los colegios deben propiciar la divulgación del código de deontología, pero a su vez celebrar seminarios sobre las fronteras internas y externas del ejercicio profesional. El defender los derechos de los profesionales, no es corporativismo médico; al defender nuestros derechos se está defendiendo a la sociedad y a los pacientes, que deben saber en todo momento, quien los atiende, que titulación tienen y que responsabilidades contraen

6. Todo ello sin perjuicio de propiciar y estimular el espíritu de colaboración que debe existir entre las profesiones sanitarias. Los médicos deben ser deudores de la gran labor de colaboración que reciben de los Diplomados Universitarios en Enfermería en todas las facetas de la asistencia sanitaria, sin cuya colaboración sería imposible la propia tarea de los médicos y es un deber de los Colegios Médicos propiciar el desarrollo y capacitación de nuevas funciones para que alcances nuevos hitos en sus competencias,



pero siempre que se respeten las fronteras que limitan el ejercicio profesional de cada una de las profesiones. Estas fronteras las define la ley y es la ley la única que puede moverlas.

Lo que elevamos a la consideración de la Junta Directiva del Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Médicos para su conocimiento y efectos oportunos.