



LAS RELACIONES ENTRE PROFESIONALES EN LOS CÓDIGOS DE DEONTOLOGÍA DE DIVERSAS PROFESIONES DE LA SALUD

THE RELATIONS BETWEEN PROFESSIONALS IN THE DEONTOLOGY
CODES OF SEVERAL PROFESSIONS OF HEALTH

PEDRO CÍA GÓMEZ*, M^a TERESA DELGADO-MARROQUÍN**

* *Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza. Comisión de Deontología.*

** *Cátedra de Profesionalismo y Ética Médica, Universidad de Zaragoza. Grupo de investigación en Bioética. Instituto de Investigación Sanitaria Aragón (IIS).*

e-mail: pciag@unizar.es

RESUMEN:

Palabras clave:

Relaciones entre
profesionales,
deontología, ética
médica

Recibido: 01/09/2017

Aceptado: 21/03/2018

Una buena atención y cuidado de las personas en el ámbito sanitario requiere de la coordinación entre los profesionales responsables de dicha atención, tanto a nivel interdisciplinar como entre niveles asistenciales. Las consideraciones éticas que subyacen, siendo fundamentales, han sido poco estudiadas de manera específica, a pesar de que todos los Códigos de Deontología de las profesiones relacionadas con la salud recogen recomendaciones y sugerencias relativas a las relaciones entre profesionales. En este artículo se desarrolla una revisión reflexiva sobre estas recomendaciones, a partir de los Códigos de las profesiones relacionadas con nuestro ámbito asistencial, y su importancia en el mismo.

ABSTRACT:

Keywords:

Relationships between
professionals,
deontology, medical
ethics

A good care of people in the health field requires coordination among the professionals responsible for such care, both interdisciplinary and between levels of care. The ethical considerations that underlie, being fundamental, have been little studied in a specific way, although all the Codes of Deontology of the professions related to the health collect recommendations and suggestions regarding the relations between professionals. This article makes a reflective review on these recommendations and their importance in our care environment.

1. Introducción

La Deontología, la ciencia que trata de los deberes ("Deontos": deber y "logos": conocimiento), la concibió Jeremy Bentham como el conjunto de deberes que, independientemente de orientaciones de inspiración religio-

sa o doctrinales, constituyeran obligaciones o recomendaciones para el mejor ejercicio profesional, además de las obligaciones legales. Su intento con este término de "Deontología", era el de expresar la "necesidad moral de intentar acciones o actitudes que pretendan una me-

jería de la sociedad"¹. En el caso de la profesión médica, figura en su Código de Deontología Médica (C.D.M.) que la Deontología es el "conjunto de principios y reglas éticas que han de inspirar y guiar la conducta profesional del médico"². Todos estos deberes profesionales se concretan en los correspondientes códigos. Lo que significa el Código lo encontramos muy bien explicado en el Código de Deontología de la Enfermería Española (C.D.E.E.), que dice que es "un instrumento eficaz para aplicar las reglas éticas al trabajo profesional"³. Nuestra raíz es, pues, la Ética, que trata de los deberes internos según expresaba Kant⁴, y ante esa llamada de los deberes internos, el mismo Kant enuncia la capacidad que el hombre tiene de legislarse a sí mismo⁵. Estos conceptos son analizados y actualizados en una reciente publicación de Aközer⁶. De las raíces de la Ética parte la elaboración del C.D.M., que "sirve para confirmar el compromiso de la profesión médica con la sociedad a la que presta su servicio". En el preámbulo de este documento recoge principios esenciales de la profesión médica para "el fomento del altruismo, la integridad, la honradez, la veracidad y la empatía "...la mejora continua en el ejercicio profesional y en la calidad asistencial..." y "el ejercicio de autorregulación con el fin de mantener la confianza social..."².

Nos centraremos en las "Relaciones profesionales", tema al que todos los Códigos de profesiones relacionadas con el cuidado y la promoción de la Salud dedican

atención. Se pretende realizar una descripción de las distintas referencias que realizan los Códigos de aquellas profesiones que desarrollan su función cotidiana en el ámbito de las Ciencias de la Salud, con objetivo fundamental y primero de asegurar una correcta atención a las necesidades de salud de las personas (que incluyen, hoy por hoy y cada día más, las necesidades sociosanitarias, la atención a la dependencia y a los conflictos derivados de discapacidades físicas y mentales). Tanto en el ámbito hospitalario como en Atención Primaria y en las Unidades de apoyo de Salud Mental, los trabajadores sociales que desempeñan su función en el ámbito clínico –contratados para ese fin– y los psicólogos clínicos –existe formación reglada de psicólogo interno residente (PIR), al igual que los Médicos Internos Residentes (MIR), Enfermeras (EIR) o farmacólogos (FIR)–, son profesionales imprescindibles dentro de los equipos multidisciplinares de trabajo⁷. Otras especialidades tan importantes como la odontología⁸, fisioterapia⁹, terapia ocupacional¹⁰, fo-

7 La Ley 44/2003 (BOE-A-2003-21340) especifica literalmente en su artículo 1 que como objeto y ámbito de aplicación: "(...) establece los registros de profesionales que permitan hacer efectivo los derechos de los ciudadanos respecto a las prestaciones sanitarias y la adecuada planificación de los recursos humanos del sistema de salud". En su artículo 2.1 recoge: "(...) a los efectos de esta ley, son profesiones sanitarias, tituladas y reguladas, aquellas cuya formación pregraduada o especializada se dirige específica y fundamentalmente a dotar a los interesados de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de la atención de salud, y que están organizadas en colegios profesionales oficialmente reconocidos por los poderes públicos, de acuerdo con lo previsto en la normativa específicamente aplicable". Y en su artículo 2.3 "Cuando así resulte necesario, por las características de la actividad, para mejorar la eficacia de los servicios sanitarios o para adecuar la estructura preventiva o asistencial al progreso científico y tecnológico, se podrá declarar formalmente el carácter de profesión sanitaria, titulada y regulada, de una determinada actividad no prevista en el apartado anterior, mediante norma con rango de ley". En este sentido, que una norma con rango de ley no haya ratificado como sanitarias unas profesiones que juegan el papel que la Ley 44/2003 recoge como atributos necesarios, no impide que en la práctica formen parte de los equipos multidisciplinares sanitarios que la salud de todos necesita.

8 Código Español de Ética y Deontología Dental. Capítulo 14 sobre Relaciones entre compañeros, específicamente los artículos 64 a 66, 69, 70 y 72) y capítulo 15 de Relaciones con otros profesionales sanitarios, sobre todo el artículo 74. Disponible en https://www.icoec.es/documentos/codigo_etico_y_deontologico.pdf (Consulta 21-12-2017)

9 Código Deontológico del Consejo de Fisioterapeutas de España, específicamente su Elemento 4: El fisioterapeuta y sus compañeros de trabajo. Disponible en: <https://www.consejo-fisioterapia.org/descargas/codigo-deontologico-cgcf.pdf> (Consulta 21-12-2017)

10 Código Ético y Deontológico de Terapia Ocupacional (2015), artículo 9. Disponible en: <http://www.terapeutas-ocupacionales.org/wp-content/uploads/2016/11/codigo-deontologico-T.O.pdf> (Consulta 21-12-2017)

1 Bentham, J. *Deontología o Ciencia de la Moral* Librería de Mallén y sobrinos; Valencia, 1836: tomo segundo. (Obra póstuma; revisada y ordenada por M.J. Bering y publicada en francés sobre el manuscrito original; traducida al español por D.PP)

2 *Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España, 2011. <https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf> (consulta: 21-12-2017)

3 *Código Deontológico de la Enfermería Española*. Madrid: Consejo General de Enfermería de España, 1989. <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/esotcodigoenf%20(2).pdf > (consulta: 21-12-2017)

4 Kant I. *Lectures on ethics*. P.H. Heath & J.B. Schneewind (Eds.). (Heath, Trans.) Cambridge: Cambridge University Press, 1995 (original work published in 1790).

5 Kant I. *Groundwork of the metaphysics of morals*. In M.J. Gregor (Ed.), *Practical philosophy*. M.J. Gregor & R. Ancho, Trans.). Cambridge: Cambridge University Press, 1996: 41-93. (original work published in 1785).

6 Aközer M, Aközer E. "Basing science Ethics on respect for human dignity". *Science and Engineering Ethics*, 2015 (27 nov): 1-21.

niatría¹¹ o veterinaria¹², si bien son profesiones sanitarias y así son recogidas por la Ley 44/2003⁷ en su artículo 2, juegan un papel de apoyo más ocasional y no cotidiano en nuestra práctica clínica. De ahí que el interés del artículo se haya centrado en los Códigos de las profesiones de Medicina, Enfermería, Farmacia, Psicología y Trabajo Social. El tema es importante porque la atención sanitaria, ya sea curativa o preventiva, ya sea realizada desde la investigación, desde la docencia o desde la administración, es en el momento actual más eficaz, aunque más compleja por esta concurrencia multidisciplinar. Por tanto, cuidar de los profesionales y sus relaciones es hoy tarea importante a la que todos debemos aplicarnos. Centrándonos en el ámbito puramente asistencial, interesa reflexionar sobre los problemas que se están derivando en la práctica por alteraciones en lo que debería ser una buena relación profesional. Entre 2014 y 2015, las reclamaciones que llegaron a la Comisión de Deontología del Ilustre Colegio de Médicos de Zaragoza por cuestiones de la relación de los médicos entre sí suponían el 17% y el 16% del total anual, respectivamente. En 2016 este porcentaje ascendió hasta un 29% y, en la primera mitad de este año 2017, es ya del 33% del total.

Así, durante el cuatrienio analizado, las reclamaciones derivadas de problemas en las relaciones entre los profesionales sanitarios han supuesto el 22% del total de las presentadas. Esta cifra porcentual es muy parecida a la publicada por Pérez Artigues¹³, del Colegio Oficial de Médicos de las Islas Baleares (C.O.M.I.B.), que ascendía al 25%. La reciente publicación de Julio García-

Guerrero et al¹⁴ sitúa las relaciones de los médicos entre sí como la tercera causa de reclamaciones por incumplimiento de deberes deontológicos presentadas a nivel del Estado Español (4,2% del total), cifra porcentual más baja que las citadas anteriormente, atribuyendo los autores este menor porcentaje al “efecto de dilución que conlleva un trabajo de ámbito nacional frente a trabajos uniprovinciales”. Parece, en todo caso, conveniente para una visión desde la Deontología, considerar los Códigos de las diversas profesiones implicadas y obtener de ellos una reflexión que seguro que será enriquecedora.

El objetivo de este trabajo es llamar a la reflexión sobre los deberes inherentes al ejercicio de la profesión del médico y de sus colaboradores para asegurar la correcta atención a la salud de los enfermos, recogidos en los respectivos Códigos de Deontología, en lo relativo a la debida (buena) relación de los profesionales entre sí. La hipótesis es que constituye el punto de partida para la imprescindible coordinación dentro de los equipos multidisciplinarios y entre niveles asistenciales, en aras de la necesaria continuidad asistencial. Parece pertinente revisar, para quien no los conozca, y recordar, para quien los haya olvidado, los Códigos de Deontología de las profesiones responsables de la atención a la salud en nuestro ámbito, para llevarlos a la práctica.

El método que seguiremos para este estudio será la revisión en el C.D.M. de los artículos del capítulo VIII, que es el dedicado a “Relaciones de los médicos entre sí y con otros profesionales sanitarios”. Dichos artículos pueden ordenarse en dos grandes grupos: los que orientan y guían la **actitud** y **actuaciones** del profesional en este campo de las relaciones, y los que tratan de orientar y guiar las relaciones en el **trabajo en equipo**. Se tomará el C.D.M., conocido y manejado con más asiduidad por los autores por su condición de facultativos, como referencia para describir las demás recomendaciones dadas por los distintos Códigos revisados.

11 Código Deontológico del Consejo General de Colegios de Logopedas de España, artículo 6 (el punto 6.2 alude específicamente a su papel como profesión sanitaria, y el 6.5 al trabajo bajo las indicaciones diagnósticas y terapéuticas de un facultativo). Disponible en: http://www.consejologopedas.com/codigo_etico.html (Consulta 21-12-2017).

12 Código Deontológico de la Profesión Veterinaria, Consejo General de Colegios de Veterinarios de España. 2006. En su artículo 8 recoge como funciones de la profesión veterinaria colaborar en materia de Salud Pública. Su artículo 26 hace referencia, muy genérica, a la debida colaboración con las demás profesiones sanitarias. Disponible en: <http://covteruel.org/wp-content/uploads/2015/04/18052011112005.pdf> (Consulta 21-12-2017)

13 Pérez Artigues JA. “Los conflictos entre médicos, un problema ideológico”. *Médicosypacientes.com*, 2016. *Opinion. Análisis. Citado en*: Memoria de gestión 2015. Collegi Oficial de Metges de les Illes Balears: 9-10. <<http://www.comib.com/wp-content/uploads/2016/03/Memoria-de-gestion2015definitiva.pdf>> [consulta: 21-12-2017]

14 García-Guerrero J, Tarazona López E, Martínez Caldach B; Vera-Remartínez EJ, Jiménez de Aldasoro MA, Boix Rajadell V, Ventura López M. Estudio descriptivo de la actividad de las comisiones de deontología provinciales hoy en España. *Cuadernos de Bioética* 2016; 27(2): 185-192.

2. Actitud y actuaciones del profesional

Respecto a las actitudes y actuaciones del profesional, el C.D.M. comienza, en su *artículo 37*, basando en la confraternidad las relaciones entre los profesionales. “La confraternidad entre los médicos, dice el artículo 37, es un deber primordial y sobre ella sólo tienen preferencia los derechos del paciente.”² Así, las relaciones profesionales se elevan a la categoría de relaciones fraternas.

Procede este concepto de la Escuela de Hipócrates y la Declaración de Ginebra de 1948¹⁵ lo asume, estableciendo para quienes sean admitidos como miembros de la profesión médica la promesa de “considerar como hermanos y hermanas a mis colegas”, parafraseando el Código deontológico de los farmacéuticos¹⁶. Sólo los derechos del paciente tienen preferencia sobre la confraternidad. Entre estos derechos está el de contar con un médico responsable en cada proceso asistencial (*artículo 10*)², figura que se volverá a comentar más adelante, al hablar del trabajo en equipo.

Conviene recordar aquí que los derechos del paciente inspiran la confraternidad de quienes los cuidan. La mejor asistencia del paciente, a la que tiene derecho, inspira y estimula la mejor relación entre quienes deben ayudarle.

Esta relación debe producirse con deferencia, respeto y lealtad. Es gratificante ver que los términos “respeto” y “lealtad” aparecen en los códigos de las profesiones antes referidos: C.D.M. (*art. 37.2*)², C.D.E.E. (*art. 62 y 67*)³ y también Farmacia (C.E.D.F.) (*art. 24*)¹⁶, Trabajo Social (C.D.T.S.) (*art. 30*)¹⁷ y Psicología (C.D.P.) (*art. 23*)¹⁸. En el C.D.E.E. (*art. 66*)³ se añade el deber de guiarse por “la buena educación y la cortesía” en sus relaciones con

profesionales sanitarios, lo que recuerda el concepto de “decoro” de Cicerón, que propugna buenas formas y actitudes como expresión de la virtud interior. El respeto es pieza central –dice G. Herranz– y es el Sistema Nervioso de nuestro organismo ético. Es actitud que implica –según el profesor Herranz– que no sólo los fuertes, también los débiles, son importantes¹⁹. El respeto como inspirador de la conducta profesional hace su aparición en la Declaración de Ginebra¹⁵. En ella se proclama la no discriminación, pero la Dra. Soto²⁰ y sus colaboradores estiman que esta no discriminación es un concepto pasivo. En cambio, el respeto implica por una parte atender y considerar las opiniones y convicciones de quienes nos rodean, y por otra ser conscientes de la igualdad de los miembros del equipo interprofesional en dos aspectos: en cuanto que son personas de igual dignidad y en que todos están igualmente interesados en el bien de la persona que es destinataria de nuestra dedicación²⁰. Al final de este impulso inicial de deberes que sin duda cooperan en hacer excelente nuestro ejercicio, una llamada de atención muy concreta nos hace el C.D.M. en este *art. 372*, y lo hace de forma imperativa: “Se abstendrán-dice-de criticar despectivamente las actuaciones de sus colegas”.

El C.D.T.S. (*art. 3217*) y el C.D.P. (*art. 22*)¹⁸ también hacen esa llamada de atención. La Dra. Soto y sus colaboradores señalan algunas circunstancias que aumentan el riesgo de esta conducta tan inadecuada. Así, las diferencias entre ciertas especialidades, las diferencias por el nivel académico de algunos profesionales y la relación entre Atención Primaria y Especializada, son, según Soto, ámbitos de trabajo en los que se tiene especial riesgo de sufrir alteraciones de la buena relación profesional²¹. Efectivamente, la diferente calificación profesional puede crear una cierta y no verdadera sensación de superioridad de unos grupos respecto a otros,

15 Asociación Médica Mundial (AMM). *Declaración de Ginebra*. Ginebra (Suiza): AMM, 1948. <<http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>> [consulta: 21-12-2017]

16 *Código de Ética y Deontología Farmacéutica*. Consejo General de Colegios de Farmacéuticos España: Madrid, 2001. <[file:///C:/Users/Usuario/Downloads/esotcodigofar1%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/esotcodigofar1%20(1).pdf)> [consulta: 21-12-2017]

17 *Código Deontológico del Trabajo Social*. Consejo General del Trabajo Social: Madrid, 2012. <https://www.cgtrabajosocial.es/consejo/codigo_deontologico> [consulta: 21-12-2017]

18 *Código Deontológico del Psicólogo*. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos: Madrid, 2010. <<https://www.cop.es/pdf/codigo-deontologico-consejo-adaptacion-ley-omnibus.pdf>> [consulta: 21-12-2017]

19 Herranz G. “Relaciones interprofesionales en la asistencia sanitaria”. En: *Desde el corazón de la Medicina: Homenaje a Gonzalo Herranz*. OMC: Madrid, 2013: 349-363.

20 Soto P, Soto M, Valenzuela M, Vázquez C. “El médico y los colegas”. *Manual de Ética Médica*, Capítulo IV. Bioética Ing. Luis Rivas. Presentación fppt.com, noviembre 2014. <<https://documents.tips/download/link/el-medico-y-los-colegas-manual-de-etica-medica-capitulo-iv-pamela-soto-martha>> [consulta: 21-12-2017]

21 Soto P et al., op cit. Diap 27-30.

lo que puede a veces ocasionar conductas inadecuadas. Así, ha ocurrido a veces que a un enfermo visitado por el médico de cabecera y el especialista, éste indica al paciente un tratamiento a seguir sin haber informado previamente a aquél (al médico de cabecera), y sin haber considerado su opinión. También esta falta de diálogo lleva a que a veces pueda ser el médico de cabecera quien sustituya el tratamiento indicado por el compañero, sin contar con las razones de éste para proponerlo.

Otro problema distinto en relación con las especialidades y que también puede afectar a las relaciones entre profesionales, es el de los compañeros que ejercen funciones de especialista sin estar en posesión del título correspondiente, aunque pueden alegar que tienen preparación suficiente para ello. Sin embargo, como señala la Comisión Central de Deontología en su Declaración de 2007²², desde el punto de vista deontológico hemos de plantearnos si el ejercicio de una especialidad por quien carece del correspondiente título y ha evitado el esfuerzo de obtenerlo, no podría constituir una falta de lealtad y (aparte de otras responsabilidades), como antes veíamos, la lealtad es fundamental para mantener una conducta de buenas relaciones entre profesionales. La citada Declaración aborda con detalle interesantes aspectos relacionados con la obligatoriedad del título, pero que no entran en la temática de “Relaciones” que aborda este estudio.

Entre los deberes de actitud y actuaciones del profesional, expone el C.D.M. los que implican la necesidad de compartir: conocimientos científicos, pero también información, si ya se colaboraba compartiendo la responsabilidad de atender al mismo paciente (artículo 38.2)². Estos deberes los señalan también el C.D.E.E. (art. 65)³ y el C.D.T.S. (art. 26 y 28)¹⁷.

Compartir el conocimiento forma parte de la actividad científica; es un valor de dicha actividad. Merton dice que el conocimiento científico es propiedad

22 Fronteras Internas del ejercicio profesional: *Consideraciones deontológicas sobre los conflictos de límites entre médicos generalistas y médicos especialistas y de estos entre sí*. Declaración de la Comisión Central de Deontología, 2007. <http://www.cgcom.es/sites/default/files/declaraciones_ccd_2017/index.html#98> [consulta: 21-12-2017]

común y debemos compartirlo y aplicarlo por parte de todos los profesionales en aras de una práctica clínica cada vez más científica²³. Pero centrandó nuestro interés en el día a día, respecto al deber de compartir información, puede hacerse referencia al C.D.M. (art. 38)2 y al C.D.T.S. (art. 26 y 28)¹⁷. Conviene recordar en este sentido, que los profesionales que atienden al mismo enfermo no han de abusar de la letra ilegible, las siglas excesivas o no comprensibles ni la terminología no habitual.

La falta de comunicación entre médicos tiene de hecho repercusiones deontológicas evidentes. Casi la tercera parte de las denuncias por negligencia médica, analizadas por el informe “*Malpractice risks in communication failures*” de la consultora norteamericana CRICO, sobre datos recogidos entre 2009 y 2013, fueron originadas por deficiencias en la comunicación entre médicos o entre médicos y pacientes²⁴. En cambio, compartir información –dice la Dra. María Luisa Rubio, experta en Ética Médica– proporciona un enfoque integrador, evita repeticiones, disminuye errores y mejora las relaciones interprofesionales²⁵. A estas llamadas a compartir se añade orientación sobre comportamiento ante las discrepancias: dirimirlas en ámbito profesional, siendo un espacio idóneo para ello el Colegio. Ante infracciones contra la ética o praxis debe comunicarse discretamente al Colegio si fuera necesario, pero también, al Jefe del Servicio y/o Director de la Institución (artículo 45, puntos 1 y 2 del C.D.M.²).

El grupo referente a actitudes y acciones termina en el C.D.M. con el artículo 392, que se refiere en su punto 1.º a la no interferencia “*en la asistencia que esté prestando otro colega*” y en el punto 2.º a la forma de recurrir a una segunda opinión. Ambos temas han

23 Merton RK. “La estructura normativa de la ciencia”. En: Merton RK. *La Sociología de la Ciencia: investigaciones teóricas y empíricas*. 2 tomos. Recopilación e introducción de Norman W. Storer; versión española de Néstor Alberto Mínguez. Alianza: Madrid, 1977: 355-368. < La estructura normativa de la ciencia.docx > [consulta: 21-12-2017]

24 “*Malpractice risks in communication failures*”. 2015 *Annual benchmarking report*. CRICO Strategies.<<https://saludequitativa.blogspot.com.es/2016/02/malpractice-risks-in-communication.html>> [consulta: 21-12-2017]

25 Rubio M.L. “Ética de las relaciones interprofesionales”. Unidad didáctica del *Título de Experto en Ética Médica*. Organización Médica Colegial y Fundación “Ortega Marañón”: Madrid, 2013.

sido muchas veces ámbitos de dificultades en la relación profesional. Sin embargo, han de ser expresiones de la actitud de:

— No interferencia: No interferir en la asistencia que esté prestando otro colega, estimamos que es una actitud concreta, derivada del *“respeto y lealtad”* que, como antes mencionábamos, deben ser características de la relación con colegas y con otros profesionales, según consta en todos los códigos aquí estudiados.

El C.D.E.E. también enuncia este deber, exponiendo en su *artículo 68*³ que la Enfermera/o *“no aceptará hacerse cargo de un cliente que esté siendo atendido por otro colega”*. El C.D.T.S. también alude a evitar la competencia desleal entre colegas en su *artículo 30*¹⁷.

Hay, sin embargo, una diferencia entre los Códigos de Medicina y Enfermería, y es que para el C.D.M.²: *“la libre consulta por parte del paciente a otro médico”* no se considera una interferencia, y en cambio el C.D.E.E., en su *artículo 68*³, exige que para hacerse cargo de un cliente atendido por otro colega, se precise el previo consentimiento de éste.

Así, nos parece interesante reflexionar sobre la exigencia de consentimiento que indica el C.D.E.E.³ en contraste con el criterio de *“libre consulta por parte del paciente”* que señala el C.D.M.². Este, para evitar daños al paciente, obliga al médico a advertir sobre los perjuicios de la asistencia médica múltiple y no consensuada.

En ambos códigos, la atención en caso de urgencia está justificada, como parece lógico.

En los otros códigos estudiados no se trata de forma explícita este deber de no interferencia, aunque de una forma general podría encontrarse implícito en el *artículo 13* del C.D.P.¹⁸, que indica no realizar *“maniobras o actuaciones de captación contrarias a la Ley...”*

— Segunda opinión: en el código de Enfermería, sin especificar el término de *“segunda opinión”*, se expresa el deber de *“solicitar siempre que sea necesario la colaboración”*, pero cita refiriéndose a *“los miembros de otras profesiones de salud”* (*art. 64*)³. La solicitud de segunda opinión se expresa en el C.D.M.² como un derecho que tiene el paciente y que hemos de respetar. Pero a la vez es importante que el profesional conscien-

te de su capacidad, y también de sus limitaciones, tenga siempre presente la posibilidad del recurso de consultar por el bien de su enfermo. Creemos que este adecuado recurso a la consulta debe tenerse siempre presente durante el ejercicio. Hay que tener en cuenta que el paciente confía en el profesional, no sólo por su capacidad sino porque espera que ante determinados problemas sea capaz de conducirlo a las personas o instituciones capaces a su vez de resolver adecuadamente. Si el profesional no tiene tal actitud, vulneraría el *artículo 8.2* del C.D.M.², donde se especifica que *“la asistencia exige una relación plena de entendimiento y confianza entre el médico y el paciente”*.

3. El trabajo en equipo

La segunda parte del Capítulo de Relaciones Profesionales la dedica el C.D.M. al trabajo en equipo y a la jerarquización en sus *artículos 40 al 42*². Pero sobre la conducta y relaciones en el equipo de trabajo hay interesantes aportaciones del C.D.E.E., en los *artículos 58, 59, 62 y 63*³, que perfilan la autonomía de la profesión y la obligación de no asumir tareas que no le correspondan, ni delegar las que al enfermero le competan. Nos parece que mediante estos artículos el C.D.E.E. anima a la colaboración, pero introduciendo el matiz de que ésta se desarrolle respetando las funciones de cada ámbito profesional y, claro está, también los propios de la Enfermería. Estos matices que desarrolla ampliamente el C.D.E.E. son, por otra parte, útiles para todos, y no contradicen a otros Códigos. De hecho, el *artículo 41*² del C.D.M. hace una llamada al respeto hacia las competencias de los colaboradores. Es interesante también, respecto a la orientación del trabajo en equipo, la aportación del C.D.T.S., insistiendo en la necesidad de coordinación (*art. 24 y 30*)¹⁷.

Conviene recordar que la Ley 41/2002 de autonomía del paciente define en su *artículo 3* una figura clave al respecto: el médico responsable, *“profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial,*

sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales”²⁶. Ya antes se citó el artículo 10 del C.D.M.² aludiendo a esta figura clave para la atención a las personas en el ámbito sanitario. El documento de la Comisión Central de Deontología es una referencia a la hora de profundizar sobre este tema²⁷.

“Coordinar la información y la asistencia sanitaria” en el ámbito del hospital exige especial atención en cuanto a las relaciones con los distintos profesionales que colaboran, pero es importante también que el paciente esté informado sobre quién es el médico responsable, que debe ser su interlocutor habitual. Sin embargo, en el hospital, con la habitual multiplicidad de profesionales que atienden al paciente, no es raro que éste pueda ignorar en algunos casos quién es su médico responsable. Así, el médico responsable debe esforzarse en ejercer su función de puente entre los compañeros y con el paciente y su familia.

Las dos grandes líneas orientativas del C.D.M. respecto al trabajo en equipo conducen, por una parte, a tener en cuenta las opiniones de todos, manteniendo la exigencia del cumplimiento, conociendo y respetando el ámbito profesional de cada colaborador². Este tema se perfila con nitidez en el C.D.E.E³. La otra línea es la de la cooperación y coordinación en tareas del equipo de salud, teniendo en cuenta que ya se impone un modelo cooperativo y no autoritario en la toma de decisiones. El médico y los demás profesionales deben argumentar sus opiniones y decisiones. Respecto a la necesidad de coordinación, insiste el C.D.T.S. en sus artículos 24 y 30¹⁷.

En el caso del equipo de salud la coordinación, especialmente en el ámbito hospitalario, es una apremiante necesidad, pues con frecuencia son varios los especialistas y profesionales que atienden al paciente. Parece oportuno citar de nuevo los artículos del C.D.M. 38.2:

26 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. < <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf> > [consultado 21-12-2017]

27 La figura del Médico Responsable. Declaración de la Comisión Central de Deontología, 2014. <http://www.cgcom.es/sites/default/files/declaraciones_ccd_2017/index.html#258> [consultado 21-12-2017]

“Los médicos que comparten la responsabilidad asistencial de un paciente deben proporcionarse la información necesaria de forma clara y comprensible (...)” Y 40: “La responsabilidad deontológica del médico no desaparece ni se diluye por el hecho de trabajar en equipo”².

Suele ser útil para la práctica establecer criterios comunes de actuación para distintas situaciones que puedan plantearse. Así, surge a veces el dilema de elegir entre seguir los criterios consensuados, que incluso pueden estar concretados en guías de práctica clínica, o seguir el criterio propio de cada uno. Hay que valorar la aportación de recomendaciones consensuadas que estén bien fundamentadas y de guías y protocolos que se hayan discutido ampliamente entre los componentes del equipo. Sin embargo, no se puede olvidar la legítima libertad de prescripción de cada médico y la necesidad de aplicar a cada caso, según la patología y las circunstancias del enfermo, indicaciones de diagnóstico y tratamiento no reflejadas en los protocolos. En esos casos, es respetable la actuación en conciencia, siempre que pueda ser justificada razonablemente²⁸.

A los directivos se les exige en el C.D.M. (artículo 42) tolerancia con las opiniones y convicciones de cada uno, pero a la vez exigencia ética, y, por supuesto, evitar favoritismos y actitudes de dominio 2.

En definitiva, no se puede olvidar, como indica la profesora Adela Cortina, que el ejercicio de la profesión es una actividad cooperativa y los bienes que proporciona le dan legitimidad social²⁹. Nuestra actividad es, sobre todo, un servicio a la sociedad, a través de nuestros conocimientos científicos y habilidades técnicas y, adecuada relación personal, mediante el cuidado de la salud de las personas y de la comunidad. Para ello, hay que tener en cuenta, además del cumplimiento de las leyes, que “en la práctica, sólo la ética personal del profesional puede alcanzar una relación médico-paciente impregnada de humanidad, capaz de transmitir confianza”³⁰.

28 Reyes López M, Pérez Gómez JM, García Olmos P, Borrell i Carrió F, Gracia Guillén D. “Relaciones entre profesionales sanitarios”. *Medicina Clínica (Barc.)*. 2001; 117: 339-350.

29 Cortina Orts A. *¿Para qué sirve realmente...? La ética*. Paidós (1ª ed): Barcelona, 2013.

30 Altisent Trota R, Gállego Royo A, Delgado-Marroquín MT. “Los Códigos de Deontología profesional.” *AMF* 2014; 10:651-658.

Esa orientación necesaria de la Ética llega a través del Código, que es fuente de reflexión y de iniciativas. Es estimulante su lectura. Pone de manifiesto la magnitud de nuestras profesiones, cuya situación entre las Ciencias y las Humanidades las hace muy atractivas, pero hay que tener presente, sobre todo, que su razón de ser es el servicio a los demás y para dar ese servicio es imprescindible la adecuada relación entre los profesionales.

4. Conclusión

La reflexión que nos proponíamos como objetivo de este trabajo nos ha permitido apreciar la importancia que los Códigos estudiados conceden a la orientación de relaciones entre profesionales. Así mismo, hemos apreciado en los Códigos coincidencias fundamentales en dicha orientación, pero también se detectan algunos matices diferenciales. Estas diferencias no implican contradicción entre lo que dicen unos u otros Códigos y, en cambio, contribuyen con visiones diferentes a enriquecer las directrices de las conductas de relaciones entre los profesionales.

Así, esta reflexión nos anima a la lectura del propio Código de Deontología, depositario, no sólo de advertencias para evitar infracciones, sino de continuas sugerencias para llegar a un ejercicio clínico de excelencia. Pero creemos también de interés conocer los códigos de las otras profesiones que colaboran en la asistencia y que aportan perspectivas útiles que nos ayudarán en nuestro trabajo conjunto con los enfermos.

Agradecimientos

Agradecemos a Dña. María Elena Martín Burillo su inestimable colaboración en la supervisión del texto y bibliografía de este trabajo.

Referencias

- Aközer M, Aközer E. "Basing science Ethics on respect for human dignity". *Science and Engineering Ethics*, 2015 (27 nov): 1-21.
- Altisent Trota R, Gállego Royo A, Delgado-Marroquín MT. "Los Códigos de Deontología profesional." *AMF* 2014; 10:651-658.
- Asociación Médica Mundial (AMM). *Declaración de Ginebra*. Ginebra (Suiza): AMM, 1948.
- Bentham, J. *Deontología o Ciencia de la Moral*. Librería de Mallén y sobrinos; Valencia, 1836: tomo segundo. (*Obra póstuma; revisada y ordenada por M.J. Bering y publicada en francés sobre el manuscrito original; traducida al español por D.P.P.*)
- Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España, 2011.
- Código de Ética y Deontología Farmacéutica*. Consejo General de Colegios de Farmacéuticos España: Madrid, 2001.
- Código Deontológico de la Enfermería Española*. Madrid: Consejo General de Enfermería de España, 1989.
- Código Deontológico de la Profesión Veterinaria*. Consejo General de Colegios de Veterinarios de España. 2006.
- Código Deontológico del Consejo de Fisioterapeutas del España*.
- Código Deontológico del Consejo General de Colegios de Logopedas de España*.
- Código Deontológico del Psicólogo*. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos: Madrid, 2010.
- Código Deontológico del Trabajo Social*. Consejo General del Trabajo Social: Madrid, 2012.
- Código Español de Ética y Deontología Dental*, Capítulo 14 sobre Relaciones entre compañeros, específicamente los artículos 64 a 66, 69, 70 y 72) y capítulo 15 de Relaciones con otros profesionales sanitarios, sobre todo el artículo 74.
- Código Ético y Deontológico de Terapia Ocupacional*, artículo 9.
- Cortina Orts A. *¿Para qué sirve realmente...? La ética*. Paidós (1ªed): Barcelona, 2013.
- Fronteras Internas del ejercicio profesional: Consideraciones deontológicas sobre los conflictos de límites entre médicos generalistas y médicos especialistas y de estos entre sí. Declaración de la Comisión Central de Deontología, 2007.

- García-Guerrero J, Tarazona López E, Martínez Calduch B; Vera-Remartínez EJ, Jiménez de Aldasoro MA, Boix Rajadell V, Ventura López M. Estudio descriptivo de la actividad de las comisiones de deontología provinciales hoy en España. *Cuadernos de Bioética*, 2016; 27(2): 185-192.
- Herranz G. "Relaciones interprofesionales en la asistencia sanitaria". En: *Desde el corazón de la Medicina: Homenaje a Gonzalo Herranz*. OMC: Madrid, 2013: 349-363.
- Kant I (1996). Groundwork of the metaphysics of morals. In M.J. Gregor (Ed.), *Practical philosophy* (pp. 41-93) (M.J. Gregor & R. Ancho, Trans.). Cambridge: Cambridge University Press. (original work published in 1785).
- Kant I. (1997). *Lectures on ethics*. P.H. Heath & J.B. Schneewind (Eds.). (Heath, Trans.) Cambridge: Cambridge University Press (original work published in 1790).
- La figura del Médico Responsable. Declaración de la Comisión Central de Deontología, 2014.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE-A-2002-22188
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE-A-2003-21340
- "Malpractice risks in communication failures" (publicación en línea). *2015 Annual benchmarking report*. CRICO Strategies.
- Merton RK. "La estructura normativa de la ciencia". En: Merton RK. *La Sociología de la Ciencia: investigaciones teóricas y empíricas*. 2 tomos. Recopilación e introducción de Norman W. Storer; versión española de Néstor Alberto Mínguez. Alianza: Madrid, 1977: 355-368.
- Pérez Artigués JA. "Los conflictos entre médicos, un problema ideológico". *Médicosypacientes.com*, 2016. *Opinion. Análisis*. Citado en: Memoria de gestión 2015. Col·legi Oficial de Metges de les Illes Balears: 9-10.
- Reyes López M, Pérez Gómez JM, García Olmos P, Borrell i Carrió F, Gracia Guillén D. "Relaciones entre profesionales sanitarios". *Medicina Clínica (Barc.)*. 2001; 117: 339-350.
- Rubio M.L. "Ética de las relaciones interprofesionales". Unidad didáctica del *Título de Experto en Ética Médica*. Organización Médica Colegial y Fundación "Ortega Marañón": Madrid, 2013.
- Soto P, Soto M, Valenzuela M, Vázquez C. "El médico y los colegas". *Manual de Ética Médica*, Capítulo IV. Bioética Ing. Luis Rivas. Presentación fppt.com, noviembre 2014.

