

La Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en sesión celebrada el día 29 de mayo de 2010, adoptó el acuerdo de aprobar la Declaración elaborada por la Comisión Central de Deontología y Visado, sobre:

## **LA ACTUACIÓN DE LOS MÉDICOS EN RELACIÓN A LOS ACOMPAÑANTES DE LAS PERSONAS INGRESADAS EN CENTROS HOSPITALARIOS**

### **Introducción:**

1. Las instituciones sanitarias establecen sus normas de comportamiento según sus valores, principios y objetivos. Estas normas afectan a pacientes, médicos, otros profesionales, acompañantes de los pacientes y, en consecuencia, a las relaciones entre ellos, las cuales pueden discurrir por cauces muy diversos, pudiendo verse afectadas por múltiples factores.

2. Cuando en una familia un miembro padece una enfermedad crónica es la familia la que pasa a ser la cuidadora principal del paciente, sobre todo si el paciente está en las edades extremas de la vida.

Tanto la persona cuidadora como los demás miembros de la familia son la principal fuente de apoyo emocional y social del paciente y quienes le pueden ayudar en la enfermedad. Esto conlleva un desgaste que puede suponer que se desencadenen situaciones de conflicto y a veces de enfermedad de otros miembros de la familia.

3. Cada individuo o grupos de individuos al comportarse moralmente se guían por determinados valores, principios y normas de conducta. Los valores son pautas y guías de nuestra conducta y son inseparables de la ética. El médico muchas veces tiene que hacer de mediador entre la familia y el sistema sanitario, estando obligado por su propia ética y responsabilidad, así como por exigencia de la Ley, a desarrollar una práctica clínica adecuada y responsable, siempre ejemplar.

### **Planteamiento de la cuestión:**

4. La ética médica en sentido ordinario trata de los problemas relacionados con valores que surgen de la relación entre médico y paciente. Estos principios éticos se han hecho más profundos y se han extendido a toda una gama de valores que van más allá

de la relación entre médico y paciente, abarcando también la relación entre el médico y la comunidad (entorno del paciente) y la relación recíproca médico- enfermo-familiares-comunidad. Las relaciones entre el médico y el paciente y entre el médico y los familiares del paciente constituyen una parte importante de los complicados problemas de la ética médica.

**5.** En su labor diaria el médico se debate en el problema ético del cumplimiento de las normas sociales y de las necesidades individuales. Su deber como médico es tratar al enfermo para devolverlo a la sociedad. En esa lucha diaria interviene la comunicación como eslabón fundamental en la relación médico-paciente. Del modo cómo se lleve a cabo esta comunicación dependerá el éxito o no de la labor médica, ya que la comunicación cuando es la adecuada adquiere valor terapéutico y su connotación es aún mayor cuando intervienen los familiares.

**6.** Lo complejo de esta relación radica a veces en la forma y las vías de comunicación con el enfermo y los familiares. En la medida en que los familiares tengan una mayor y mejor comprensión del problema, mejores serán las relaciones del conjunto médico- enfermo- familiares.

**7.** Cuando las cuestiones son graves y afectan a la vida de las personas, como con frecuencia sucede en la medicina, es preciso dedicar todo el tiempo necesario para la explicación de los problemas que atañen al enfermo y que implican una valoración por parte de la familia. De esta interrelación depende en muchos casos la evolución de la enfermedad en el paciente, y de la comprensión familiar su más pronta recuperación. Una información médica adecuada, como base de una armoniosa comunicación con los familiares del paciente, ayudará mucho en el desarrollo de la labor médica.

**8.** En la mayoría de los casos los médicos nos enfrentamos con dos obligaciones: darle al paciente la autonomía que merece en la medida de sus posibilidades y brindarle la información más correcta y adecuada posible a los familiares. La aplicación de estas reglas nunca debe ser rutinaria.

**9.** Los familiares reaccionan a su manera ante la enfermedad. Una percepción inadecuada de la situación, o una reacción anómala o patológica a ella, dificulta más la realización de los procedimientos terapéuticos y de rehabilitación y reduce la eficacia de

la intervención. El médico ejerce una gran influencia en las actitudes y las reacciones personales de los familiares respecto a la enfermedad.

**10.** Desde el inicio del proceso asistencial, a través de las informaciones que el médico transmite sobre el estado del paciente, comienza un complicado proceso en el que los familiares tienen que llegar a una comprensión adecuada y completa de la situación actual y futura. Al principio las dudas serán muy importantes por el desconocimiento del tema y el estrés que origina la enfermedad de un familiar cercano.

**11.** En el proceso de comunicación a los familiares influye el nivel de formación del individuo que recibe la información, sus creencias, su cultura y su capacidad intelectual. También influye el número de familiares presentes puesto que la información puede ser brindada a todos ó a uno sólo y de éste a los demás. Cuando el médico informa al familiar el diagnóstico del paciente puede determinar qué elementos son los adecuados para el familiar con el que está hablando. Hay informaciones que no sólo no son necesarias sino que pueden resultar hasta indeseables. Por todo ello, en caso de conflicto, es muy importante identificar al familiar o cuidador responsable.

**12.** Si el familiar que recibe la información no es idóneo por sus características personales estaríamos adentrándonos en otro problema, ya que si no interpreta bien ó no tiene la capacidad necesaria para asimilarla surgen otras dificultades que van complicando el proceso. El médico siempre debe tener presente que, en la mayoría de los casos, los problemas éticos en la relación con los familiares de los pacientes surgen como consecuencia de errores en la comunicación– información.

**13.** La información a la familia de los pacientes debe cumplir los principios de la ética médica. Los interrogantes familiares derivan de su desconocimiento sobre la materia y del interés por ver sano a su familiar, pero son el motor que rigen su conducta. Por eso el cumplimiento de los principios de la ética médica es un factor que contribuye al buen desarrollo de la relación médico-paciente-familia.

**14.** En ocasiones, el familiar o acompañante del paciente es médico, lo cual puede facilitar algunos aspectos de la comunicación pero hacer problemáticas ciertas actuaciones. Ello dependerá de su forma de ser, sentimiento de obligación, responsabilidad o protagonismo y de su propio conocimiento del proceso por su

experiencia o especialidad, lo cual le puede conducir a tomar actitudes erróneamente intervencionistas o de observación y crítica poco colaboradoras. La calidad de la opinión profesional se desvirtúa si el intercambio sereno y racional de pareceres degenera en agresión verbal. La garantía de la expresión en libertad es fundamental, pero los debates deben transcurrir por cauces deontológicos de corrección y de respeto a la dignidad de las personas e instituciones.

**15.** En la relación médico-paciente-familiares pueden surgir diversas situaciones conflictivas para las que cada hospital puede haber diseñado protocolos de actuación diferentes o ésta dependerá directamente del médico, de su buen hacer y sus habilidades de comunicación. Algunas cuestiones son habituales:

a) ¿Se debería facilitar que los acompañantes estuvieran presentes durante las intervenciones del equipo sanitario, siempre que el enfermo lo solicite o ante la imposibilidad de solicitarlo lo desee su acompañante?

b) ¿Se debería proporcionar a los acompañantes información escrita sobre las actuaciones diagnósticas previstas para el paciente durante los días de hospitalización, así como sobre los tratamientos prescritos siempre que el enfermo lo solicite?

c) En el caso de cuidadores especialmente cualificados, especialmente en el caso de médicos acompañantes:

1. ¿Convendría invitarles a participar en la toma de decisiones respecto al problema del paciente ingresado como forma de mejorar la humanización asistencial o, por contra, hay alguna razón de interés para el paciente que hace deseable excluir a los médicos-acompañantes de las tomas de decisiones llevadas a cabo en la atención hospitalaria?

2. En el caso de que el médico acompañante perciba algún tipo de desatención hacia el paciente y/o retraso en la adopción de medidas adecuadas para problemas colaterales por parte del médico responsable durante su ingreso, después de haber intentado comentar el problema con éste, ¿cuál es el proceder adecuado buscando lo mejor para el enfermo: abstenerse de cualquier iniciativa, dar el tratamiento sin que quede constancia o dar orden de tratamiento a

enfermería asumiendo la responsabilidad mediante identificación (firma y número de colegiado) en la hoja de evolución?

3. Ante una situación percibida por el médico acompañante como de mala praxis por parte del médico responsable hacia el paciente hospitalizado, ¿a qué organismos habría que informar: al servicio de atención al paciente, al comité asistencial de ética, al jefe de servicio, al director del centro hospitalario...?”

**16.** Si el médico tiene en cuenta los interrogantes de la familia además de los del paciente podrá contribuir a promover un funcionamiento más saludable de todos los afectados. La mejor manera es establecer una relación justa y mesurada con los miembros de la familia e implicarles, en la medida de lo posible, como colaboradores en la asistencia al enfermo.

**17.** La muerte del paciente hospitalizado supone una de las situaciones más difíciles que debe afrontar el médico, pero también puede suponer una de las experiencias más enriquecedoras y de gran intensidad emocional al ayudar a resolverla en los miembros de la familia que se enfrentan a esta situación. No todos viven el duelo de la misma manera, dependiendo de su relación con el paciente, de su conocimiento de la situación y de la historia de la enfermedad.

### **Principios éticos y deontológicos**

**18.** La colegiación profesional establece unas relaciones de sujeción especial donde las normas de deontología profesional no constituyen simples tratados de deberes morales sin consecuencias en el orden disciplinario. Podría pensarse que al ser obligatoria la colegiación podría limitar esta sumisión. No es así, pues toda actuación médica debe desarrollarse dentro del campo deontológico marcado por el Código de Ética y Deontología Médica (CEDM) y la Organización Médica Colegial debe tener el máximo interés en salvaguardar y velar por que sean observados los principios deontológicos del CEDM, siendo este uno de sus fines fundamentales.

**19.** Existen varios artículos del actual CEDM que arrojan luz sobre las situaciones objeto de esta Declaración:

El artículo 31 indica:

- 1. La confraternidad entre los médicos es un deber primordial y sobre ella sólo tienen precedencia los derechos del paciente.*
- 2. Los médicos deben tratarse entre sí con la debida deferencia, respeto y lealtad, sea cual fuere la relación jerárquica que exista entre ellos.*
- 3. Los médicos compartirán sin ninguna reserva, en beneficio de sus pacientes, sus conocimientos científicos.*
- 4. Los médicos se abstendrán de criticar despreciativamente las actuaciones profesionales de sus colegas. Hacerlo en presencia de los pacientes, de sus familiares o de terceros es una circunstancia agravante.*
- 5. La relación entre los médicos no ha de propiciar su desprestigio público. Las discrepancias profesionales han de ser discutidas en privado o en sesiones apropiadas. En caso de no llegar a un acuerdo acudirán al Colegio, que tendrá una misión de arbitraje en estos conflictos.*
- 6. No supone faltar al deber de confraternidad el que un médico comunique a su Colegio, de forma objetiva y con la debida discreción las infracciones de sus colegas contra las reglas de la ética médica o de la práctica profesional. Tampoco cuando el médico actúe dentro de los límites propios de la libertad de expresión.*

El artículo 32. 2. especifica que *El médico no interferirá en la asistencia que esté prestando otro compañero. No se considera interferencia la situación de urgencia o la libre consulta por parte del paciente a otro médico, quien le advertirá, sin embargo, del perjuicio de una dirección médica múltiple no consensuada.*

El artículo 37 del CEDM concreta: *El médico está obligado a promover la calidad y la excelencia de la institución en que trabaja. Secundará lealmente las normas que tiendan a la mejor asistencia de los enfermos. Pondrá en conocimiento de la dirección del centro las deficiencias de todo orden, incluidas las de naturaleza ética, que perjudiquen esa correcta asistencia. Y si no fueran corregidas las denunciará ante el Colegio de Médicos o a las autoridades sanitarias, antes de hacerlo a otros medios.*

- 20.** En consecuencia, el equipo sanitario, el médico responsable o el profesional que atiende a un paciente son los únicos competentes para valorar la necesidad y

conveniencia de la presencia de acompañante de un enfermo durante su estancia hospitalaria. Los médicos que le asistan deben ser especialmente sensibles a las peticiones que, razonablemente, solicite el propio paciente y procurarán satisfacerlas siempre que ello no vaya en detrimento de la propia asistencia del paciente o de terceros. Serán los médicos los que establezcan las condiciones de tiempo y lugar de este acompañamiento.

**21.** Se deberá proporcionar a los enfermos y al acompañante la mejor y máxima información que proceda durante su asistencia, y se valorará la información que estos puedan aportar para mejorar el curso clínico del paciente. Es obligado hacer un esfuerzo de comunicación por todas las personas implicadas en orden a conseguir dicho objetivo.

**22.** El médico que es familiar o acompañante de un paciente hospitalizado tienen un plus de responsabilidad y está llamado especialmente a dar ejemplo de comportamiento exquisito en el trato y respeto con el personal sanitario que atiende al paciente. Si es conocedor de determinadas circunstancias o datos que puedan ser útiles para la asistencia clínica, deberá solicitar una entrevista con el colega médico responsable del paciente, y percibir el asunto como si de una interconsulta se tratara. El médico responsable de la asistencia tomará o no en consideración la información o las observaciones que se le hagan con el máximo respeto que como médico merece el colega informante.

**23.** El médico acompañante no interferirá en la asistencia que esté prestando otro colega, pero, si en el curso de un acto médico, se percatase de que existe una complicación o un error en el diagnóstico o en el tratamiento, tiene no sólo el derecho sino la obligación de hacerlo saber respetuosamente al médico responsable del paciente, y, si fuese desoído, al jefe inmediato del médico responsable o a la dirección del servicio u hospital.

**24.** En ningún caso estaría justificado, salvo en la situación del deber de socorro o por estado de necesidad, que un médico ajeno al servicio y en su condición de visitante o acompañante prescriba o de órdenes directas al personal sanitario sobre un paciente. Independientemente de las medidas que se adopten, ante un desacuerdo absoluto con la atención recibida siempre existe la posibilidad de solicitar el alta voluntaria y, si procede, la reclamación de responsabilidades.

**25.** El CEDM garantiza al médico la libertad profesional, existiendo el derecho de utilizar diferentes canales para denunciar las deficiencias del sistema sanitario. La confraternidad profesional es un valor muy cualificado y necesario para la calidad de la atención sanitaria, siempre subordinada al mejor servicio de los pacientes, de modo que jamás podrá hacerse un uso corporativista y cómplice de ella en contra de los intereses del paciente. La confraternidad colegial excluye el empleo de palabras cáusticas, irónicas o infamantes que buscan más el descrédito del colega que la crítica serena de sus ideas y actuaciones.

**26.** Las relaciones que vinculan a los colegiados entre sí no son ordinarias, pues imponen deberes que están por encima de la norma común. Siempre es condenable la maledicencia y la crítica despectiva entre colegas.

**27.** Es aconsejable que sea siempre un mismo médico quien proporcione información a los acompañantes a una hora determinada. Es conveniente que exista un familiar responsable, quien será el encargado de otorgar y recibir información de la condición del paciente y éste, a su vez, será el que informará al resto de la familia, evitando de esta forma malos entendidos.

**28.** El médico tiene derecho a que los pacientes le otorguen un trato de acuerdo a su dignidad humana, respetando en todo momento sus convicciones personales y a que, de igual manera, siempre que las circunstancias lo hagan necesario, dicho trato se haga extensivo de parte de los familiares del paciente.

### **Conclusiones**

**Primera.** Son obligadas la cooperación, la lealtad y la integridad en las relaciones interpersonales, respetando las actuaciones de los demás.

**Segunda.** En la labor de comunicación es primordial lograr que paciente y familiares tengan una imagen real y adecuada de la enfermedad, logrando así que participen conscientes y activamente en la recuperación.



**Tercera.** El médico ha de realizar una valoración adecuada a la hora de estimar a quien le va a dar información sobre el paciente.

Madrid, 30 de mayo de 2010  
EL SECRETARIO GENERAL

Vº Bº  
EL PRESIDENTE

Fdº Serafín Romero Agüit

Fdº Juan J Rodríguez Sendin