



## ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA ACTIVIDAD DE LAS COMISIONES DE DEONTOLOGÍA PROVINCIALES HOY EN ESPAÑA

### DESCRIPTIVE STUDY OF THE ACTIVITIES PERFORMED BY THE PROVINCIAL MEDICAL DEONTOLOGY COMMISSIONS

GARCÍA-GUERRERO JULIO<sup>1</sup>, TARAZONA LÓPEZ ERNESTO<sup>1</sup>,  
MARTÍNEZ CALDUCH BLANCA<sup>1</sup>, VERA-REMARTÍNEZ ENRIQUE JESÚS<sup>2</sup>,  
JIMÉNEZ DE ALDASORO MARÍA ANTONIA<sup>1</sup>, BOIX RAJADELL VICENTE<sup>1</sup>,  
VENTURA LÓPEZ MARIO<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Comisión de Deontología, Derecho Médico y Visado.*

*Colegio Oficial de Médicos. Castellón. Avda. Capuchinos 9. 12004 Castellón.*

<sup>2</sup> *Centro Penitenciario Castellón I.*

*Ctra. de Alcora km 10. 12006 Castellón.*

*Correspondencia: García-Guerrero J. e-mail: [garciaj@comcas.es](mailto:garciaj@comcas.es)*

#### RESUMEN:

##### Palabras clave:

Código de Deontología Médica; conflicto deontológico; incidencia; España.

Recibido: 02/11/2015

Aceptado: 20/03/2016

Objetivo: Describir las características de los expedientes que dirimen las comisiones de deontología de los colegios de médicos provinciales (CdDP). Material y método: Estudio descriptivo, retrospectivo de la tipología de las reclamaciones llegadas a las CdDP entre 01-06-2013 y 31-05-2014. Selección de los colegios mediante muestreo aleatorio estratificado simple. Se recogieron variables relacionadas con el origen de la queja, capítulo del Código de Deontología (CD) afectado, plazos de resolución, dictamen y otras. Análisis descriptivo de las variables, expresando con medianas las cuantitativas con sus correspondientes rangos intercuartílicos (IQR, p25-p75) y con frecuencias absolutas y relativas las cualitativas. Análisis bivariante, mediante las pruebas de Kruskal-Wallis y test de Ji-Cuadrado. Resultados: Participaron 10 colegios (47.625 colegiados; 20,2% de todos los de España) que comunicaron 120 reclamaciones. Incidencia global: 2,5 reclamaciones‰ colegiados/año. Principalmente denuncian los pacientes (96 casos, 80%), siendo medicina de familia la especialidad más afectada (19,2% de las reclamaciones), la calidad de la atención médica es el capítulo del CD más afectado (60% de las reclamaciones). El plazo de resolución global fue de 111,5 días (55-187). La CdDP dictaminó falta deontológica en 17 casos (14,2%), 10 de ellos en ejercicio privado. 8 (6,7%) estaban pendientes de resolución con fecha 01-03-2015. 8 casos (6,7%) acabaron en expediente disciplinario por la Junta Directiva, uno en amonestación verbal y otro estaba pendiente de resolución. Conclusiones: La incidencia de quejas deontológicas es baja, igual que la proporción de faltas. Existen demasiadas discrepancias entre los dictámenes de las CdDM y las Juntas Directivas colegiales.

**ABSTRACT:****Keywords:**

Medical Deontology Code; deontological conflict; incidence; Spain.

**Aim:** to describe the expedient's features those settle the medical ethics commissions of the provincial colleges (PMEC). **Material and methodology:** descriptive study, retrospective from the typology of the received claims to the PMECC between 01-06-2013 and 31-05-2014. The colleges were selected by simple stratified random sample. Variables related with the origin of the claim, chapter of the Medical Ethics Code affected, resolution timescales, judgement and others; were gathered. Descriptive analysis of the variables, expressing with medians the quantitative variables and their corresponding interquartile ranges; and with absolute and relative frequencies the qualitative ones. A bivariate analysis, through Kruskal-Wallis and Chi-square tests. **Results:** 10 provincial colleges participated (47.652 members, 20.2% from the Spanish total) that communicated 120 claims. Overall impact: 2.5 claims %0 members/year. The denouncers are mainly patients (80%). The family medicine is the most affected specialty (19.2% of the claims), the quality of the medical attention the most affected chapter of the CD (60% of the claims). The global resolution timescale was 115.5 days (55-187). The PMECC judged ethical failure in 17 cases (14.2), 10 of them within the private sector. 8 (6.7%) were pending on the date 01-03-2015. 8 cases (6.7%) ended in disciplinary file by the management board, one in verbal amonestation and one was pendent of resolution. **Conclusions:** the incidence of the medical ethics claims is low, as well as the proportion of disciplinary files. Too many discrepancies exist between the judgements of the PMECC and the college's management boards.

**1. Introducción**

La Deontología Médica (DM) en un conjunto de normas que los médicos se autoimponen buscando la excelencia en su ejercicio profesional. Estas normas no son pretendidas por el Derecho, cuya ética es de mínimos y busca esencialmente hacer posible la convivencia entre las personas, sino por el propio colectivo médico, que en su vocación de un mejor servicio a la sociedad, impone unas normas de Ética y Deontología profesional a su propio colectivo que supera las exigencias del ordenamiento jurídico del país. A pesar de lo anterior no hay que olvidar que las normas deontológicas son de obligado cumplimiento, en tanto en cuanto los colegios de médicos son corporaciones de derecho público reconocidas por la ley y también en razón de varias disposiciones legales vigentes<sup>1,2</sup> y concordante doctrina del Tribunal Constitucional<sup>3</sup>.

Siguiendo el hilo, la DM constituye, como dice el Preámbulo de nuestro Código de Deontología Médica (CDM), un "...compromiso de la profesión médica con la sociedad a la que presta sus servicios..."<sup>4</sup>, compromiso que se manifiesta en el desarrollo de nuevos derechos, tanto de médicos como de pacientes, ante el avance de los conocimientos científico-técnicos y se

plasma en la práctica en el conjunto de preceptos y reglas contenidas en el CDM.

Las comisiones de deontología son órganos consultivos de las juntas directivas de los colegios de médicos, una de cuyas funciones es, precisamente, la valoración de la existencia o no de trasgresiones deontológicas en las conductas de los médicos en el ejercicio de su profesión, cuando esas juntas directivas sometan a su consideración la denuncia de un paciente o de otro médico. Las comisiones existen desde antiguo y deben huir de la pretérita imagen de un tribunal de honor; su actividad debe regirse por la interpretación del CDM aplicada a las conductas de los médicos.

Existen pocos trabajos que estudien cual es el grado de actividad de las comisiones deontológicas y el tipo de conflictos de los que entienden. Los pocos que hay son del ámbito académico y se dirigen más a indagar sobre los conocimientos y actitudes de los médicos ante la DM que a la actividad de las comisiones como órganos asesores de las corporaciones colegiales<sup>5</sup>.

El objetivo del estudio es conocer la incidencia de las reclamaciones y describir las características de los conflictos que se plantean a las comisiones de deontología de los colegios de médicos provinciales hoy en España.

## 2. Material y método

Se trata de un estudio observacional, analítico y transversal, en el que se valoraron todos los expedientes de los que hubieran entendido las comisiones de deontología y que hubieran tenido entrada en los colegios de médicos entre el 1 de junio de 2013 y el 31 de mayo de 2014 y que se hubiesen solucionado o estuvieran pendientes de resolución a fecha 20 de febrero de 2015. Se seleccionó una muestra representativa de todos los colegios de médicos de España mediante un muestreo estratificado simple según el siguiente método:

Según datos proporcionados por el Consejo General de Colegios de Médicos (CGCOM), con fecha 1 de octubre de 2014, los 52 colegios oficiales de médicos provinciales existentes en España agrupan a 235.199 médicos, aunque de una forma muy dispar: Madrid acoge a 40.656 colegiados, Alicante a 7.279, Granada a 4.395, Jaén a 2.062 y Soria a 581, por ejemplo. Arbitrariamente se dividieron todos los colegios por su tamaño, según el número de colegiados, en cinco estratos; entre 0 y 2.000 colegiados (21 colegios), de 2.001 a 4.000 (14), de 4.001 a 6.000 (7), de 6.001 a 8.000 (6) y de más de 8.000 (4). Se ponderó por número de colegios y por porcentaje de colegiados en cada estrato, asumiendo como razonable el hecho de que a mayor número de colegiados mayor número de posibles conflictos, para obtener el cálculo del tamaño muestral de cada estrato, con el siguiente resultado: estrato 1: 3 colegios; estrato 2: 3 colegios; estrato 3: 1 colegio; estrato 4: 1 colegio; estrato 5: 2 colegios. El posterior muestreo aleatorio simple por estratos dio como resultado los colegios participantes: Lugo, Girona, Teruel, Castellón, Valladolid, Cantabria, Pontevedra, Alicante, Sevilla y Valencia. Estos colegios remitieron a los investigadores, a lo largo de los meses de febrero y marzo de 2015, información acerca de todos los conflictos en los que hubiera entendido la Comisión de Deontología colegial en el período estudiado, según una Hoja de Recogida de Datos que se expone en el Anexo I.

Se realizó un análisis descriptivo, considerando para las variables cuantitativas su distribución según prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov. Al no seguir en todos los casos una distribución normal, se expresaron

como medidas de tendencia central las medianas y de dispersión sus correspondientes rangos intercuartílicos (IQR), así como se facilitaron los valores máximos y mínimos. Las variables cualitativas se expresaron en forma de frecuencias absolutas y relativas.

Se realizó igualmente un estudio bivalente, comparando en las variables cuantitativas las medianas con la prueba de Kruskal-Wallis y en las variables cualitativas mediante el test de Ji-Cuadrado cuando se comparaban 2 categorías y el test de Ji-Cuadrado de tendencia lineal cuando se comparaban variables ordinales con más de 2 categorías. Los datos se analizaron con el programa IBM SPSS Statistics v.20., y se adoptó un nivel *alpha* de significación estadística inferior a 0,05 en todos los casos.

## 3. Resultados

Los colegios participantes agrupan a 47.625 colegiados, el 20,2% de todos los de España. Se comunicaron 120 conflictos, lo que supone una incidencia de 2,5% colegiados y año. El 80% (96) de las reclamaciones las realizaron pacientes. En el 11,7% de los casos (14), la reclamación la hizo un profesional médico y en el 8,3% (10) una institución, generalmente sanitaria. Son similares las reclamaciones en la asistencia pública respecto a la privada [61 (50,8%) vs 57 (47,5%)], sin diferencia entre los diversos estratos de la muestra. El capítulo del CDM más afectado por las reclamaciones es el de la calidad de la atención médica con 60 casos (50%), y las quejas en este aspecto se dirigen más al sector privado (Tabla 1)]. Los otros motivos principales de reclamaciones se detallan en la tabla 1. La especialidad contra la que más quejas se presentan es la medicina de familia en 23 ocasiones (Tabla 2). La mediana de días desde la entrada de la reclamación en el colegio hasta su resolución es de 111,5 días (55-187). Los plazos de resolución de los conflictos tienden a alargarse más en los colegios más pequeños, siendo los del estrato 3 los que más tardan en resolver (Tabla 3).

En 41 ocasiones (34,2%) las comisiones no llamaron a nadie a declarar para tomar una decisión, en 54 (45%) se llamó a denunciado y denunciante (Tabla 4); solo en 2 ocasiones se llamó a declarar a personal no médico.

**Tabla 1. Capítulos del Código de Deontología más afectados por las quejas.**

Capítulo CDM		Parcela de ejercicio denunciada			Total	Significación*
		Público	Privado	Otros		
Otros	Total	5	1	0	6	n.s.
	%	8,2%	1,8%	0%	5%	
Publicidad médica	Total	1	0	0	1	n.s.
	%	1,6%	0%	0%	0,8%	
Relaciones entre los médicos	Total	2	1	2	5	n.s.
	%	3,3%	1,8%	100%	4,2%	
Secreto profesional	Total	0	2	0	2	n.s.
	%	0%	3,5%	0%	1,7%	
Calidad de la atención médica	Total	26	34	0	60	n.s. (p=0,0645)
	%	42,6%	59,6%	0%	50%	
Relaciones médico-paciente	Total	14	12	0	26	n.s.
	%	23%	21,1%	0%	21,7%	
Principios generales	Total	13	7	0	20	n.s.
	%	21,3%	12,3%	0%	16,7%	
Total general	Total	61	57	2	120	n.s.
	%	100%	100%	100%	100%	

(\*): Prueba de Ji-Cuadrado; CDM: Código de Deontología Médica; n.s.: no significativo.

**Tabla 2. Especialidades más afectadas por las quejas**

Especialidad	Frecuencia (% del total)
Medicina de familia	23 (19,2%)
Traumatología	14 (11,7%)
Cirugía (excepto C. Estética)	9 (7,5%)
Obstetricia y Ginecología	3 (2,5%)
Otras:	71 (59,2%)
Oftalmología	7 (5,8%)
Urgencias	4 (3,3%)
Cirugía estética	4 (3,3%)
Radiología	2 (1,6%)
Pediatria	2 (1,6%)
Cardiología	2 (1,6%)
Odontología	2 (1,6%)
Anestesia	2 (1,6%)
Medicina Interna	2 (1,6%)
Urología	1 (0,8%)
Neurología	1 (0,8%)
Toxicología	1 (0,8%)
Perito Médico	1 (0,8%)
Neurocirugía	1 (0,8%)
Reumatología	1 (0,8%)
Oncología	1 (0,8%)
Anatomía Patológica	1 (0,8%)
Psiquiatría	1 (0,8%)
Medicina del Trabajo	1 (0,8%)
No consta	30 (25%)

**Tabla 3. Plazos de resolución y comparativa entre diferentes estratos**

	Mediana(*)	IQR (p25-p75)
Global	111,5	55,0-187,0
Estrato		
0-2000	125,0	73,5-198,0
2001-4000	144,0	82,0-190,0
4001-6000	286,0	248,0-414,5
6001-8000	68,5	24,3-92,3
>8000	88,0	45,0-162,0
COMPARACIÓN DE ESTRATOS	SIGNIFICACIÓN(‡)	
Estrato 1 vs Estrato 2	0,781	
Estrato 1 vs Estrato 3	0,005	
Estrato 1 vs Estrato 4	0,001	
Estrato 1 vs Estrato 5	0,002	
Estrato 2 vs Estrato 3	0,003	
Estrato 2 vs Estrato 4	<0,0001	
Estrato 2 vs Estrato 5	0,001	
Estrato 3 vs Estrato 4	0,003	
Estrato 3 vs Estrato 5	0,003	
Estrato 4 vs Estrato 5	0,188	

(\*): en días; (‡): Comparación de medianas mediante Kruskal-Wallis.

**Tabla 4. Testimonios utilizados por las comisiones para resolver los casos**

Declarante	Frecuencia (%)
Denunciante	4 (3,3)
Denunciado	17 (14,2)
Ambos	54 (45)
Otros	4 (3,3)
Nadie	41 (34,2)

La CdDP dictaminó que había falta deontológica en 17 de las reclamaciones presentadas (14,2%), de los que 10 eran en ejercicio privado; no se hallaron diferencias en este aspecto entre los diversos estratos. 8 (6,7%) estaban pendientes de resolución con fecha 01-03-2015. De los 17 casos en que la Comisión dictaminó falta deontológica, sólo 8 casos (6,7% del total) acabaron en expediente disciplinario por la Junta Directiva, uno en amonestación verbal y otro estaba pendiente de resolución al acabar el período de recogida de datos. La especialidad de medicina de familia es la que tuvo un porcentaje más alto de expedientes con resolución condenatoria: 4 de los 8 totales. En 108 casos (90%) la resolución final fue comunicada por la Junta Directiva a los colegiados interesados.

#### 4. Discusión

Se han estudiado las características de las reclamaciones que estudian y dirimen las comisiones de deontología de los colegios de médicos provinciales (CdDP). No conocemos estudios de esta índole de ámbito estatal español, solo algunos pocos estudian esta temática pero en ámbito uniprovincial, con diferentes objetivos y metodologías, por lo que las comparaciones son difíciles<sup>5,6</sup>. La incidencia global encontrada de 2,5 quejas por cada mil médicos y año es bastante menor que las 7‰ y año que encuentra Collazo<sup>5</sup>, pero es el doble de la que comunica Pérez Artigues en su estudio<sup>6</sup>. En cualquier caso 120 conflictos deontológicos es un número pequeño, teniendo en cuenta que, sólo en el sector público, se realizaron en 2012 más de 500 millones de actos médicos entre atención primaria y especializada<sup>7</sup>. Los datos crudos muestran similitud

en el número de quejas planteadas en el ejercicio público y el privado, aunque este dato debe tomarse con mucha prudencia ya que, aunque es imposible saber el número de actos médicos que se hacen en el sector privado, es incuestionable que son muchos menos que en el sector público. La especialidad sobre la que recaen más denuncias es Medicina de Familia, lógico al ser en la que más actos médicos se realizan, pero como antes, este dato hay que manejarlo con cautela por la imposibilidad de tener datos exactos sobre el número de consultas de cada especialidad y también por el hecho que en un 25% de casos no se proporcionó ese dato a los investigadores.

Los plazos de resolución no llegan a cuatro meses, lo que parece bastante razonable si se tiene en cuenta que la actividad de los miembros de las CdDP es completamente voluntaria y se realiza a tiempo parcial fueran del horario laboral normal, y que puede ser necesario tomar declaración a varias personas antes de que sea posible tomar una decisión. Es notable el hecho encontrado que las comisiones de colegios pequeños tienden a tardar más en emitir sus dictámenes. Pueden contribuir a ello aspectos como un menor número de miembros que ralentice los trabajos de la Comisión, o la cercanía en las relaciones personales entre los médicos en los colegios pequeños, lo que también puede estorbar la toma de decisiones que pueden llegar a ser difíciles y afectar a personas conocidas.

No se explica muy bien la diversidad en el procedimiento de estudio de reclamaciones y toma de decisiones por las comisiones provinciales. Mientras que hay comisiones que siempre entrevistan a denunciante, denunciado y uno o varios testigos si los hay, otras lo hacen solo en ocasiones y otras nunca, ni siquiera al médico denunciado. Esta falta de homogeneidad en el procedimiento no es buena y debería ser solucionada por la organización colegial. Entendemos como necesario que la Organización Médica Colegial (OMC) mediante su Comisión Central de Deontología, publique una guía, si no de obligado cumplimiento, si al menos de consulta y orientación, en la que se arbitre un procedimiento para resolución de conflictos y emisión de

dictámenes por las comisiones provinciales. Los trabajos de las comisiones y sus dictámenes pueden ser equiparados, a los efectos del artículo 68.2 de los estatutos de la OMC, a una información reservada previa a la incoación de expediente disciplinario por las juntas directivas de los colegios, que son las únicas con potestad para hacerlo. En ese sentido un procedimiento reglado y común a todas las CdDP es una herramienta básica y que puede proporcionar seguridad tanto a los médicos como a los pacientes.

La calidad de la atención médica es el capítulo del CDM afectado por más quejas deontológicas, coincidiendo con lo encontrado por Collazo<sup>5</sup> y, aunque la diferencia no alcanza la significación estadística por poco, se dan más quejas por este capítulo en la medicina privada que en la pública. Eso puede parecer contradictorio si tenemos en cuenta que, a priori, la disponibilidad de tiempo para las consultas es superior en la medicina privada y el tiempo es básico para generar una adecuada relación médico-paciente, así como para mejorar la eficacia y eficiencia del acto médico<sup>8</sup>. Es posible que ante la falta de reconocimiento social y económico a su labor, los médicos del sector público encuentren en *"la percepción de la utilidad social"*<sup>9</sup> de su trabajo, el estímulo suficiente como para prestar una buena asistencia a pesar de todo y que eso sea percibido y apreciado por sus pacientes. En cualquier caso, la búsqueda de la eficiencia a toda costa que caracteriza las decisiones de gestión actualmente en el sistema sanitario, sí que contribuye a que, en ocasiones, el enfermo no sea el núcleo de la actividad médica, lo que forzosamente se ha de trasladar al microcosmos del acto médico propiamente dicho en forma de masificación de consultas, listas de espera interminables y otras, y eso sí que explica que los problemas de relación entre médicos y pacientes sean el otro capítulo del CDM principalmente afectado por las quejas. En los dos trabajos principales que referenciamos<sup>5,6</sup>, se comunica un notable número de reclamaciones que afectan al capítulo de las relaciones de los médicos entre sí y con otros profesionales sanitarios, superior en ambos casos a los hallazgos que nosotros

encontramos. No acertamos a explicar el porqué de estas diferencias. Es posible que tenga que ver con ello el efecto dilución que conlleva un trabajo de ámbito nacional frente a trabajos uniprovinciales.

Un dato que sí está en línea con lo comunicado en los dos trabajos anteriores es el número de dictámenes en los que se aprecia vulneración del CDM. Entendemos que es alentador que solo 17 casos de los denunciados merezcan reproche deontológico; por un lado demuestra que los casos de mala praxis médica desde el punto de vista deontológico son una gota de agua en el océano de los más de 500 millones de actos médicos anuales en España; por otro, este número de reclamaciones estimadas alejan la imagen de las comisiones de deontología de aquella desfasada de un tribunal de honor y también de la toma de decisiones desde un falso corporativismo, que lo único que hace es dañar la imagen de las corporaciones colegiales.

Ahora bien, hay que llamar la atención sobre el hecho que solamente la mitad de los dictámenes de las comisiones que consideran que se ha vulnerado el CDM merecen la apertura de un expediente disciplinario por las juntas directivas colegiales. Según el procedimiento disciplinario contemplado en los Estatutos Generales de la OMC la competencia para incoar expedientes disciplinarios es de las juntas directivas provinciales. La Comisión de Deontología solo será oída en el trámite previo a la resolución del expediente (art. 68.11 de los Estatutos). Los dictámenes de las comisiones que hemos estudiado son todos previos a la decisión de incoar expediente y no tienen carácter vinculante para las juntas, aunque se aprecie en ellos la vulneración de alguno de los artículos del CDM. Aún asumiendo que las comisiones de deontología son órganos consultivos de las juntas directivas colegiales y que sus dictámenes no son vinculantes para aquellas, cuesta admitir que el trabajo de las comisiones sea tan poco tenido en cuenta por las juntas. Si las comisiones de deontología son los órganos colegiados encargados de juzgar las acciones de los médicos a la luz del CDM, solo muy poderosas razones justificarían el que las juntas directivas no sigan sus dictámenes. Esa discrepancia debería ser la excepción y en modo alguno

ser tan frecuente como se demuestra en nuestro trabajo. Sería conveniente que la OMC como institución que agrupa a todos los colegios provinciales, diseñara un estudio para intentar arrojar luz sobre este dato.

Ninguno de los autores declara conflicto de intereses en este trabajo.

## 5. Agradecimientos

Al Consejo General de Colegios de Médicos, por el apoyo institucional que prestó desde el principio para la realización de este trabajo.

A las comisiones de deontología de los colegios de médicos de Alicante, Cantabria, Girona, Lugo, Pontevedra, Sevilla, Teruel, Valencia y Valladolid, por su desinteresada colaboración facilitándonos la información que necesitamos.

Al Dr. D. José Antonio Herranz Martínez, Presidente del Ilmo. Colegio Oficial de Médicos de Castellón, por su inestimable apoyo en la realización de este trabajo.

Al Dr. D. Joan Monés i Xiol, expresidente de la Comisión de Deontología del Ilustrísimo Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, por su revisión del texto y por las sugerencias que hizo, que sin duda lo enriquecieron.

## Referencias

1. Ley 2/1974, de 13 de febrero, de colegios profesionales. Boletín Oficial del Estado. nº 40, de 15 de febrero de 1974.
2. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado nº 280, de 22 de noviembre de 2003.
3. Tribunal Constitucional. Sentencia 219/1989, de 21 de diciembre de 1989. Boletín Oficial del Estado nº 10, de 11 de enero de 1990.
4. Organización Médica Colegial española. *Código de Deontología. Guía de ética médica*. Madrid, 2011.
5. Collazo Chao E. *Propuesta de actualización del Código de Ética y Deontología Médica (1999) de la Organización Médica Colegial de España* (Tesis doctoral). Universidad de Córdoba, 2009.
6. Pérez Artigues JA. *Informes de la Comisión Deontológica del Colegio de Médicos de Baleares en el último decenio*. II Congreso Nacional de Deontología Médica. Tarragona, 7-9 de mayo de 2015.
7. Ministerio de Sanidad. *Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2013* [publicación en línea]. Disponible en: <http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm> [Consulta: 14-06-2015]
8. Consejo General de Colegios de Médicos. *Tiempos mínimos en las consultas médicas. Declaración de la Comisión Central de Deontología del CGCOM*. Madrid, 2008 [publicación en línea]. Disponible en: [http://www.cgcom.es/sites/default/files/08\\_01\\_25\\_tiempo\\_consulta\\_0.pdf](http://www.cgcom.es/sites/default/files/08_01_25_tiempo_consulta_0.pdf) [Consulta: 05-09-2015]
9. Organización Médica Colegial. *Manual de Ética y Deontología Médica*. Madrid, 2012: 80.

**ANEXO I**  
**CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS**

1. **¿Origen de la queja?**
  - a. Un paciente
  - b. Un médico
  - c. Una institución
2. **Especialidad del médico contra el que se reclama**
  - a. Familia
  - b. Ginecólogo
  - c. Traumatólogo
  - d. Cirugía (excepto estética)
  - e. Otra (especificar)
3. **La reclamación se dirige a la parcela de ejercicio**
  - a. Privado
  - b. Público
  - c. Otros campos de la actividad de un médico (enseñanza, publicidad, declaraciones de prensa, ...)
4. **Respecto a las reclamaciones, están vinculadas al capítulo del Código de Deontología médica:**
  - a. Los principios generales
  - b. Las relaciones del médico con sus pacientes
  - c. La calidad de la atención médica
  - d. El secreto profesional
  - e. Las relaciones de los médicos entre si
  - f. La publicidad médica
  - g. Otro (especificar)
5. **¿Tiempo desde la presentación de la queja hasta la resolución?**
  - a. Fecha de entrada de la queja en el Colegio.
  - b. Fecha de acuerdo de Junta Directiva para enviar la queja a la C. Deontológica
  - c. Fecha de resolución por la C. Deontológica
6. **Durante la tramitación del caso se ha llamado a declarar ante la Comisión:**
  - a. Al/a denunciante
  - b. Al denunciado/a
  - c. A ambos
  - d. A otros testigos médicos
  - e. A otros testigos no médicos
  - f. A nadie
7. **Dictamen de la Comisión deontológica**
  - a. No hay falta deontológica
  - b. Sí hay falta deontológica
8. **¿Hay propuesta de la Comisión a la Junta Directiva acerca de la gravedad de los hechos o se tipifican estos según los Estatutos Generales de la OMC?**
  - a. Sí
  - b. No
9. **¿Se comunica al denunciante la resolución de la Comisión Deontológica?**
  - a. Sí
  - b. No
10. **Resolución final en su caso de la Junta Directiva del Colegio**
  - a. Archivo
  - b. Expediente informativo que acaba en disciplinario
  - c. Expediente informativo que no acaba en disciplinario
  - d. Otros (especificar)
11. **¿Se le comunica al denunciante?**
  - a. Sí
  - b. No