



# IMPORTANCIA DE LA AUTORREGULACIÓN: ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD DE LA COMISIÓN DE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA MÉDICA EN CÓRDOBA

## THE IMPORTANCE OF SELF-REGULATION: ANALYSIS OF THE ACTIVITY OF THE MEDICAL ETHICS AND DEONTOLOGY COMMISSION IN CORDOBA

CRISTINA M. BELTRAN-AROCA<sup>1</sup>, ELOY GIRELA-LÓPEZ<sup>1</sup>, JOSÉ SÁEZ-RODRÍGUEZ<sup>2</sup>, MARÍA DOLORES PÉREZ-CÁRCELES<sup>3</sup>

1. Área de Medicina Legal y Forense. Facultad de Medicina y Enfermería. Universidad de Córdoba, España.

2. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Córdoba, España.

3. Departamento de Medicina Legal y Forense, Facultad de Medicina, Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria (IMIB-Arrixaca), Universidad de Murcia, España.

Correspondencia: Eloy Girela López. Facultad de Medicina y Enfermería. Avd. Menéndez Pidal s/n., 14004 Córdoba (España). 957218156. ft1gilpe@uco.es

### RESUMEN:

#### Palabras clave:

Autorregulación,  
Relación médico-paciente,  
Deontología  
médica, Código de  
deontología médica,  
Régimen disciplinario

Recibido: 18/07/2022

Aceptado: 18/12/2022

Objetivo: analizar la actividad de la Comisión de Ética y Deontología Médica (CEDM) del Colegio Oficial de Médicos de Córdoba, respecto a situaciones conflictivas en la profesión en el período 2013-2021. Material y métodos: estudio observacional transversal, en el que finalmente se recogieron 83 casos de reclamaciones presentadas ante el Colegio. Resultados: la incidencia fue de 2,6 reclamaciones% colegiados/año, con un total de 92 médicos denunciados. El 61,4% fueron presentadas por el paciente, dirigidas en un 92,8% a un solo médico. El 30,1% fue en la especialidad de medicina de familia, siendo el 50,6% en el ámbito público y el 72% en asistencia ambulatoria. En el 37,7% el capítulo del Código de Deontología Médica afectado fue el IV (calidad de la atención médica). En el 89,2% las partes acudieron a declarar, observándose mayor riesgo de expediente disciplinario cuando la declaración era oral y escrita (OR:4,61; p=0,026). La mediana de los plazos de resolución fue de 63 días, significativamente mayores en los casos propuestos para expediente disciplinario (146 días vs. 58,50 días; OR:1,01; p=0,008). La CEDM dictaminó infracción deontológica en el 15,7% (n=13), siendo expedientados 15 médicos (16,3%) y 4 sancionados (26,7%) mediante apercibimiento y suspensión temporal del ejercicio. Conclusiones: La función de la CEDM resulta fundamental en la autorregulación del ejercicio profesional. Los comportamientos inapropiados durante la asistencia al paciente o entre compañeros, conllevan graves implicaciones éticas, repercusiones disciplinarias para el médico, y especialmente, socavan la confianza de los pacientes en la profesión médica.

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

Self-regulation,  
 Doctor-patient  
 relationship,  
 Medical deontology,  
 Code of medical  
 ethics, Disciplinary  
 procedure

**Objective:** to analyse the activity of the Medical Ethics and Deontology Commission (MEDC) of the College of Physicians of Cordoba regarding conflictive situations in the profession from 2013 through 2021. **Material and methods:** cross-sectional observational study, in which 83 cases of complaints submitted to the College were collected. **Results:** the incidence was 2.6 complaints% members/year, with a total of 92 doctors reported. 61.4% were submitted by the patient, 92.8% of which were addressed to a single doctor. 30.1% were in the speciality of family medicine, 50.6% in the public sector and 72% in outpatient care. In 37.7% the chapter of the Code of Medical Ethics concerned was chapter IV (quality of medical care). In 89.2% of cases the parties came to make a statement, with a higher risk of disciplinary proceedings being observed when the statement was both, oral and written (OR:4.61; p=0.026). The median resolution time was 63 days, significantly longer in cases proposed for disciplinary proceedings (146 days vs. 58.50 days; OR:1.01; p=0.008). The MEDC found 15.7% (n=13) to be in breach of ethics, with 15 doctors being disciplined (16.3%) and 4 sanctioned (26.7%) with a warning and temporary suspension from practice. **Conclusions:** The role of the MEDC is fundamental in the self-regulation of professional practice. Inappropriate behaviour during patient care or between colleagues has serious ethical implications, disciplinary repercussions for the physician, and it particularly undermines patients' trust in the medical profession.

**1. Introducción**

El desempeño de la práctica clínica debe regirse por elevados estándares de profesionalidad, que garanticen una atención de calidad y minimicen los riesgos que ponen en peligro la seguridad del paciente. Como requisito, el ejercicio profesional debe implicar la firme adhesión a unos valores y comportamientos morales ejemplarizantes para el resto de la sociedad<sup>1</sup>.

En la mayoría de los países, existen organismos encargados de los procedimientos de régimen disciplinario de los profesionales sanitarios. Realizan una serie de consideraciones sobre aspectos éticos y profesionales de la asistencia prestada en defensa de los intereses del paciente<sup>2</sup>. Para salvaguardar los derechos de las partes implicadas, el Convenio Europeo de Derechos Humanos establece una serie de preceptos legales (art. 6) entre los que se incluyen: la imparcialidad del tribunal, el derecho a ser oído en un plazo de tiempo razonable y el derecho a una asistencia jurídica. Estas garantías se deben aplicar además, de modo análogo, a los procedimientos seguidos ante órganos disciplinarios. Los Estados miem-

bros del Consejo de Europa, como España, son parte del Convenio y están obligados a proteger de forma justa los procedimientos ejecutados<sup>3</sup>.

En España, la Organización Médica Colegial señala como uno de los principios rectores de la profesión médica, la práctica de la autorregulación "con el fin de mantener la confianza social, mediante la transparencia, la aceptación y corrección de errores y conductas inadecuadas y una correcta gestión de los conflictos"<sup>4</sup>. Para llevar a cabo este precepto los Colegios Oficiales de Médicos tienen entre sus funciones velar por el cumplimiento de las normas de ética y deontología de la profesión médica. Promueven la calidad de la profesión y defienden los intereses de sus miembros, prestándoles apoyo en la prevención y abordaje de prácticas poco adecuadas, no solo para ellos mismos sino también respecto a sus compañeros<sup>5</sup>. Cuando

3 Instrumento de Ratificación del *Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales*, hecho en Roma el 4 de noviembre de 1950, y enmendado por los Protocolos adicionales números 3 y 5, de 6 de mayo de 1963 y 20 de enero de 1966, respectivamente. *Boletín Oficial del Estado* n° 243, de 10 de octubre de 1979.

4 Organización Médica Colegial de España. *Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica*. Madrid, 2011.

5 Weenink, J.W., Kool, R.B., Hesselink, G., Bartels, R.H., Westert, G.P. "Prevention of and dealing with poor performance: an interview study about how professional associations aim to support healthcare professionals". *International Journal of Health Care Quality Assurance incorporating Leadership in Health Services*. 2017;29(6):838-844.

1 Scheepers, R.A. *Physicians' Professional Performance: An Occupational Health Psychology Perspective*, University of Amsterdam, Amsterdam, 2016, 290.

2 Birkeland, S., Christensen, R., Damsbo, N., Kragstrup, J. "Process-related factors associated with disciplinary board decisions". *BMC Health Services Research*. 2013;13:9.

se interpone una reclamación por situaciones conflictivas surgidas en la relación médico-paciente, entre el propio colectivo médico, o entre el profesional y la institución sanitaria, las Comisiones de Ética y Deontología Médica (CEDM) realizan asesoramiento mediante informe reservado a la Junta Directiva (JD) de cada Colegio Oficial, sobre si existe algún tipo de transgresión deontológica. La función de la CEDM es de carácter consultivo, pues es finalmente la JD quien posee la potestad disciplinaria para iniciar la instrucción de un procedimiento disciplinario y tomar la decisión final respecto a la sanción<sup>6</sup>. La existencia de este tipo de organismos resulta imprescindible para conseguir la finalidad básica del ejercicio profesional: la salud integral del enfermo que incluye su bienestar a nivel psíquico y social<sup>7</sup>. En la actualidad la función de las Comisiones se justifica en la necesidad de que los profesionales asuman una responsabilidad deontológica derivada de la inobservancia de sus obligaciones con los pacientes, recogidas en los preceptos del actual Código de Deontología Médica (CDM)<sup>8</sup>. Una serie de hechos y acontecimientos acaecidos en los últimos años así lo han puesto de manifiesto. En primer lugar, la medicina no es una ciencia exacta, por lo que cualquier intervención puede ser susceptible de complicaciones. A ello se añade la ampliación del concepto del derecho a la protección de salud, que incluye también el "daño biológico". Además, se han observado una serie de cambios en la relación médico-paciente, otorgando gran relevancia a la autonomía del paciente<sup>9</sup>. Aunque no sea un fenómeno generalizado, también contribuyen las prácticas profesionales negligentes e imprudentes, junto con un aumento en la litigiosidad en el ámbito sanitario<sup>10</sup>. Los trabajos sobre las reclamaciones presentadas en las CEDM en España son

escasos, y las cifras muy variadas<sup>11,12,13</sup>. Por ello se planteó como objetivo principal de la investigación determinar la actividad de la CEDM del Colegio Oficial de Médicos de Córdoba, relacionada con la resolución de situaciones conflictivas en la profesión médica entre los años 2013 y 2021. Además se establecieron como objetivos secundarios: a) describir las características de las reclamaciones que fueron presentadas ante la referida Comisión, hasta la resolución definitiva elevada por la Junta Directiva; b) determinar la asociación de las características de la muestra con la instrucción de un expediente disciplinario; y c) analizar la trascendencia ética de las situaciones planteadas.

## 2. Material y Métodos

Se realizó un estudio estadístico observacional, descriptivo y transversal, en el que se analizó la actividad de la Comisión de Ética y Deontología Médica (CEDM) del Colegio Oficial de Médicos de Córdoba, a través de las resoluciones emitidas entre el 1 de octubre de 2013 y el 1 de octubre de 2021. El número total de colegiados activos en ese período fue de 31995.

Se estableció como criterio de inclusión el análisis de todas las reclamaciones presentadas ante el Colegio Oficial de Médicos de Córdoba posteriormente evaluadas por la CEDM, independientemente de la causa que los motivara y/o resolución definitiva por parte de la Junta Directiva. Se excluyeron aquellas reclamaciones que excedían las competencias de la Comisión, se encontraban a la espera de una resolución judicial o no se correspondían con una reclamación. La muestra definitiva ascendió a 83 casos (Figura 1).

6 Orden de 17 de mayo de 2017, por la que se aprueba la modificación de los *Estatutos del Colegio Oficial de Médicos de Córdoba* y se dispone su inscripción en el Registro de Colegios Profesionales de Andalucía. *Boletín oficial de la Junta de Andalucía* nº 106, 06/06/2017.

7 Cairo-Antelo, J.M. "Comisiones de Ética y Deontología Médica: constitución, organización y funcionamiento". *Cuadernos de Bioética*. 1998;1:96-111.

8 Organización Médica Colegial de España, *op.cit.*5

9 Mead, N., Bower, P. "Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature". *Social Science & Medicine*. 2000;51(7):1087-1110.

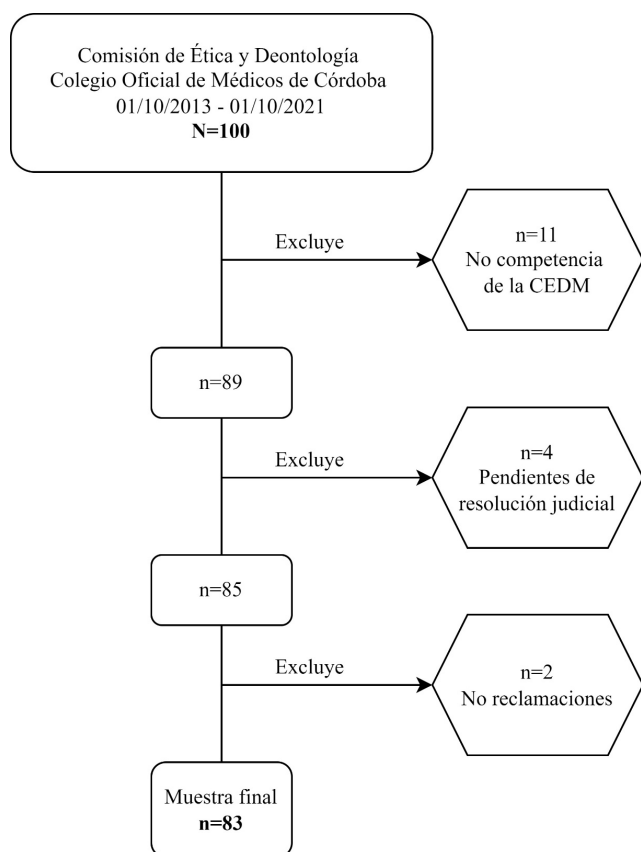
10 Cairo-Antelo, J.M. *op.cit.* 99.

11 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, Córdoba, 2009.

12 García-Guerrero, J., Tarazona López, E., Martínez Calduch, B., Vera-Remartínez, E. J., Jiménez de Aldasoro, M. A., Boix Rajadell, V., et al. "Estudio Descriptivo de la Actividad de Las Comisiones de Deontología Provinciales Hoy en España". *Cuadernos de Bioética*. 2016;27(90):185-192.

13 Pérez-Artigues, J.A. "Los conflictos entre médicos, un problema deontológico". *Revista del Colegio Oficial de Médicos de Islas Baleares*. 2016;81:24-25.

Figura 1. Diagrama de flujo de la muestra



Se analizaron las siguientes variables: Año de presentación de la reclamación; Nº de médicos denunciados; Denunciante (paciente/otro médico/familiar/otro profesional sanitario/otros: institución pública); Reclamaciones previas (sí/no/desconocido); Tipo de asistencia (pública/privada/otros); Centro de asistencia (asistencia hospitalaria/ambulatoria); Especialidad médica (tipos; médicas/médico-quirúrgicas); Motivo de la reclamación (I-XXI: categorizada según el capítulo vulnerado del CDM); Tipo de declaración que presta el denunciado (oral/escrita/ambas); Plazo de resolución del caso por la CEDM (días); Existencia de falta deontológica (sí/no); Decisión de la JD (confirma/no confirma); Expediente disciplinario (sí/no); Tipo de falta (leve/grave/muy grave); Resolución final de la JD (archivo/amonestación privada/apercibimiento/suspensión temporal/expulsión del Colegio); Recurso posterior (sí/no/no se conoce) y otras variables sociodemográficas de las partes intervinientes: Sexo del denunciante,

médico denunciado y paciente (hombre/mujer); Edad del paciente ( $\leq 40/41-60/>61$  años) y del denunciado ( $\leq 50/>51$  años) considerando los rangos medios; Nacionalidad del médico (española/otras/no conocida).

Para el análisis estadístico de los datos, se realizó un estudio descriptivo de las variables cualitativas, mediante el cálculo de recuentos (n), proporciones (%) e intervalo de confianza al 95% (IC 95%). Una vez comprobada la distribución de los datos (prueba de Kolmogórov-Smirnov) se calculó la mediana (Me) y rango intercuartílico (RQ) para las variables cuantitativas. Además se realizó una comparación de proporciones entre los distintos grupos mediante la prueba de Chi cuadrado (2) para tablas de contingencia y el estadístico de Fisher cuando alguna frecuencia esperada fue inferior a 5. A la vista de la distribución de los datos, se realizó un análisis bivalente de subgrupos utilizando test no paramétricos: la prueba U de Mann-Whitney en caso de dos grupos, y la prueba H de Kruskal-Wallis, si más de dos. Para conocer el riesgo de que la CEDM resolviera la propuesta de apertura de un expediente disciplinario, se realizó un análisis multivariante de regresión logística (procedimiento de selección metódica hacia atrás), partiendo de un modelo donde fueron introducidas como variables independientes: el sexo, edad y especialidad médica del médico denunciado, el tipo de asistencia, los plazos de resolución de la CEDM, la persona denunciante y el haber prestado declaración; y como dependiente, la resolución de apertura de expediente disciplinario. El objetivo era conocer el efecto de cada una de las variables una vez ajustadas por el resto. Los resultados se muestran mediante odds ratio (OR) y el respectivo IC 95%.

Todos los contrastes de hipótesis fueron bilaterales y se consideraron estadísticamente significativos aquellos cuyo valor p era inferior a 0,05. Los datos fueron recogidos en un fichero Excel y posteriormente depurados, procesados y analizados con el programa estadístico PASW Statistics 25 (IBM-SPSS). Para las figuras se empleó GraphPad Prism versión.9.3.1.

El estudio estuvo sujeto a los preceptos éticos contenidos en la declaración de Helsinki, con sus últimas actualizaciones, incluyendo el Convenio de Oviedo. Se

respetó en todo momento, mediante la anonimización de los datos en la base creada, la confidencialidad de los mismos, de acuerdo con el Reglamento General de Protección de Datos UE 2016/679 y la Ley Orgánica 3/2018, de 6 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Un miembro de la propia CEDM realizó la seudonimización de los casos eliminando los datos identificativos de cualquiera de las partes. A cada caso se le asignó un número correlativo según la fecha de presentación de la reclamación y año.

De manera previa a su realización fue sometido a la evaluación y aprobación de la Junta Directiva del Colegio Oficial de Médicos de Córdoba y del Comité de Ética de la Investigación del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba (ref. CEI-5362; 30/03/2022).

### 3. Resultados

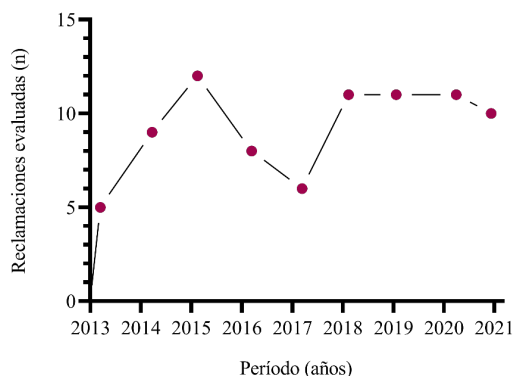
La muestra definitiva incluyó 83 casos. En la Figura 2 se observa la evolución de las cifras de reclamaciones evaluadas por la CEDM en el período 2013-2021, con

un máximo de 12 casos en el año 2015 (14,5%; IC 95%: 6,92-22,08). La mediana de casos al año fue de 10 [RQ: 7,5-11]. La incidencia fue de 2,6 reclamaciones por cada mil colegiados al año.

En las 83 denuncias había implicados un total de 71 pacientes y 92 médicos denunciados, estos últimos con un valor mediano de 11 al año [7-12], sin diferencias estadísticamente significativas entre los años analizados ( $p=0,684$ ). En un 92,8% ( $n=77$ ) de casos se denunció a un único facultativo, a dos en un 4,8% ( $n=4$ ), y hubo un caso en el que se interpuso una reclamación hasta a 7 médicos diferentes (1,2%). A ello se añade una reclamación que no fue dirigida contra un médico concreto, sino frente a un servicio médico por cuestiones de gestión asistencial ( $n=1$ ; 1,2%). Solo se tuvo constancia de que 5 de los médicos implicados habían sido denunciados en ocasiones previas (6%). Las características de las partes intervinientes: denunciados, pacientes y médicos denunciados quedan recogidas en la Tabla 1.

Tabla 1. Características de las partes interesadas en los casos evaluados.

		n (%)	
Denunciados n=83	Tipo	Paciente	51 (61,4)
		Otro médico	11 (13,3)
		Familiar	15 (18,1)
	Sexo	Otro profesional sanitario	1 (1,2)
		Institución pública	5 (6)
		Hombre	35 (44,9)
Pacientes n=71	Sexo	Mujer	43 (55,1)
		Hombre	29 (40,8)
		Mujer	42 (59,2)
Médicos denunciados n=92	Edad (años)	≤40	18 (25,4)
		41-60	26 (36,6)
		≥61	14 (19,7)
		Desconocida	13 (18,3)
Médicos denunciados n=92	Sexo	Hombre	64 (69,6)
		Mujer	28 (30,4)
	Edad (años)	≤50	22 (23,9)
		>50	59 (64,1)
		Desconocida	11 (12)
Nacionalidad	Española	91 (98,8)	
	Otras	1 (1,2)	

**Figura 2. Evolución de las reclamaciones evaluadas por la Comisión.**

En el 50,6% (n=42) de los casos la asistencia se prestó en el ámbito público (vs. asistencia privada: 48,2% y de otro tipo: 1,2%). El 72% (n=59) se relacionaron con actividad de carácter extrahospitalario (vs. intrahospitalario 28%). Entre las reclamaciones evaluadas hubo un caso perteneciente al ámbito pericial (1,2%). El resto de las especialidades clínicas afectadas quedan recogidas en la Tabla 2.

**Tabla 2. Reclamaciones evaluadas según el tipo de especialidad médica.**

	n=82 (%)
Alergología	1 (1,2)
Aparato Digestivo	2 (2,4)
Cirugía General	2 (2,4)
Cirugía Maxilofacial	2 (2,4)
Cirugía Ortopédica y Traumatología	4 (4,8)
Cirugía Plástica	3 (3,6)
Estomatología	2 (2,4)
Ginecología y Obstetricia	3 (3,6)
Medicina del Trabajo	2 (2,4)
Medicina Estética	1 (1,2)
Medicina Familiar y Comunitaria/ Medicina General	25 (30,1)
Nefrología	1 (1,2)
Oftalmología	1 (1,2)
Oncología	4 (4,8)
Otorrinolaringología	2 (2,4)
Pediatría	5 (6)
Psiquiatría	9 (10,8)
Radiología	5 (6)
Rehabilitación	2 (2,4)
Urgencias	5 (6)
Urología	1 (1,2)

Según las alegaciones recogidas en las 83 reclamaciones presentadas, se vieron implicados 11 capítulos del CDM, un total de 106 veces. En el 16,8% (n=14) de los casos se afectaron 2 capítulos y hasta 3 en un 3,6% (n=3). En la Tabla 3 se desarrolla la distribución según frecuencia.

En el 89,2% de los casos (n=74), una o varias de las partes implicadas acudió a prestar declaración. Los médicos denunciados declararon en un 85,5% (n=71; IC 95%: 77,92-93,08), los denunciados un 16,9% (n= 14; IC 95%: 8,84-24,96) y los pacientes y otros testigos un 6% (n=5; IC 95%: 0,89-11,11) cada uno de los grupos. En los 74 casos, la declaración del 56,8% (n=42) fue de carácter escrito, el 4,1% (n=3) verbal, y en el 39,2% (n=29) de ambas formas.

**Tabla 3. Capítulos del Código de Deontología Médica implicados en las reclamaciones.**

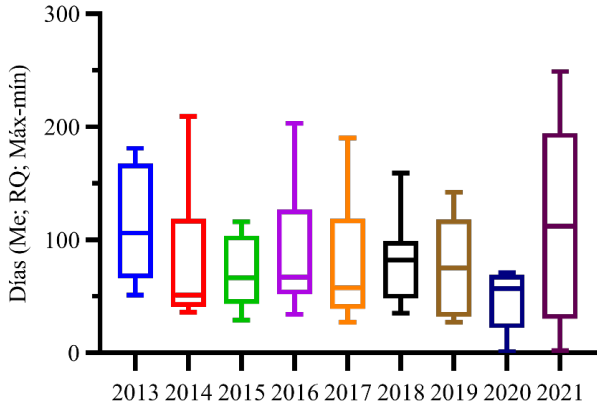
	n=106 (%)
II Principios generales	7 (6,6)
III Relaciones del médico con sus pacientes	37 (34,9)
IV Calidad de la atención médica	40 (37,7)
V Secreto profesional del médico	1 (0,9)
VII Atención médica al final de la vida	2 (1,9)
VIII Relaciones de los médicos entre sí y otros profesionales sanitarios	13 (12,3)
IX Relaciones con la Corporación Médica Colegial	1 (0,9)
X Trabajo en las instituciones sanitarias	1 (0,9)
XVII Médicos peritos	1 (0,9)
XIX Publicaciones profesionales	1 (0,9)
XXI Economía y honorarios	2 (1,9)

Respecto a las resoluciones emitidas por la CEDM, el plazo de resolución tenía un valor mediano de 63 días [46-105]. La Figura 3 muestra los valores a lo largo de los 9 años, no apreciándose diferencias estadísticamente significativas (p=0,618).

De los 83 casos evaluados por la CEDM, el 84,3% (n=70) fueron desestimados por falta de justificación (n=68; 97,1%) o de pruebas (n=2; 2,9%). Se determinó falta deontológica en el 15,7% (n=13), recomendándose

la instrucción de expediente disciplinario. En los 13 casos se encontraban implicados 15 médicos (16,3%), todos ellos de nacionalidad española. El dictamen de la CEDM fue corroborado por la JD en el 100% de los casos.

**Figura 3. Plazos de resolución de la Comisión en el período 2013-2021 (mediana; rango intercuartil; valores máximo-mínimo).**



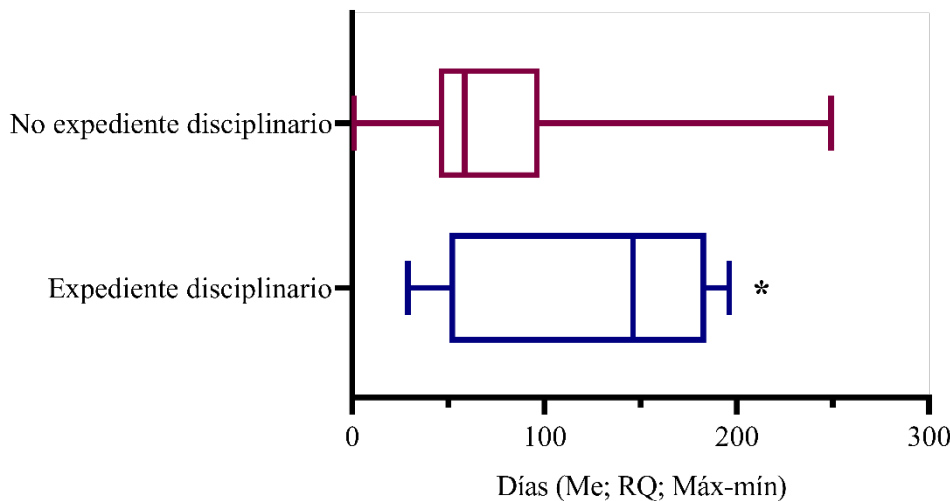
No se observaron diferencias significativas ( $p=0,590$ ) entre las cifras de mujeres propuestas para expediente y los hombres (10,7 vs. 18,8%). Ni tampoco entre ser mayor o menor de 50 años (12,5 vs. 23,8%;  $p=0,291$ ). En el mismo sentido, no se apreciaron variaciones significati-

vas en las cifras de expedientes disciplinarios en función del número de médicos denunciados en un mismo caso ( $p=0,108$ ); si la asistencia era privada o pública (20% vs. 11,9%;  $p=0,375$ ); ni si tuvo lugar en un contexto hospitalario o fuera del mismo (27,3% vs. 10,3%;  $p=0,080$ ). La mediana de los plazos de resolución en los casos propuestos para instrucción de expediente, fueron significativamente mayores (146 días; [50,50-184]), que aquellos en los que no (58,50 días; [45-97,5]) ( $p=0,025$ ) (Figura 4).

No se pudo demostrar asociación estadística entre la persona que interpuso la denuncia (el propio paciente, un familiar, otro profesional sanitario, etc.) y la propuesta de expediente disciplinario ( $p=0,171$ ), aunque estos fueron más frecuentes (50% vs. 8,7%) si era la persona denunciante quien prestaba declaración ( $p=0,001$ ). Así mismo se relacionó un mayor riesgo de instrucción de expediente con el hecho de prestar declaración de forma combinada (oral y escrita), que aislada (oral o escrita) (31% vs. 8,9%) (OR: 4,61; IC 95%: 1,265-16,814;  $p=0,026$ ).

Para el resto del análisis bivalente no se observó diferencia significativa entre la proposición de expediente y que de forma global hubiera habido declaración de alguno de los intervinientes ( $p=0,342$ ), o en función de si la especialidad del médico era de carácter médico o médico-quirúrgico ( $p=0,287$ ).

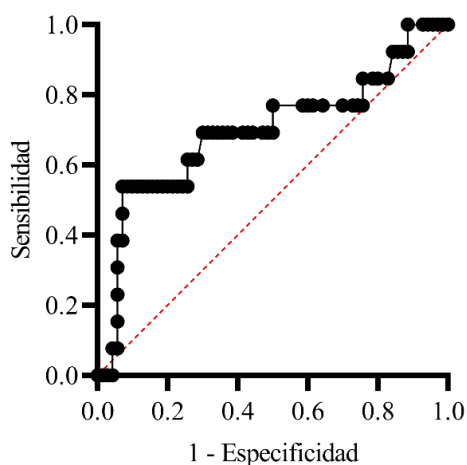
**Figura 4. Plazos de resolución en función de propuesta de expediente disciplinario (mediana; rango intercuartil; valores máximo-mínimo) (\* $p=0,025$  prueba U de Mann Whitney).**



Respecto al análisis multivariante, solo el plazo de resolución de la CEDM demostró tener una relación significativa en cuanto a la posibilidad de propuesta de expediente disciplinario ( $p=0,008$ ). Por cada día transcurrido durante la evaluación de la CEDM, aumentaría 1,014 veces el riesgo de resolver a favor de instruir expediente disciplinario a un médico denunciado (Tabla 4).

La bondad de ajuste del modelo presentó una  $R^2$  de Nagelkerke de 0,146 y un coeficiente de Hosmer y Lemeshow de 0,467. La capacidad discriminante del modelo fue de 0,697 (IC 95%: 0,517-0,876), con un porcentaje de clasificación correcta de 83,1% y una especificidad de 98,1% (Figura 5).

Figura 5. Curva ROC del modelo obtenido Expediente disciplinario / Plazo de resolución.



De los 15 médicos a los que se instruyó expediente, la JD sancionó finalmente a 4 (26,7%) (4,4% del total) mediante 2 apercibimientos y 2 suspensiones temporales, lo que supuso un 50% de sanciones leves y de graves. El 100% de los sancionados eran hombres, el 50% por encima de los 50 años. El 75% ejercían especialidades médico-quirúrgicas, y solo uno era médico de familia. Había constancia de que 2 de ellos habían recibido reclamaciones previas.

De los 11 restantes, los casos de 8 médicos fueron archivados (53,3%), y 3 (20%) se encuentran aún en trámite. Solo se tuvo conocimiento de recurso posterior a la decisión definitiva de la JD en 2 casos (2,4%). Debido a la escasez muestral de casos expedientados y sancionados, no fue posible realizar inferencias estadísticas entre las diferentes variables.

#### 4. Discusión

La CEDM del Colegio Oficial de Médicos de Córdoba resolvió en un período de 9 años (2013-21) un total de 83 reclamaciones, lo que supuso una incidencia total de 2,6 denuncias por cada mil colegiados al año. Los estudios españoles son escasos y no muestran uniformidad en la metodología de recogida. El presente trabajo revela una cifra de reclamaciones inferior a la reportada en un trabajo previo en el mismo Colegio en el período

Tabla 4. Modelo explicativo del riesgo asociado a la propuesta de expediente disciplinario.

Variable (n=83)	Coefficiente estandarizado	Error estándar	p*	OR <sup>+</sup>	IC 95%
Plazo de resolución CEDM <sup>^</sup>	0,014	0,005	<b>0,008</b>	<b>1,014</b>	1,004-1,025
Constante	-3,039	0,657	<0,001	0,048	
<sup>^</sup> CEDM: Comisión de Ética y Deontología Médica *Significación estadística $p<0,05$ +OR: odds ratio					



2002-07 (7%)<sup>14</sup>; el doble a la del Colegio de Islas Baleares (1,25%) entre 2012-16<sup>15</sup>, y muy similar a la de un estudio nacional entre 2013-14 (2,5%)<sup>16</sup>. En el ámbito internacional, la población de estudio<sup>17</sup> y los criterios de recogida de muestra son muy heterogéneos<sup>18</sup>, por lo que las cifras son poco extrapolables a las del presente trabajo.

Tal y como muestran García-Guerrero *et al.*<sup>19</sup>, las reclamaciones eran presentadas habitualmente por los pacientes (61,4%), seguidas de los familiares. Cabe destacar que los conflictos entre los propios médicos resultaron en un porcentaje nada desdeñable (13,3%). La falta de respeto entre los profesionales pone en peligro no solo el deber ético de confraternidad (art. 37.1)<sup>20</sup>, sino también la defensa de los derechos y seguridad del paciente. Al comparar nuestras cifras con las reportadas en el mismo Colegio en el período 2002-07 (14,2%)<sup>21</sup>, no se pudo confirmar la tendencia al alza apreciada en el Colegio de Islas Baleares (36%)<sup>22</sup>.

En la misma línea que una investigación danesa, aunque con porcentajes más elevados (92,8% vs. 79%), registramos que en la mayoría de los casos la reclamación solo afectaba a un médico. Los autores pusieron de manifiesto que la denuncia a un grupo de compañeros era un factor protector respecto a la decisión definitiva emitida por la CEDM. Este hecho no fue constatable en el presente trabajo, pero cabe destacar un caso en el que se denunciaron hasta a 7 médicos diferentes. Solo 2 de ellos fueron propuestos para expediente y finalmente ninguno fue sancionado por la JD. Esta falta de asociación entre la denuncia grupal y la resolución de medidas disciplinarias, puede ser valorada en sentido positivo, ya que el efecto contrario podría sugerir una búsqueda injustificada de culpables<sup>23</sup>.

Afortunadamente el haber sido denunciado y sancionado en más de una ocasión no es un hallazgo frecuente. En nuestra serie fue un dato conocido en solo 5 casos (6%), de los que 3 fueron expedientados. Aunque fueron cifras menores a las reportadas (12,5%), la tendencia en cuanto a especialidades era similar: médico-quirúrgicas (2) y medicina de familia (1). Tampoco se pudo comprobar una mayor asociación con las sanciones más graves, pues solo dos fueron sancionados: uno con suspensión temporal del ejercicio profesional y otro mediante apercibimiento. En estos casos las sanciones aplicadas deben ser especialmente estrictas para evitar perjuicios futuros a otros pacientes, por lo que resulta fundamental identificar a los posibles profesionales en riesgo para optimizar el procedimiento<sup>24</sup>.

De acuerdo con la literatura existente, en el perfil de los intervinientes destacó que más de la mitad de los médicos denunciados fueron hombres<sup>25</sup>. Un metaanálisis de 32 estudios internacionales concluyó que los hombres tienen casi 2,5 veces más probabilidades de recibir una reclamación que las mujeres<sup>26</sup>. Esta tendencia fue atribuida a la hipótesis de que algunos rasgos de la personalidad de éstas últimas benefician a la relación médico-paciente<sup>27</sup>, como la autoconciencia, la empatía y una mejor interacción, lo que conduciría a un menor número de denuncias<sup>28</sup>. Las personas denunciadas fueron en mayor frecuencia mujeres<sup>29</sup> salvo en los conflictos entre médicos. Se señalan posibles diferencias en la forma de afrontar los conflictos a pesar de una mayor

24 Jeyalingam, T., Matelski, J. J., Alam, A. Q., Liu, J. J., Goldberg, H., Klemensberg, J., *et al.* "The Characteristics of Physicians Who are Re-Disciplined by Medical Boards: A Retrospective Cohort Study". *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2018;44(6):361-365.

25 Alam, A., Khan, J., Liu, J., Klemensberg, J., Griesman, J., Bell, C. M. "Characteristics and rates of disciplinary findings amongst anesthesiologists by professional colleges in Canada". *Canadian Journal of Anaesthesia*. 2013;60(10):1013-1019.

26 Unwin, E., Woolf, K., Wadlow, C., Potts, H.W., Dacre, J. "Sex differences in medico-legal action against doctors: a systematic review and meta-analysis". *BMC Medicine*. 2015;13:72.

27 Elkin, K., Spittal, M.J., Elkin, D., Studdert, D.M. "Doctors disciplined for professional misconduct in Australia and New Zealand, 2000-2009". *The Medical Journal of Australia*. 2011;194:452-456.

28 Firth-Cozens, J. "Doctors with difficulties: why so few women?". *Postgraduate Medical Journal*. 2008;84(992):318-320.

29 Gerritse, F. L., Duvivier, R. J. "Disciplinary complaints concerning transgressive behaviour by healthcare professionals: an analysis of 5 years jurisprudence in the Netherlands". *BMJ open*. 2021b;11(10):e053401.

14 Collazo Chao, E. *op.cit.* 36.

15 Pérez-Artigues, J.A. *op.cit.* 24.

16 García-Guerrero, J., *et al.* *op.cit.* 189.

17 Gerritse, F. L., Duvivier, R. J. "Dutch medical disciplinary law cases concerning psychiatry, 2015-2019". *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 2021a;63(3):181-188.

18 Elkin, K., Spittal, M.J., Elkin, D., Studdert, D.M. "Removal of doctors from practice for professional misconduct in Australia and New Zealand". *BMJ Quality & Safety*. 2012;21(12):1027-1033.

19 García-Guerrero, J., *et al.* *op.cit.* 187.

20 Organización Médica Colegial de España. *op.cit.* 63.

21 Collazo Chao, E. *op.cit.* 34-35.

22 Pérez-Artigues, J.A. *op.cit.* 24.

23 Birkeland, S., *et al.* *op. cit.* 4.

feminización de la profesión en los últimos años<sup>30</sup>. Otro aspecto analizado fue la edad del médico denunciado, por encima de los 50 años en más de la mitad de casos. Con tendencia similar, un estudio canadiense señala una mayor frecuencia entre aquellos con una trayectoria profesional entre los 29,2 y 31,9 años<sup>31</sup>. Los valores reportados eran próximos a la franja de los 50<sup>32</sup>, siendo la causa más argumentada el encontrarse en una etapa con una trayectoria profesional importante, en la que el número de actos médicos es elevado debido a las responsabilidades económicas familiares y personales<sup>33</sup>. También se ha postulado que la cercanía a la jubilación podría relajar el grado de compromiso del médico con la actividad profesional<sup>34</sup>. En cuanto a la nacionalidad nuestros resultados fueron muy limitados al estar circunscritos a una única provincia y solo se recogió un caso. Considerando los parámetros sexo, edad y nacionalidad del médico denunciado, varias series informaron de un mayor riesgo de ser expedientado en médicos de sexo masculino, edad media (40-50 años) y nacionalidad extranjera<sup>35,36</sup>. Conforme con Caballero *et al.*, no pudimos corroborar tal asociación estadística, ni tampoco respecto a la gravedad de la sanción finalmente impuesta<sup>37</sup>, si bien los 4 médicos sancionados eran hombres y la mitad de ellos se encontraba por encima de los 50 años.

En cuanto al ámbito de trabajo, presentamos cifras de reclamaciones en el entorno público ligeramente superiores al privado<sup>38</sup>. Sin embargo, el número de expedientes disciplinarios y de sanciones fue mayor en la atención privada (20% vs. 11,6%; 75% vs. 25%), aunque sin significación estadística. Puede que influyera el he-

cho de que un 10,8% de las denuncias fueran de internos contra el médico del centro penitenciario, asimilado al ámbito público. Por otra parte, el mayor número de reclamaciones se presentaron a nivel ambulatorio en porcentajes similares a los reportados<sup>39</sup>, sin diferencias en cuanto a la posibilidad de ser expedientado o sancionado en mayor o menor medida.

Acorde con otros estudios, medicina de familia y/o general y psiquiatría fueron las especialidades que más reclamaciones recibieron en general<sup>40,41</sup>. Fue posible comprobar que eran los médicos con más denuncias reiteradas junto a los de otras especialidades médico-quirúrgicas<sup>42</sup>. En consonancia con lo descrito<sup>43</sup>, las cifras de médicos expedientados persistieron más elevadas para la especialidad de medicina de familia, aunque sin significación estadística (23,1%)<sup>44</sup>. Por el contrario, las sanciones fueron más frecuentes entre las especialidades médico-quirúrgicas (75% vs. 25%), también sin diferencias. Se ha postulado que los médicos de familia y los psiquiatras se enfrentan a un mayor riesgo de medidas disciplinarias porque la relación médico-paciente es más estrecha y puede ser más intensa<sup>45</sup>, siendo el número de actos médicos tal vez más elevado<sup>46</sup>.

Comprobamos que los motivos más aducidos en las reclamaciones estaban contenidos en el capítulo IV del CDM (calidad asistencial)<sup>47</sup>, seguido del III (relaciones del médico con sus pacientes)<sup>48</sup>. García-Guerrero *et al.* distinguen la causa de la reclamación en función del tipo de asistencia, siendo el capítulo IV más frecuente en el ámbito privado, a diferencia de nuestra serie con

30 Pérez-Artigues, J.A. *op.cit.* 25.

31 Alam, A., *et al.* 2013. *op.cit.* 1016.

32 Caballero, J. A., Brown, S. P. "Engagement, not personal characteristics, was associated with the seriousness of regulatory adjudication decisions about physicians: a cross-sectional study". *BMC Medicine*. 2019;17(1):211.

Unwin, E., Woolf, K., Wadlow, C., Potts, H.W., Dacre, J. "Sex differences in medico-legal action against doctors: a systematic review and meta-analysis". *BMC Medicine*. 2015;13:72.

33 Mariani, P.C., Constantino, C.F., Nunes, R. "Plastic surgery professional misconduct: a cross-sectional study on cases between 2008 and 2017, filed before the São Paulo State Medical Board". *São Paulo Medical Journal*. 2021;139(6):635-642.

34 Caballero, J. A., *et al.*, *op.cit.* 9.

35 Alam, A., *et al.* 2013. *op.cit.* 1016.

36 Mariani, P.C., *et al.* *op.cit.* 638.

37 Caballero, J. A., *et al.*, *op.cit.* 8.

38 García-Guerrero, J., *et al.* *op.cit.* 189.

39 Gerritse, F. L., *et al.*, 2021b. *op.cit.* 3.

40 Alam, A., Klemensberg, J., Griesman, J., Bell, C.M. "The characteristics of physicians disciplined by professional colleges in Canada". *Open Medicine*. 2011;5(4):e166-172.

41 Kolthof, H. J. "An overview of 5 years of disciplinary measures imposed on psychiatrists". *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 2020;62(5):351-357.

42 Jeyalingam, T., *et al.* *op.cit.* 362.

43 García-Guerrero, J., *et al.* *op.cit.* 187.

44 Birkeland, S., *et al.* *op.cit.* 3.

45 Morrison, J., Morrison, T. "Psychiatrists disciplined by a state medical board". *The American Journal of Psychiatry*. 2001;158(3):474-478.

46 García-Guerrero, J., *et al.* *op.cit.* 189.

47 Alam, A., *et al.* 2013. *op.cit.* 1018.

48 Girela Pérez, B., Rodríguez Cano, M.A., Girela López, E. "La Relación Médico-Paciente Analizada por Estudiantes de Medicina desde la Perspectiva del Portafolio". *Cuadernos de Bioética*. 2018;29(95):59-67.

predominio del III (65%), y sin significación estadística en ambos<sup>49</sup>. El tercer lugar lo ocupaba el capítulo VIII (relaciones del médico entre sí y otros profesionales sanitarios), aunque en cifras menores a las reportadas por Pérez-Artigues (12,3% vs. 36%). El autor esgrime que una limitación en los recursos sanitarios puede agudizar los conflictos laborales entre los profesionales y las autoridades, lo cual no pudo ser corroborado en nuestro caso<sup>50</sup>. En los casos resueltos con expediente disciplinario y sanción hubo una variación, ya que el capítulo más implicado fue el III (61,54 vs. 30,77%), aunque no se demostraron diferencias. Hay series en las que la mala praxis médica se sitúa como causa principal debido a la omisión de atención y cuidados, especialmente en el ámbito médico-quirúrgico<sup>51</sup>. Por el contrario, Elkin *et al.*, observaron un predominio de conflictos en la relación médico-paciente (III) frente a errores diagnósticos o terapéuticos por impericia o negligencia<sup>52</sup>. En nuestro trabajo, los resultados fueron similares porque la CEDM no analizaba los casos de mala praxis. Al igual que señalan Girela *et al.*, el artículo 8 fue el más vulnerado (39%) en cuanto a comportamientos y actitudes poco apropiadas, o falta de confianza en la relación terapéutica<sup>53</sup>. Los problemas en el ámbito de la esfera personal del médico también se han señalado como causa de no pocas denuncias<sup>54</sup>. Identificamos casos en los que factores como una patología psiquiátrica o un trastorno por abuso de sustancias<sup>55</sup>, no permitieron cumplir los requisitos mínimos de calidad exigibles en la relación terapéutica con el paciente, por lo que los profesionales fueron expedientados y uno de ellos separado temporalmente del ejercicio.

Antes de que la CEDM formule una resolución definitiva sobre la instrucción o no de un expediente disciplinario, las partes intervinientes suelen ser requeridas a emitir alegaciones. En función del caso y la información

aportada en el escrito inicial de denuncia o en las alegaciones posteriores, será necesario que estas últimas se realicen de forma oral ante los miembros designados de la CEDM. Datos previos en Reino Unido, apuntan a una mayor probabilidad de recibir una medida disciplinaria más grave entre aquellos menos comprometidos con la formulación de alegaciones. Según los autores la falta de "engagement" del profesional con los requerimientos del procedimiento disciplinario es un factor de riesgo frente a otras características individuales como la edad, sexo o nacionalidad del médico<sup>56</sup>. En el presente no se apreciaron diferencias a este respecto en el resultado de las resoluciones. Se observó una asociación significativa cuando la persona que realizaba las alegaciones era la misma que interpuso la reclamación inicial ( $p=0,001$ ), lo cual puede estar relacionado con una mayor aportación y aclaración de información al procedimiento. Probablemente por el mismo motivo, el riesgo de expediente fue mayor cuando las alegaciones realizadas por cualquiera de los implicados eran combinadas (oral + escrita) (OR: 4,61;  $p=0,026$ ). En el Convenio Europeo de Derechos Humanos se consagra el derecho de toda persona a defenderse por sí misma, y a que se escuche y atienda su causa equitativamente (art. 6)<sup>57</sup>. Se debe considerar que si bien la defensa de los intereses del colegiado es una prerrogativa, el profesional al mismo tiempo tiene como deber deontológico (art. 43)<sup>58</sup> y administrativo ineludibles (art. 52.g)<sup>59</sup> el atender y comparecer ante los requerimientos que le realice el Colegio. Ello incluye la presentación de las explicaciones oportunas ante una denuncia, con la finalidad de que la CEDM pueda dirimir el procedimiento.

El objetivo de realizar alegaciones de forma verbal y/o escrita es salvaguardar un derecho, pero puede resultar en un inconveniente difícil de evitar si los plazos de resolución del caso se prolongan<sup>60</sup>. De ahí que el referido Convenio Europeo establezca como requisito un tiempo

49 García-Guerrero, J., *et al.* *op.cit.* 188-190.

50 Pérez-Artigues, J.A. *op.cit.* 25.

51 Mariani, P.C., *et al.* *op.cit.* 637.

52 Elkin, K., *et al.* 2012. *op.cit.* 1031.

53 Girela, B., *et al.* *op.cit.* 63.

54 Elkin, K., *et al.* 2012. *op.cit.* 1032.

55 Eisenmann, N. "Differences between Licensed Healthcare Professionals with Substance Use-Related Licensure Discipline". *Substance Use & Misuse*. 2020;55(12):2035-2042.

56 Caballero, J. A., *et al.*, *op.cit.* 9.

57 Instrumento de Ratificación del *Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales*. *op.cit.* 23565.

58 Organización Médica Colegial de España. *op.cit.* 71.

59 Orden de 17 de mayo de 2017, por la que se aprueba la modificación de los *Estatutos del Colegio Oficial de Médicos de Córdoba*. *op.cit.* 196.

60 Birkeland, S., *et al.* *op. cit.* 4.

razonable para emitir un dictamen, aunque no especifica valores concretos<sup>61</sup>. Estos tiempos varían en función de las características de la denuncia presentada, de la propia CEDM e incluso del colegio. Los colegios con menor número de colegiados presentan plazos más dilatados, en parte por una menor disponibilidad de miembros para la comisión<sup>62</sup>. La mediana de días en el presente estudio fue bastante menor (63 días; [46-105]) a las reportadas internacionalmente (111,5 días; [55-187])<sup>63</sup> y a las del grupo español (144 días; [82-190]) en colegios de características similares (2001-4000 colegiados)<sup>64</sup>. Este período, desde que una reclamación se registra en el colegio hasta que la CEDM emite dictamen, resulta de interés por su asociación con la instrucción de expediente disciplinario<sup>65</sup>. Confirmamos que los casos con plazos más prolongados tenían más riesgo (OR: 1,01; p=0,008) de ser resueltos de forma desfavorable desde una perspectiva disciplinaria (146 días; [50,50-184] vs. 58,50 días; [45-97,5]). La razón más probable puede ser que en los casos más sencillos haya menos posibilidad de que se haya cometido una infracción, requiriendo de menos tiempo en la toma de decisiones. Por el contrario, los casos que dan lugar a la instrucción de un expediente disciplinario suelen ser más complejos, y generalmente precisan de una gestión más exhaustiva y una mayor duración<sup>66</sup>. Estos casos más complicados requieren de una mayor exigencia a todas las partes implicadas en el procedimiento. La dilatación de los plazos refleja la dificultad del proceso y el agotamiento de las deliberaciones, entre los miembros de la CEDM y con las partes intervinientes, para dictaminar una resolución que puede ser desfavorable.

La CEDM propuso la instrucción de 15 expedientes disciplinarios por infracciones deontológicas, cifra ligeramente superior a la reportada previamente en el mismo Colegio (16,3% vs. 12,5%)<sup>67</sup> y por el grupo español

(14,17%)<sup>68</sup>. Por el contrario, no apreciamos discrepancias entre el dictamen de la CEDM y la decisión de la JD<sup>69</sup>, lo cual indica una relación de confianza y respeto hacia la labor experta de sus miembros. De todos los casos instruidos, se impuso sanción en tan solo 4, siendo 2 de carácter grave. Este porcentaje fue inferior al del estudio español previo (4,4% vs. 6,7%)<sup>70</sup>, y a otros realizados en Dinamarca sobre médicos de familia (27%)<sup>71</sup>, psiquiatras en Holanda (31%)<sup>72</sup>, o cirujanos plásticos en Brasil (34,5%)<sup>73</sup>. Estas cifras ponen de manifiesto un fenómeno ampliamente descrito en el ámbito nacional e internacional: las medidas disciplinarias a los médicos no son un hecho frecuente<sup>74</sup>. El número de casos analizados en nuestra serie fue menor que el de todos los trabajos referidos, sin embargo, las cifras de médicos expedientados fueron las más elevadas en el ámbito nacional.

La función de una CEDM resulta fundamental en la autorregulación del ejercicio profesional de la medicina. Les recuerda a los profesionales el compromiso público adquirido con el paciente y la sociedad, por lo que las exigencias éticas son más elevadas respecto al resto de la población<sup>75</sup>. No es suficiente la práctica de una ética de mínimos que garantice el orden social, sino que exige actitudes que busquen el máximo beneficio para el paciente, incluyendo su participación en la toma de decisiones. Los comportamientos inapropiados desde el punto de vista de la asistencia y del trato con el paciente y compañeros, no sólo conllevan graves implicaciones éticas y repercusiones disciplinarias para el médico, sino que especialmente, socavan la confianza de los pacientes en la profesión médica.

El profesional como persona es falible, pero no está exento de responder ante las obligaciones profesiona-

61 Instrumento de Ratificación del *Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales*. *op.cit.* 23565.

62 García-Guerrero, J., *et al. op.cit.* 189.

63 Birkeland, S., *et al. op. cit.* 3.

64 García-Guerrero, J., *et al. op.cit.* 188.

65 Birkeland, S., *et al. op. cit.* 4.

66 Hagihara, A., Nishi, M., Abe, E., Nobutomo, K. "The structure of medical malpractice decision-making in Japan". *Journal of Law and Medicine*. 2003;11(2):162-184.

67 Collazo Chao, E. *op.cit.* 239-241.

68 García-Guerrero, J., *et al. op.cit.* 188.

69 *Ibid.*, 190.

70 *Ibid.*, 189.

71 Birkeland, S., *et al. op. cit.* 4.

72 Gerritse, F. L., *et al.* 2021a. *op.cit.* 184-185.

73 Mariani, P.C., *et al. op.cit.* 636.

74 Sam, A. H., Bala, L., Westacott, R. J., Brown, C. "Is Academic Attainment or Situational Judgment Test Performance in Medical School Associated with the Likelihood of Disciplinary Action? A National Retrospective Cohort Study". *Academic Medicine*. 2021;96(10):1467-1475.

75 Norman, N., Soo, J., Lam, M., Thirumoorthy, T. "Unprofessional behaviour of junior doctors: a retrospective analysis of outcomes by the Singapore Medical Council disciplinary tribunals". *Singapore Medical Journal*. 2021;62(3):120-125.

les, legales y deontológicas con sus pacientes. Durante los últimos años, hemos asistido a una exaltación de la libertad del paciente en la toma de decisiones. Sin embargo, el médico debe proteger una condición más elevada que la propia autonomía mediante la práctica diaria de las virtudes. Se trata del respeto a la integridad del paciente en su totalidad<sup>76</sup>, e incluye entre sus valores más estimados la vida, la salud y el respeto a su dignidad e individualidad como persona.

Una de las limitaciones del estudio fue su carácter transversal, que impidió establecer inferencias causales. En segundo lugar, el limitado tamaño muestral, ya que la muestra pertenecía exclusivamente a una provincia, lo que impediría la extrapolación de resultados. Por último, cabe señalar que faltaron datos en algunos casos, aunque estaban exclusivamente relacionados con la edad del médico/paciente o la reiteración de reclamaciones previas. Como propuesta, creemos que este trabajo podría sentar las bases de un proyecto futuro de carácter multicéntrico en el resto de las comisiones a nivel nacional, para poder detectar situaciones de riesgo y ofrecer propuestas de mejora en cuanto al funcionamiento de las comisiones.

## 5. Conclusiones

En general, la imposición de medidas disciplinarias a los médicos es un fenómeno poco frecuente, aunque las cifras de médicos expedientados en este trabajo fueron más elevadas que todas las descritas en el ámbito nacional.

Más de la mitad de los médicos denunciados eran hombres de más de 50 años y nacionalidad española, perfil no relacionado con una resolución de la CEDM más desfavorable. Sin embargo, los plazos de resolución más prolongados o el haber declarado de forma oral y escrita durante el procedimiento, se consideraron factores de riesgo para la propuesta de medidas disciplinarias, probablemente por tratarse de casos más complejos que requirieron una gestión más exhaustiva.

La función del régimen disciplinario no es solo de carácter punitivo, sino también protector de la sociedad, de la confianza depositada y del propio colectivo médico.

<sup>76</sup> Gómez Rodríguez, R. Á. "Integridad". *Cuadernos de Bioética*. 2014;25(83):123-128.

## Referencias

- Alam, A., Khan, J., Liu, J., Klemensberg, J., Griesman, J., Bell, C. M. "Characteristics and rates of disciplinary findings amongst anesthesiologists by professional colleges in Canada". *Canadian Journal of Anaesthesia*. 2013;60(10):1013-1019.
- Alam, A., Klemensberg, J., Griesman, J., Bell, C.M. "The characteristics of physicians disciplined by professional colleges in Canada". *Open Medicine*. 2011;5(4):e166-172.
- Birkeland, S., Christensen, R., Damsbo, N., Kragstrup, J. "Process-related factors associated with disciplinary board decisions". *BMC Health Services Research*. 2013;13:9.
- Caballero, J. A., Brown, S. P. "Engagement, not personal characteristics, was associated with the seriousness of regulatory adjudication decisions about physicians: a cross-sectional study". *BMC Medicine*. 2019;17(1):211.
- Cairo-Antelo, J.M. "Comisiones de Ética y Deontología Médica: constitución, organización y funcionamiento". *Cuadernos de Bioética*. 1998;1:96-111.
- 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, Córdoba, 2009.
- Eisenmann, N. "Differences between Licensed Healthcare Professionals with Substance Use-Related Licensure Discipline". *Substance Use & Misuse*. 2020;55(12):2035-2042.
- Elkin, K., Spittal, M.J., Elkin, D., Studdert, D.M. "Doctors disciplined for professional misconduct in Australia and New Zealand, 2000-2009". *The Medical Journal of Australia*. 2011;194:452-456.
- Elkin, K., Spittal, M.J., Elkin, D., Studdert, D.M. "Removal of doctors from practice for professional misconduct in Australia and New Zealand". *BMJ Quality & Safety*. 2012;21(12):1027-1033.
- Firth-Cozens, J. "Doctors with difficulties: why so few women?". *Postgraduate Medical Journal*. 2008;84(992):318-320.
- García-Guerrero, J., Tarazona López, E., Martínez Calduch, B., Vera-Remartínez, E. J., Jiménez de Aldasoro,

- M. A., Boix Rajadell, V., et al. "Estudio Descriptivo de la Actividad de Las Comisiones de Deontología Provinciales Hoy en España". *Cuadernos de Bioética*. 2016;27(90):185-192.
- Gerritse, F. L., Duvivier, R. J. "Dutch medical disciplinary law cases concerning psychiatry, 2015-2019". *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 2021a;63(3):181-188.
- Gerritse, F. L., Duvivier, R. J. "Disciplinary complaints concerning transgressive behaviour by healthcare professionals: an analysis of 5 years jurisprudence in the Netherlands". *BMJ open*. 2021b;11(10):e053401.
- Girela Pérez, B., Rodríguez Cano, M.A., Girela López, E. "La Relación Médico-Paciente Analizada por Estudiantes de Medicina desde la Perspectiva del Portafolio". *Cuadernos de Bioética*. 2018;29(95):59-67.
- Gómez Rodríguez, R. Á. "Integridad". *Cuadernos de Bioética*. 2014;25(83):123-128.
- Hagihara, A., Nishi, M., Abe, E., Nobutomo, K. "The structure of medical malpractice decision-making in Japan". *Journal of Law and Medicine*. 2003;11(2):162-184.
- Instrumento de Ratificación del *Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales*, hecho en Roma el 4 de noviembre de 1950, y enmendado por los Protocolos adicionales números 3 y 5, de 6 de mayo de 1963 y 20 de enero de 1966, respectivamente. *Boletín Oficial del Estado* n° 243, de 10 de octubre de 1979.
- Jeyalingam, T., Matelski, J. J., Alam, A. Q., Liu, J. J., Goldberg, H., Klemensberg, J., et al. "The Characteristics of Physicians Who are Re-Disciplined by Medical Boards: A Retrospective Cohort Study". *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2018;44(6):361-365.
- Kolthof, H. J. "An overview of 5 years of disciplinary measures imposed on psychiatrists". *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 2020;62(5):351-357.
- Mariani, P.C., Constantino, C.F., Nunes, R. "Plastic surgery professional misconduct: a cross-sectional study on cases between 2008 and 2017, filed before the São Paulo State Medical Board". *São Paulo Medical Journal*. 2021;139(6):635-642.
- Mead, N., Bower, P. "Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature". *Social Science & Medicine*. 2000;51(7):1087-1110.
- Morrison, J., Morrison, T. "Psychiatrists disciplined by a state medical board". *The American Journal of Psychiatry*. 2001;158(3):474-478.
- Norman, N., Soo, J., Lam, M., Thirumoorthy, T. "Unprofessional behaviour of junior doctors: a retrospective analysis of outcomes by the Singapore Medical Council disciplinary tribunals". *Singapore Medical Journal*. 2021;62(3):120-125.
- Orden de 17 de mayo de 2017, por la que se aprueba la modificación de los *Estatutos del Colegio Oficial de Médicos de Córdoba* y se dispone su inscripción en el Registro de Colegios Profesionales de Andalucía. BOJA 106, 06/06/2017.
- Organización Médica Colegial de España. *Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica*. Madrid, 2011.
- Pérez-Artigues, J.A. "Los conflictos entre médicos, un problema deontológico". *Revista del Colegio Oficial de Médicos de Islas Baleares*. 2016;81:24-25.
- Sam, A. H., Bala, L., Westacott, R. J., Brown, C. "Is Academic Attainment or Situational Judgment Test Performance in Medical School Associated with the Likelihood of Disciplinary Action? A National Retrospective Cohort Study". *Academic Medicine*. 2021;96(10):1467-1475.
- Scheepers, R.A. *Physicians' Professional Performance: An Occupational Health Psychology Perspective*, University of Amsterdam, Amsterdam, 2016, 290.
- Unwin, E., Woolf, K., Wadlow, C., Potts, H.W., Dacre, J. "Sex differences in medico-legal action against doctors: a systematic review and meta-analysis". *BMC Medicine*. 2015;13:72.
- Weenink, J.W., Kool, R.B., Hesselink, G., Bartels, R.H., Westert, G.P. "Prevention of and dealing with poor performance: an interview study about how professional associations aim to support healthcare professionals". *International Journal of Health Care Quality Assurance incorporating Leadership in Health Services*. 2017;29(6):838-844.