

1917188



a.e.m.



**LEY DE CO
LEGIACION
MEDICA
CODIGO
DE ETICA**

EL CUERPO MEDICO DISCUTIRA SOBRE LA ETICA PROFESIONAL

El tema de la Colegiación profesional en el Uruguay es motivo de estudio desde hace muchos años. Ya en 1942, el doctor José Alberto Praderi presentaba a la 2a. Convención Médica Nacional un importante trabajo titulado "Orden de los Médicos". Posteriormente, en diversas épocas, aparecieron distintos proyectos sobre el tema.

La última Convención Médica Nacional (julio de 1984) se ocupó extensamente y resuelve crear la Comisión Nacional de Ética Médica, dentro de la cual una subcomisión con la tarea específica de elaborar un anteproyecto de ley de Colegiación Médica. Este grupo trabajó con el asesoramiento de abogados de altísimo nivel, y definió un anteproyecto que es discutido ampliamente y aprobado por las Asambleas de la Federación Médica del Interior y el Sindicato Médico del Uruguay en el segundo semestre de 1986. Dicho texto fue entregado en su momento a las distintas bancadas parlamentarias, pero a casi dos años de ello, aún no se ha comenzado su discusión para sancionar la ley.

Dicho anteproyecto recoge la doctrina médica nacional sobre el punto, consagrando la creación del Colegio de Médicos del Uruguay como persona jurídica pública no estatal, encargada de asegurar la independencia profesional de los médicos y el control de su actividad y moralidad.

También la defensa de los intereses económicos, sociales y laborales de los médicos, con excepción de aquellos que la ley imponga al Colegio de Médicos del Uruguay, será de competencia de las entidades gremiales, formadas por aquellos, de acuerdo al Art. 39 de la Constitución de la República.

También se establece, recogiendo la doctrina nacional e internacional, que será cometido del Colegio la redacción de un proyecto de Código de Ética Médica para someterlo a la consideración y aprobación del Cuerpo Médico colegiado.

En abril último el Ministerio de Salud Pública hizo llegar a las gremiales médicas y a la Facultad de Medicina, un proyecto de Código de Ética Médica, para consultar su opinión, previa su sanción. Los organismos de formación profesional y gremiales han procesado la discusión a través de grupos de estudio, altamente calificados, del texto sometido a consideración, y cabe ahora su pasaje a la totalidad del Cuerpo Médico Nacional, para recoger su parecer, de modo de transmitir oportunamente al M.S.P. la opinión y sugerencias que merezca la oportunidad de la sanción y su vinculación con el ámbito y órgano competente para la aplicación de este instrumento.

El Código de Ética Médica lo consideramos una necesidad. El mismo debe ser

elaborado por los médicos a través de mecanismos de la más amplia participación, como lo exige la norma democrática.

No puede separarse la existencia del Código de Ética Médica de la existencia del Colegio de Médicos del Uruguay. Basta señalar que en ausencia del Colegio, el Código de Ética sería aplicado seguramente por algún organismo político, lo que se opone terminantemente a la voluntad expresada a lo largo de su historia, y a lo que es de aplicación desde hace décadas en muchos otros países.

Desde mañana, martes 26 de julio de 1988, a la hora 20, se iniciará la discusión en todo el País de estos temas, para lo cual se ha dado en los meses previos, amplia difusión al texto del proyecto elaborado por el M.S.P. y otros antecedentes y opiniones de las gremiales médicas.

El Sindicato Médico del Uruguay, la Federación Médica del Interior y Asociación de los Estudiantes de Medicina convocan a los médicos y practicantes de medicina de todo el País a reunirse en Asambleas Zonales, por lugar de radicación, para discutir sobre la Colegiación y el Código de Ética Médica.

Estas discusiones en Asambleas zonales, a lo largo y ancho del País, de todos los médicos, sean o no miembros de las gremiales profesionales, servirá para definir los lineamientos de referencia para estas materias.

Se reunirán un total de 34 Asambleas, 12 de ellas en Montevideo, que darán comienzo en el día de mañana, 3 en el Departamento de Colonia, 3 en el de Canelones, y una en cada uno de los restantes. Cada Asamblea determinará días y horas de reunión, designará una Mesa para su conducción, y distribuirá sus participantes en Comisiones por áreas temáticas, a fin de extraer conclusiones. Una reunión de representantes de dichas asambleas zonales se realizará el 13 de agosto, para redactar un consolidado que compendie las conclusiones finales a nivel nacional, recogiendo el sentir del Cuerpo Médico Nacional, para darlo finalmente a conocimiento del Ministerio de Salud Pública y el Parlamento.

En entrevista mantenida hace pocas semanas con la Comisión de Higiene y Asistencia de la Cámara de Representantes, los representantes de las gremiales médicas y los integrantes de la mencionada Comisión han coincidido en la necesidad de la previa creación del Colegio de Médicos del Uruguay, para sancionar luego y aplicar el Código de Ética Médica.

Se espera que a través de este proceso, pueda contribuirse a plasmar en realidad una necesidad tan sentida.

COLEGIACION MEDICA

ANTEPROYECTO DE LEY ORGANICA

Elaborado por una Sub-Comisión de la Comisión Nacional de Ética Médica emanada de la VIIa. Convención Médica Nacional (1984).

El Colegio de Médicos del Uruguay, que se propone crear como persona jurídica pública no estatal, tiene por objeto asegurar la independencia profesional y el control de su actividad y conducta ético-moral de los médicos en todo el territorio nacional. Regulará la matrícula profesional, no pudiéndose ejercer sin hallarse inscripto en el registro de títulos del Colegio de Médicos. Se fijan los requisitos para tal registro. Se determinan los fines del Colegio. Se establece la elaboración, sometimiento a consideración y aprobación del Cuerpo Médico Nacional y la aplicación del Código de Ética. Se determinan los órganos directivos del Colegio de Médicos: un Consejo Nacional, como órgano superior, y los Consejos Departamentales. Se establece la integración y competencias de cada nivel de dirección, los recursos de reposición y apelación y el procedimiento de

elección de todos los Consejos. Se fijan las sanciones que podrá aplicar el Colegio de Médicos a través de sus órganos, y la posible rehabilitación. Se proveen los recursos económicos para su funcionamiento. Se estipulan los procedimientos para la aprobación del Código de Ética y sus eventuales modificaciones.

En la elaboración de este Anteproyecto de Ley se ha recogido la doctrina elaborada en las 7 Convenciones Médicas Nacionales, así como se ha consultado la legislación de los diversos países que han adoptado esta modalidad para el control de los aspectos profesionales y éticos de la Medicina, ejercido por los propios médicos.

23.12.1985

ANTEPROYECTO DE LEY ORGANICA
DE LA PROFESION MEDICA*

CAPITULO I - PERSONA JURIDICA, COLEGIO DE
MEDICOS DEL URUGUAY

Artículo 1o.- Créase el Colegio de Médicos del Uruguay como persona jurídica pública no estatal, encargada de asegurar la independencia profesional de los médicos y el control de su actividad moral.

La defensa de los intereses económicos, sociales y laborales de los médicos, con excepción de aquellos que la Ley imponga al Colegio de Médicos del Uruguay, será competencia de las entidades gremiales, formadas por aquellos de acuerdo al Art. 39 de la Constitución de la República.

Artículo 2o.- Obligatoriedad de inscripción. No se podrá ejercer la profesión del médico en el territorio nacional, si no se hubiese aceptado y estuviera en vigencia, la inscripción en el registro de títulos del Colegio de Médicos del Uruguay. Para la inscripción en dicho Colegio, es requisito indispensable la presentación del correspondiente título profesional otorgado por la Facultad de Medicina de la Universidad de la República o revalidado por ésta, de conformidad con las disposiciones vigentes.

Dicha inscripción será comunicada al Ministerio de

Salud Pública.

* Texto aprobado por la Comisión Nacional de Ética Médica elaborado por la Sub-Comisión integrada por:

Dr. Frederick Giuria
Dr. Aquiles H. Dellino
Dr. Eduardo Yannicelli
Dr. Raymundo Artecona (abogado)
Dr. Enrique Echevarría (abogado)
Dr. Helios Sarthou (abogado)
y el asesoramiento de los Dres. Nelson Nicolliello y Armando Tomasino.

CAPITULO II - FINES

Artículo 3o.- Son fines del Colegio de Médicos del Uruguay los siguientes: A) Asegurar que el médico pueda ejercer con dignidad su misión al servicio de la humana. B) Vigilar el ejercicio de la profesión médica, debiendo ésta cumplirse de acuerdo con el Código de Ética Médica. C) Asegurar que el médico pueda ejercer con independencia su profesión, así como el progreso de ésta. D) Propender a la dignificación de la profesión médica, tanto por la elevación y el ennoblecimiento de la conducta y el comportamiento de los médicos, como por el aprecio y la consideración que merezca en todos los sectores de la sociedad.

CAPITULO III - CODIGO DE ETICA

Artículo 4o.- El Consejo Nacional y los Consejos Departamentales actuarán aplicando el Código de Ética y sus Reglamentos.

Artículo 5o.- El Código de Ética será sometido a consideración y aprobación del cuerpo médico colegiado, en la forma que se establece en el artículo 21.

CAPITULO IV - ORGANOS DIRECTIVOS

Artículo 6o.- Son órganos Directivos del Colegio de Médicos del Uruguay los siguientes: A) El Consejo Nacional como órgano superior, con domicilio en la capital de la República. B) Los Consejos Departamentales como órganos locales con asiento en la capital de cada departamento.

Artículo 7o.- Los órganos directivos del Colegio de Médicos del Uruguay adoptarán sus resoluciones por mayoría simple de sus integrantes, con las siguientes excepciones: para la aplicación de sanciones y para entender en las solicitudes de rehabilitación (arts. 15, 16, y literal "C" del art. 7) los Consejos Departamentales deberán resolver por mayoría absoluta de sus integrantes, y el Consejo Nacional por mayoría de dos tercios de sus integrantes.

CAPITULO V - SU COMPOSICION Y COMPETENCIAS DEL CONSEJO NACIONAL

(Composición)

Artículo 8o.- El Consejo Nacional estará compuesto por nueve miembros médicos y deberá tener abogado Asesor con voz y sin derecho a voto, designado por mayoría en cada renovación por los miembros médicos.

COMPETENCIAS

Artículo 9o.- El Consejo Nacional deberá: A) Dictar las normas generales a las que deberán ajustarse los médicos en su comportamiento profesional de acuerdo al Código de Ética. B) Ejercer la superintendencia directiva, correctiva, consultiva y económica sobre todos los organismos miembros del Colegio de Médicos del Uruguay. C) Entender en los recursos de apelación que se promuevan contra las resoluciones de los Consejos Departamentales, disponiendo de 60 días para el recurso de apelación, siguientes a la fecha que el Consejo tuvo a su disposición el expediente. Si en ese lapso no se ha tomado resolución, cada integrante del Consejo Nacional dispondrá de 5 días calendario más, para expedirse. D) Convocar a elecciones con un plazo de 180 días antes del cese del mandato. E) Ejercer la representación del Colegio de Médicos del Uruguay, por intermedio del Presidente y Secretario. F) Efectuar la incorporación de los médicos cuya inscripción haya sido aceptada, en el Registro, en ceremonia pública, en la que el nuevo profesional asumirá la obligación de cumplir con los preceptos del Código de Ética. G) Evacuar las consultas y resolver los casos sometidos a su jurisdicción en los asuntos que sobre Ética, Deontología, Diceología Médica, le sean sometidos por el Estado, Asociaciones Profesionales, entidades Particulares, personas físicas o jurídicas que se sientan afectadas o por integrantes del Colegio. H) Llevar el Registro de Calificaciones Médicas, pero no será órgano calificador ni normativo de estas calificaciones. (En el Código deberán especificarse los incumplimientos de las normas reguladoras del Trabajo Médico). I) Anualmente, el Consejo Nacional, con los elementos aportados por los Consejos Departamentales, aprobará el Presupuesto General del Colegio de Médicos del Uruguay.

Artículo 10o. El omiso en el cumplimiento de lo dispuesto por el inciso C) del artículo 9o., cesará en sus funciones, siendo reemplazado por el suplente respectivo.

DE LOS CONSEJOS DEPARTAMENTALES

Art. 11o. Cada Consejo Departamental estará compuesto por cinco miembros médicos, con los asesoramientos que sean necesarios.

Artículo 12o. A los Consejos Departamentales compete: A) Llevar el registro de los médicos habilitados para el ejercicio de la profesión en la República y en su Departamento, así, como el domicilio efectivo del médico. B) Aplicar en primera instancia las sanciones de su competencia, a quienes violen las disposiciones del Código o de sus Normas Reglamentarias. La Competencia se determinará por el lugar donde se haya cometido la infracción. En caso de que ésta se haya cometido en varios Departamentos, tendrá competencia el Consejo correspondiente al lugar en que se produjo la primera infracción. C) Evacuar las consultas que le formulen los integrantes del Colegio de Médicos del Uruguay, domiciliados en el Departamento. D) Cumplir las decisiones del Consejo Nacional en todo lo referente al logro de los objetivos y fines del Colegio de Médicos del Uruguay.

CAPITULO VI - LOS RECURSOS DE REPOSICION Y APELACION

Artículo 13o. A) Contra las decisiones de los Consejos

Departamentales del Colegio de Médicos del Uruguay, habrá recurso de reposición ante el propio Consejo, que deberá interponerse en forma fundada, dentro de los diez días hábiles a contar del día siguiente a la notificación, conjuntamente con el recurso de Apelación ante el Consejo Nacional. El Consejo Departamental deberá resolverlo dentro de los treinta días, siguientes a la fecha de la interposición del recurso, debiendo entenderse rechazado el recurso de reposición si no queda resuelto dentro de ese plazo y, en tal caso, deberá conceder de inmediato la apelación. El Consejo Nacional procederá de acuerdo a lo dispuesto en el inciso C) del art. 9o. B) Se considerará falta a la Ética Profesional, la no resolución de los recursos dentro de los plazos fijados. C) La interposición de los recursos tendrá efecto suspensivo sobre la aplicación de la sanción. D) Todas las resoluciones que afecten en cualquier sentido a los miembros del Colegio serán secretas mientras no se agoten todas las instancias previstas en esta Ley, a que tiene derecho el demandado.

CAPITULO VII - ELECCIONES

Artículo 14o. Los miembros médicos del Consejo Nacional, serán elegidos por representación proporcional entre todos los integrantes del Colegio de Médicos del Uruguay, aplicándose el sistema de listas y el voto secreto. El acto electoral será controlado por la Corte Electoral y en él se aplicarán, en lo que corresponda, las normas vigentes para la elección de la Cámara de Senadores. Todos los miembros podrán ser reelectos por una sola vez, debiendo transcurrir un período íntegro entre su cese y su nueva elección para poder integrar el Cuerpo. Las listas serán con sistema de suplentes respectivos para los Consejos, Nacional y Departamental.

Artículo 15o. Los miembros electos durarán cuatro años en su mandato, los que se renovarán parcialmente por bienios, continuarán en sus funciones hasta la toma de posesión, de los miembros electos. Para el caso de vacancia total, se aplicará el mismo régimen previsto en el Art. 25.

Artículo 16o. Los miembros de los Consejos Departamentales serán elegidos por los médicos inscriptos en el Departamento aplicándose en lo pertinente las disposiciones previstas en los artículos 14 y 15.

Artículo 17o. En caso de inscripción de un miembro en más de un Departamento, el médico no podrá optar por figurar en uno de ellos, en su calidad de elegido y elector, debiendo hacerlo donde tenga residencia.

CAPITULO VIII - SANCIONES Y REHABILITACION

Artículo 18o. Las sanciones que pueden aplicarse por los Organos del Colegio de Médicos del Uruguay, de acuerdo con la reglamentación de la presente Ley, son las siguientes: A) Advertencia, B) Observación, C) Amonestación, D) Suspensión del registro por el término que prevea el Código de Ética Médica. Las sanciones son recurribles de acuerdo con las normas generales. (Supra Art. 13) la suspensión podrá ser temporal o definitiva.

Art. 19o. Rehabilitación. De las solicitudes de rehabilitación, promovidas por los interesados, conocerá el Consejo Nacional del Colegio.

CAPITULO IX - RECURSOS ECONOMICOS

Artículo 20o. Los recursos económicos del Colegio de Médicos del Uruguay serán: 1o. Un aporte porcentual, mensual, sobre los ingresos profesionales de los médicos por todo concepto de hasta el 1 por ciento, aporte que el Consejo Nacional fijará de acuerdo con su presupuesto ANUAL. 2o. Donaciones o legados. A los efectos del estricto cumplimiento del apartado 1o. del presente artículo, facúltase a las Instituciones empleadoras a efectuar retenciones solicitada por el médico a esos fines. La recaudación será efectuada por los Consejos Departamentales, quienes remitirán mensualmente los fondos recaudados al Consejo Nacional en la forma que establecerá la reglamentación.

CAPITULO X - DE LA APROBACION Y MODIFICACIONES: DEL CODIGO DE ETICA

Artículo 21o. A) El Consejo Nacional enviará, en el término de 30 días de constituido, el anteproyecto de Código de Etica Médica a cada Consejo Departamental, los que de inmediato lo pondrán en

conocimiento de los miembros colegiados de su Departamento. B) Los médicos colegiados dispondrán de 60 días para formular observaciones, sugerencias y modificaciones a dicho anteproyecto, que pondrán en conocimiento de su Consejo Departamental. Este las elevará de inmediato al Consejo Nacional. C) El Consejo Nacional formulará un nuevo anteproyecto, para el que deberá tener en cuenta las objeciones y enmiendas sugeridas, y en 30 días lo remitirá nuevamente a consideración de los consejos Departamentales, para conocimiento y observaciones de sus colegiados. D) Para este último estudio los médicos colegiados dispondrán de 30 días, debiendo en ese lapso los Consejos Departamentales devolver el anteproyecto al Consejo Nacional con las nuevas observaciones, cualquiera sea la etapa a que se haya llegado. E) El Consejo Nacional dispondrá de 30 días más para la redacción final del proyecto, que entrará en vigencia finalizado dicho plazo. F) Toda vez que se considere necesario modificar el Código de Etica, el Consejo Nacional procederá en la forma señalada en los incisos anteriores.

CAPITULO XI—DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo 22o. La Corte Electoral tomará las providencias necesarias para permitir la participación de todos los médicos habilitados para el ejercicio profesional en el país, en la elección de los primeros Consejos, Nacional y Departamentales.

Artículo 23o. El primer Consejo Nacional dispondrá de un plazo máximo de 180 días para someter a consideración del Poder Ejecutivo, el proyecto de reglamentación de esta Ley.

Artículo 24o. El registro de calificaciones a que alude el inciso H del Artículo 9o., está condicionado con su vigencia, a la aprobación del Estatuto del Trabajo Médico, que establezca la calificación única.

Artículo 25o. De los miembros electos de los primeros Consejos, Nacional y Departamentales, cesarán a los dos años, 4 y 2 miembros respectivamente, por el sistema de sorteo entre todos sus miembros titular. Los suplentes respectivos también cesarán con tales.

Señor Presidente del
Sindicato Médico del Uruguay
Dr. Alberto Cid
Presente

Montevideo, 24 de marzo de 1988

De mi consideración:

Como es habitual y dentro de la política de colaboración y coordinación con otras instituciones que lleva a cabo este Ministerio tenemos el gusto de remitirle adjunto fotocopia del proyecto de "Código de Etica Médica" elaborado por esta Secretaría de Estado.

Al respecto le solicitamos que si le merece alguna corrección éstas sean enviadas en un plazo no mayor de 60 días. Sin otro particular, lo saludamos muy atentamente,

Dr. Raúl Ugarte Artola
Ministro de Salud Pública

CODIGO DE ETICA MEDICA

Introducción

Desde milenios existen reglas destinadas a regir la pureza del acto médico. En mayor parte aún persisten inmovibles. Durante los últimos años ha surgido la necesidad de agregar, a tan antiguas, nuevas ordenanzas. Ello deriva de la incrementada sucesión de acontecimientos trascendentales para la vida humana. Unos, son los extraordinarios, continuos, cada vez más numerosos, e inusitadamente rápidos, adelantos alcanzados por las ciencias biomédicas. Otros, los múltiples, crecientes y graves conflictos que hoy perturban la paz mundial. Ambos hechos involucran la salud y felicidad, presente y futura, de los seres humanos, y enfrentan la conducta médica con problemas nunca planteados hasta ahora. De ahí la ineludible obligación de formular leyes para que la ética en medicina, actualizada, continúe vigente dentro de los rígidos límites que siempre tuvo.

Este código procura recoger los más recientes conceptos internacionalmente aceptados sobre estos temas e incorporarlos en disposiciones que, junto a las tradicionales, han de encauzar la moral del ejercicio médico en el Uruguay.

No puede ser definitivo. Habrá de modificarse periódicamente, en función de las exigencias impuestas por la evolución científica y social. Tampoco puede ser exhaustivo. Las ordenanzas que contiene contemplan solamente un número limitado de situaciones previsibles, para las cuales la ética médica tiene aplicación definida y preestablecida. Toda acción humana, cualquiera sea, posee una faz ética y, por consiguiente, también los actos médicos.

Por tal motivo, quedan fuera del Código Infinidad de situaciones de difícil o imposible predicción, que la práctica depara y cuya solución puede colocar al médico ante arduas y aun angustiantes disyuntivas, que siempre deberá resolver con su ciencia y frente a su conciencia, tomando como guía el espíritu de este Código.

Precepto ético fundamental

Es deber insoslayable del médico, dedica su existencia al servicio del bienestar humano, considerando que éste constituye un derecho esencial de todos sus semejantes y, por lo tanto, procurar brindárselo a quien tuviere necesidad de

su ayuda, cualesquiera fueran, edad, raza, nacionalidad, religión, ideas políticas, nivel social, riqueza, reputación y los sentimientos que esa persona pudiera inspirarle, y en consecuencia:

- 1.- respetar y hacerle respetar la vida y personalidad;
- 2.- brindarle sus conocimientos científicos y apoyo moral, sin retaceos;
- 3.- defenderle la salud, entendiéndolo por tal, el mejor estado físico, psíquico y social;
- 4.- prevenir y curarle enfermedades;
- 5.- aliviarle sufrimientos;
- 6.- ampararlo en ejercer la soberanía sobre su cuerpo;
- 7.- actuar en favor de él, siempre, sin claudicaciones, en armonía con los dictados de su conciencia, en el sentido de conciencia que la tradición cultural ha consagrado y que todo ser humano civilizado conoce;
- 8.- corresponder a la confianza por él depositada cuando está enfermo, haciéndolo con la máxima devoción y dedicación, para protegerlo y beneficiarlo, como lo quiera respecto de sí o sus allegados más queridos, dando con ello testimonio

de rectitud;

9.- contribuir a que tenga muerte digna cuando hubiere llegado el momento;

10.- cumplir, indeclinablemente, el espíritu y la letra de este precepto, al que se ajustan en detalle las normas contenidas hoy en este código, así como también deberán hacerlo las que pudieran agregarse en adelante.

SECCION "A"

Deberes del Médico

CAPITULO I

En la calidad de asistencia

El médico debe:

1.- Asegurar la mejor calidad de asistencia que ha de:

1.1.- ser la más apropiada para el enfermo ante la ciencia y frente a la conciencia del médico, por:

- 1.1.1.- tener la mayor efectividad;
- 1.1.2.- causar el menor sufrimiento;
- 1.1.3.- producir los más reducidos efectos colaterales e inconvenientes;
- 1.2.- brindarse con bondad, solicitud, dedicación y calor humano;

2.- Procurar que esos valores sean comprendidos por el paciente, buscando con ello animarlo, e infundirle confianza en la mayoría, lo que habrá de inducir en él, benéfico sosiego.

CAPITULO II

En los derechos humanos

El médico debe:

3.- Defender, como principio consustancial de su ética personal y médica, los derechos humanos relacionados con el ejercicio profesional.

4.- Negarse, terminantemente, a participar directa o indirectamente, a favorecer o siquiera admitir con su sola presencia, la tortura, independientemente de quien:

4.1.- sea el torturado, sus creencias religiosas o políticas, las circunstancias en que le fuera mostrado para examinar o prestar asistencia, incluyendo el conflicto armado, la guerra civil o cualquier otra situación de violencia;

4.2.- fuere el torturador.

5.- Entender por tortura, los deliberados e imperdonables sufrimientos impuestos a un ser humano privado de libertad, e indefenso a merced de quienes lo atormentan, avergonzándolo de sí mismo y desintegrando su personalidad, en procura de obtener informaciones, confesiones, delaciones o tralaciones, mediante procedimientos tales como, entre otros muchos semejantes son:

- 5.1.- realizarle chantaje;
- 5.2.- someterlo a intensos dolores físicos;

5.3.- provocarle lesiones;

5.4.- recluirlo en lugares inhabitables;

5.5.- acosarlo psicológicamente;

5.6.- administrarle drogas psicoactivas o mortíferas;

5.7.- alterar su identidad espiritual, intelectual y moral, con "lavados de cerebro";

5.8.- Internarlo en hospitales de asistencia psiquiátrica, pretextando inexistentes enfermedades mentales.

6.- Rechazar conocimientos científicos, informes, instrumentos, o sustancias que se le solicite suministrar, y pudieran facilitar la práctica de torturas, o toda forma de trato cruel, inhumano o degradante.

7.- Rechazar, categóricamente, pedidos para suministrar datos al torturador sobre el estado clínico del torturado, con la finalidad de que él sepa si puede proseguir o le conviene suspender la tortura.

8.- Resistirse, inflexiblemente, a someter al torturado a tratamientos para renovar su resistencia y permitirle al torturador continuar la tortura.

9.- Deshechar, rotundamente, sugerencias, solicitudes, o imposiciones para formular declaraciones inexactas o extender certificados falsos, con el propósito de ocultar daños físicos, mentales o muertes, provocados por la tortura.

10.- Denunciar a las autoridades competentes la tortura a que cualquier persona hubiera estado sometida y que él pudo comprobar.

11.- Asumir actitudes acordes con los dictados de su conciencia, ante circunstancias de muy difícil solución, no especificadas en códigos, o disposiciones legales sobre derechos humanos, actitudes que adoptará empleando cuidado y circunspección, y realizando siempre lo que considere mejor y más efectivo para el interés del paciente prisionero, como por ejemplo es el caso de:

11.1.- encontrarse enfrentado al derecho de esa persona a ayunar en señal de protesta y a la opción sea de alimentarla artificialmente cuando ella hubiera llegado al estado de inconciencia, como es su deber para salvaguardar la vida humana, o bien, dejarla morir de inanición, atendiendo al desmo manifestado por esa persona de continuar el ayuno hasta sus últimas consecuencias;

11.2.- tomar resolución en acceder o rechazar el pedido de un prisionero cuando le solicita ayuda para quitarse la vida ante la inminencia de ser sometido a tortura, evitando, a la vez, los sufrimientos consiguientes, y la revelación de secretos que, con empeño, quiere preservar.

12.- Enfrentar la ardua disyuntiva de rechazar o de aceptar la negativa de un paciente a recibir un tratamiento indispensable, argumentando razones religiosas, o de otra índole.

13.- Oponerse a administrar un tratamiento a quien así se lo reclame, arguyendo el derecho a resolver sobre su propio cuerpo, cuando el médico considere que esa terapéutica es innecesaria, inconveniente, o perjudicial.

14.- Apoyar, en todo cuanto esté a su alcance, a los médicos que fueran penados por defender los derechos humanos como indica el Código.

CAPITULO III

En el ejercicio profesional

El médico debe:

15.- Tener una conducta pública y privada intachable.

16.- Evitar adicciones al alcohol o a drogas, y en caso de que tal ocurriera, someterse al tratamiento correspondiente.

17.- Actuar con plena conciencia de que su obligación profesional tiene por medida la amplitud

de su poder de decisión, el cual:

17.1.- depende, de la disponibilidad de recursos a su alcance, y de los obstáculos interpuestos a su actuación médica, por lo cual debe empeñarse, afanosamente, en aumentar los primeros y reducir los segundos:

17.2.- es función de sus aptitudes técnicas, así como de su integridad moral, virtud ésta, que le permite discernir entre el bien y el mal.

18.- Mantener sus conocimientos científicos constantemente actualizados y perfeccionados, en forma de emplear los mejores y más modernos métodos de diagnóstico y tratamiento, con clara noción de las contraindicaciones que comportan, así como de los eventuales riesgos que indican.

19.- Evitar, en lo posible, el empleo de nuevos procedimientos de diagnóstico, si bien muy demostrativos, también más peligrosos que otros anteriores, suficientemente aclaratorios y de mayor inocuidad.

20.- Abstenerse, salvo obligado por emergencias excepcionales, de realizar acciones médicas que reclamen conocimientos especializados superiores a los que sólo posee en la forma elemental de nociones adquiridas durante su formación médica básica.

21.- Solicitar la colaboración asistencial de médicos idóneos en todo cuanto no sea de su competencia o más apropiada capacidad, con objeto de brindarle al enfermo la mejor eficiencia.

22.- Ejercer la profesión -salvo cuando el paciente hubiera de ser asistido, necesariamente en su domicilio-, en locales especiales y exclusivamente destinados a esa finalidad, disponiendo de los medios más convenientes para que sus acciones médicas sean dignas de la alta misión que deben cumplir, sin verse afectadas por deficiencias de esa naturaleza.

23.- Colocar en lugar bien visible, a la entrada del consultorio, su nombre completo, título universitario y referencia a la especialización que ejerce de haberle sido ella reconocida por las autoridades oficiales, y asimismo, encabezar los impresos utilizados en la práctica médica, con todos los datos personales y profesionales mencionados, a los que podrá agregar títulos honoríficos otorgados por instituciones prestigiosas del país y del extranjero, así como sitio, número telefónico, días y horas de consulta.

24.- Escribir con letra claramente legible, fechando y firmando, cuanto se relacione con la asistencia.

25.- Formular sus prescripciones con total libertad, sin condicionamientos ni limitaciones ajenos al exclusivo interés del enfermo, con la convicción científica y moralmente fundada, de que ellas proporcionan el mayor bien posible.

26.- Redactar con precisión sus prescripciones, asegurándose de que sean cabalmente comprendidas, sin prestarse al mínimo error de interpretación, y ocuparse de su correcto acatamiento.

27.- Vigilar y exigir de sus colaboradores, así como de circunstanciales reemplazantes, cumplimiento del máximo cuidado en todas las tareas ligadas a la asistencia como es el caso de la higiene, asepsia, controles del funcionamiento y correcto uso de instrumentos, aparatos, etc., etc., inculcándoles, con su propio ejemplo, el sentido de responsabilidad.

28.- Sostener íntegros los preceptos de este código al ejercer la medicina, tanto pública como pri-

vada, en toda circunstancia y sin excepción alguna, principio del cual no podrán apartarlo, ni las cláusulas del contrato de trabajo ni las disposiciones laborales eventualmente vigentes en esas instituciones.

29.- Considerar vedado el actuar en cualquier actividad extramédica si ello pudiera significar menoscabo para la medicina.

CAPITULO IV

En el secreto profesional

El médico debe:

30.- Guardar secreto, como principio insoslayable, sobre cuanto hubiera conocido en forma explícita o implícita, directa o indirecta, acerca de la enfermedad, vida privada o intimidad, de quienes hubiera de asistir o examinar en el ejercicio de su profesión y guardar silencio al respecto, aun tratándose de hechos notorios, o de que esas personas hubieran muerto y en esa eventualidad mantener la misma tesitura independientemente del tiempo transcurrido desde entonces.

31.- Abstenirse de realizar comentarios o dar informaciones sobre sus pacientes a colegas ajenos a la asistencia, y con los que hubieran participado en ella, limitar sus expresiones a lo exclusivamente indispensable para mejorar la salud del enfermo.

32.- Callar cuanto pudiera violar el secreto profesional, al defenderse, aun con justa razón, ante críticas indebidas o calumnias, motivadas por la asistencia que hubiere prestado.

33.- Reservar al paciente, como norma, el pronóstico fatal de su enfermedad, reconsiderando la aplicación de esa regla, solamente si él insistiera en la imperiosa necesidad de conocerlo, para adoptar resoluciones imprescindibles, ante lo cual el médico tendrá la obligación de:

33.1.- ponderar las razones que el paciente aduzca al respecto y el estado anímico que por ello denote;

33.2.- confrontar muy cuidadosamente los pro y los contra antes de adoptar una decisión;

33.3.- utilizar en la respuesta, de ser afirmativa, la máxima prudencia;

33.4.- decir al enfermo agonizante solamente cuanto demuestre que, efectivamente, desea saber y puede comprender, atendiendo a proporcionarle paz y bienestar.

34.- Conservar inviolables las confidencias que hubiera recibido del enfermo, sin instigarias jamás, ni utilizarlas nunca, fuera de los fines que le dieron origen.

35.- Analizar detenidamente lo que el paciente le solicitare comunicar a terceros referente a su enfermedad, tomando la determinación ante su propia conciencia, acerca de qué debe decir sin violar el secreto profesional del cual ni el mismo enfermo lo puede desligar pues él ignora, o no entiende, la completa realidad de su afección y por lo tanto, el perjuicio que la revelación pudiera ocasionarle.

36.- Conservar incólume el espíritu del secreto profesional en todo cuanto las circunstancias asistenciales, reglamentos o leyes le exigieran informar, manifestar, o denunciar, cuidando celosamente que sus palabras sean las estrictamente necesarias y apropiadas, de modo que nunca puedan afectar la auténtica rectitud, los legítimos intereses, ni descubrir lo que es privativo de los pa-

cientes asistidos o por él examinados, al tener que:

36.1.- informar a los allegados o representantes del paciente a su cargo lo relativo a la enfermedad que a éste aqueja y a los problemas asistenciales que ella plantea, si él fuera menor de edad padeciera de una afección cuya gravedad constituye impedimento humanitario para decirselo, estuviera inconsciente, o tuviera sus facultades mentales alteradas.

36.2.- proporcionar a las autoridades legalmente facultadas para pedirlo, testimonios o certificaciones referentes a las derivaciones laborales, administrativas o disciplinarias de la enfermedad del paciente a su cargo, o de quien hubiera sido sometido a peritaje.

36.3.- denunciar ante la justicia los hechos a que la ley le obliga y que conociera como consecuencia del desempeño de su profesión de lo cual son ejemplos, los abortos criminales, las violaciones, los daños a menores, etc.

37.- Armonizar el respeto y cumplimiento del secreto profesional con la protección a una menor soltera que le consultara por embarazo, infundiéndole firmemente el deber de no apartarse del marco legal al buscar soluciones, y ayudándola, con tacto, discreción y actitud benévola, a confesar su estado a padres, allegados responsables, o tutores con el propósito de encontrar para ella la mejor salida anímica, moral y familiar.

38.- Obrar como lo expresado en el artículo precedente ante consultas o confidencias de un menor de edad por enfermedades o actos que él no se atreviera a comunicar a sus padres, allegados responsables, o tutores, lo cual impondrá al médico la obligación de salvaguardar el secreto profesional, garantizar la confianza en él depositada y el deber de mostrar al menor la vía que le reporte el mayor bien, contribuyendo también a que lo logre.

39.- Omitir toda información prematrimonial al futuro cónyuge y a la familia de éste respecto a enfermedad actual o pasada del paciente a su cargo, de no haber obtenido previamente su consentimiento y tratándose de afecciones del porvenir perjudicial para el matrimonio, o bien para su descendencia como lo son las de trasmisión hereditaria, buscar, tanto el modo de no revelarlas como la forma de evitar sus daños.

40.- Preservar ante el receptor, el secreto respecto a la persona del dador, en los trasplantes de tejidos u órganos obtenidos post-mortem.

41.- Inculcar el principio del secreto profesional en todos quienes intervienen o colaboran en la asistencia y vigilar su fiel cumplimiento.

42.- Cuidar que las historias clínicas y demás documentos asistenciales archivados, al ser utilizados con fines docentes o empleados en publicaciones científicas, se mantengan siempre a cubierto de indiscreciones conducentes a la identificación de los respectivos enfermos.

CAPITULO V

En el "libre consentimiento informado"

El médico debe:

43.- Procurar el "libre consentimiento informado", antes de realizar las acciones médicas necesarias en bien del paciente a su cargo, entendiendo por

tal consentimiento el que reúna las siguientes condiciones:

43.1.- ser realmente libre;

43.2.- haberse concedido luego de oír al médico explicar, minuciosa, clara, cautelosa y pacientemente, la razón, las ventajas, inconvenientes, o peligros eventuales, de los procedimientos asistenciales propuestos;

43.3.- Otorgarse por el paciente o, de no estar él en condiciones de proporcionarlo, dado por sus representantes legalmente autorizados y, en caso de imposibilidad para hacerlo ellos -por estar ausentes o no poseer las aptitudes indispensables-, ser entonces asentido por una o más destacadas personalidades, notoriamente capacitadas moral y científicamente, las cuales a estos efectos asumirán la representación del enfermo.

44.- Esforzarse por lograr "el libre consentimiento informado" tratando de convencer al enfermo o a quienes lo representan, con prudencia pero también firmeza, sobre la necesidad de aceptar las acciones médicas por él propuestas e imprescindibles a la salud del paciente y frente a las cuales ellos manifestaran oposición.

45.- Obtener, sin falta, el "libre consentimiento informado" en las circunstancias que a continuación se citan a título de ejemplo:

45.1.- empleo de métodos de diagnóstico o terapéuticos que, juntamente con ventajas ciertas, conlleven eventuales riesgos para el paciente:

45.2.- trasplantes de tejidos u órganos -de lo cual trata específicamente el Capítulo IX- que exijan autorizaciones especiales de los:

45.2.1.- donantes vivos;

45.2.2.- preceptores de tejidos u órganos procedentes de donantes vivos o muertos o bien de los enfermos en los cuales se hubieran de implantar órganos artificiales.

45.3.- realización de investigaciones técnicas de indudable beneficio futuro para otros seres humanos e incluso para el propio enfermo sometido a la investigación -como dice el Capítulo X- pero que entrañe para éste algún daño posible, aunque sea, por cierto, de menor importancia.

46.- Respetar el derecho de quien otorga el "libre consentimiento informado" a retirarlo cuando lo desee.

CAPITULO VI

En la asistencia

El médico debe:

A.- Respecto de las relaciones médico-enfermo y enfermo-médico.

47.- Conducirse ante el enfermo a su cargo en la forma que piensa, siente y sabe ser la mejor y en consecuencia:

47.1.- tratarlo con máximo respeto;

47.2.- demostrar especial consideración ante el relato de sus males;

47.3.- ofrecerle permanente sostén espiritual;

47.4.- proporcionarle la ayuda a su alcance para superar o atenuar perjuicios derivados de la enfermedad;

47.5.- esforzarse por curarlo, mejorarlo, o aliviarlo con dedicación abnegada y aplicación cuidadosa de sus conocimientos científicos y experiencia clínica;

47.6.- dedicar todo el tiempo necesario a la atención de su salud, evitando dar muestras de prisa para finalizar las consultas, comportamiento que cumplirá en toda circunstancia, se trate de pacientes de su clientela privada o de asistencia institucional;

47.7.- brindarle expresivas pruebas de la estima y amistad que se hubieren podido generar en el curso de la asistencia.

48.- Respetar la determinación del paciente para elegir o cambiar al médico con el cual asistirse.

49.- Atender los deseos del enfermo en lo referente a la forma y lugar donde efectuar la asistencia, sea ambulatoria, domiciliaria u hospitalaria, siempre que ello no se contraponga a la eficacia de la acción médica.

50.- Contribuir, en la medida de su potestad, a que las últimas voluntades del paciente, en inminencia o presunción de muerte próxima, se cumplan, pero siempre que de tal intervención no resulte beneficio directo o indirecto para el médico o sus allegados.

51.- Inculcar en quienes colaboran o intervienen en la asistencia, la misma actitud que ha de regir su propia relación con los enfermos y por lo tanto, exigir que esas personas demuestren al paciente el mayor respeto, la más alta consideración por su sufrimiento, constante voluntad por auxiliarlo y satisfacerlo, pulcritud sin tacha en los cuidados que deben prestarle, normas todas cuya estricta observancia vigilará personalmente, así como también habrá de reclamar, en las que corresponda, reciprocidad en el trato por parte del paciente y sus allegados.

B.- Respeto de las circunstancias asistenciales.

52.- Urgentes

52.1.- prestar inmediato auxilio al herido, accidentado o enfermo grave que se encontrare en su presencia o inmediata proximidad, carente de asistencia o necesitando su colaboración profesional con la de otros médicos y, asimismo, ocuparse de obtener en el lugar del hecho todos los más adecuados recursos, y de no ser ello posible, procurar el traslado del paciente, en las condiciones más apropiadas hasta donde se le pueda proporcionar una asistencia mejor;

52.2.- concurrir prontamente ante un llamado apremiante, sin que constituyan impedimentos válidos, el horario nocturno, los días feriados, las distancias a recorrer—siempre que ella sea razonable—, haberse retirado del ejercicio profesional o no ser el médico tratante del enfermo.

52.3.- contribuir, en la medida de las posibilidades a su alcance, a que la asistencia solicitada, como indicado en el precedente inciso 1.2., se cumpla con la mayor eficacia, si él no pudiera satisfacerla personalmente como es debido.

53.- No urgentes:

53.1.- asistir al enfermo a su cargo en toda circunstancia durante el curso de la misma enfermedad y cuando encontrare obstáculo absoluto para ello, avisar de inmediato al paciente o a sus representantes y suministrar a su sustituto la información pertinente a efectos de mantener la continuidad asistencial sin inconvenientes ni perjuicios para el enfermo;

53.2.- prestar asistencia a todo el que solicite sus servicios de ser único médico en una lo-

calidad.

C.- Respeto de las consultas médicas:

54.- Aceptar siempre una consulta médica cuando ella le sea solicitada por el paciente, sus allegados o representantes.

55.- Proponer una consulta con otro médico cada vez que lo considere necesario para bien del enfermo o en salvaguarda de su responsabilidad.

56.- Cumplir, como médico tratante, las siguientes reglas en caso de consultas médicas:

56.1.- Indicar cuál médico consultor le parece más adecuado en la circunstancia, tanto de pedirsele consejo, como siendo suya la iniciativa de consultar;

56.2.- admitir, en carácter de consultor, al médico elegido por el paciente, sus allegados o representantes, excepto que ese médico hubiera incurrido en notorias faltas éticas, tuviera incompetencia evidente en la materia, o mantuviera con él enemistad, eventualidades ante las cuales podrá optar entre:

56.2.1.- recusarla, dando o callando los motivos, según lo considere más conveniente.

56.2.2.- aceptar al consultor propuesto, si al hacerlo no compromete principios deontológicos, ni su dignidad personal o profesional, pero exigiendo la presencia de un segundo consultor designado por él y que habrá de ser un médico de gran prestigio moral y científico.

56.2.3.- apartarse de la asistencia si no fuera atendida una u otra de las condiciones mencionadas en 3.2.1 y 3.2.2.

57.- Cumplir, como médico consultor, las siguientes reglas:

57.1.- abstenerse de contestar preguntas del paciente, sus allegados o representantes acerca de la enfermedad, no estando presente el médico tratante, y explicar los fundamentos éticos de esa negativa.

57.2.- rehusar la asistencia del paciente por la misma enfermedad que motivó la consulta, de no contar con el pedido o asentimiento del médico tratante.

58.- Cumplir, sucesivamente, como médicos tratantes y consultor las siguientes reglas en el curso de las consultas:

58.1.- exponer el tratante al consultor, a solas, la historia clínica del paciente y poner a su disposición la documentación respectiva, completa;

58.2.- examinar el médico consultor al enfermo en presencia del médico tratante y si fuera necesario, de allegados o representantes de aquél;

58.3.- reunirse ambos médicos, nuevamente a solas, e intercambiar opiniones;

58.4.- comunicar el médico consultor sus conclusiones en presencia del médico tratante, al paciente, allegados o representantes, los cuales, ante discrepancias surgidas entre ambos médicos, podrían:

58.4.1.- preferir la opinión del médico tratante, con lo que la asistencia continuará como hasta entonces;

58.4.2.- dudar entre los pareceres encontrados, siendo entonces solución definitiva del diferendo reiterar la consulta con un segundo consultor de reconocida competencia e intachable conducta;

58.4.3.- inclinarse por el dictamen del médico consultor y si ello indujera el retiro del médico

tratante, proseguir la asistencia a cargo de otro médico, ajeno a la consulta;

58.5.- Redactar y firmar un Informe sobre la consulta cuando lo juzguen conveniente o por pedido del paciente, allegados o representantes, entregando a éstos un ejemplar y conservando cada médico otro para sí.

D.- Respeto de los cuidados a menores e incapaces.

59.- Brindarles todo cuanto considere necesario para preservar su salud, previas explicaciones a los padres o tutores, salvo que razones de urgencia lo impidieran, en cuyo caso, debe dar esos cuidados sin demora alguna.

60.- Denunciar a las autoridades competentes malos tratos a los que pudieran ser sometidos menores o incapaces.

E.- Respeto de las relaciones entre médicos.

61.- Mantener con sus colegas un trato correcto y respetuoso, que los dignifique y contribuya a elevar la consideración general por la medicina.

62.- Asumir, como actitud de principio, solidaridad con sus colegas, y siempre que en conciencia lo crea justificado, brindarles apoyo, ayuda moral y defensa ante ataques indebidos.

63.- Abstenerse de formular críticas de sus colegas ante los enfermos, familiares y allegados, así como a toda persona ajena a la medicina e incapaz de juzgar las actuaciones específicamente médicas.

64.- Rehusar la asistencia domiciliaria de un enfermo en tratamiento con otro médico, de no existir motivos urgentes.

F.- Respeto a la relación de los médicos y sus colaboradores.

65.- Tener una conducta atenta e irreprochable con sus colaboradores, exigiendo de ellos reciprocidad, todo lo cual redundará en beneficio de la existencia y apareja realce a la profesión.

CAPITULO VII

En las retribuciones por asistencia médica

El médico debe:

66.- Fijar el monto de sus honorarios luego de aquilatar ante su conciencia moral y profesional el valor del servicio prestado, atendiendo al criterio generalmente aplicado en situaciones similares y con especial consideración por las eventuales y auténticas dificultades económicas del paciente deudor de quienes fueran responsables por él para afrontar el pago.

67.- Explicar, de solicitarse, a quien ha de asumir los estipendios, las razones que indujeron a fijar su magnitud.

68.- Asistir gratuitamente a sus colegas y a todo familiar que dependa económicamente de ellos.

69.- Presentar sus honorarios por escrito, e individualmente, cuando la asistencia hubiera estado a cargo de varios médicos conjuntamente.

CAPITULO VIII

En la eutanasia activa y pasiva

El médico debe:

70.- Abstenerse de emplear cualquier procedimiento susceptible de provocar la muerte, es decir, de practicar la eutanasia activa.

71.- Considerar obligación primordial de su actuación médica, el permitir la muerte digna del enfermo a su cargo, carente de posibilidades de sobrevivir, evitándole los inútiles sufrimientos físicos y las mortificaciones espirituales resultantes de inconducentes terapéuticas que sólo prolongan la agonía, actitud que se conoce como eutanasia pasiva.

72.- Interrumpir la Internación en el Centro de Tratamiento Intensivo del paciente en estado terminal, respetando con ello el legítimo derecho de sus seres queridos que desean rodearlo y acompañarlo en los instantes finales de su vida, a pesar de que con esa decisión del médico pudiera acelerar el advenimiento de la muerte inminente.

73.- Continuar y aun intensificar si fuera necesario, el tratamiento paliativo, sedante o analgésico, en procura de aliviar y calmar al paciente sufriendo aun a riesgo de aproximar el fallecimiento en una afección incurable.

74.- Acatar la voluntad manifestada por el enfermo de rechazar el tratamiento de la afección fatal que lo aqueja, y cuando él hubiera perdido la conciencia definitivamente, suspender toda terapéutica paliativa o de mantenimiento.

75.- Contar con el acuerdo de los allegados o representantes del paciente en estado de conciencia terminal, para suprimir la terapéutica en todos los casos previstos en los dos incisos precedentes o en situaciones similares, obteniendo de ellos lo que se llama "juicio sustitutivo" o "consentimiento sustitutivo", el cual subroga la voluntad del paciente.

76.- Asegurarse, por todos los medios a su alcance, incluidas las consultas con otros médicos, que el diagnóstico de afección mortal es exacto en el enfermo que está asistiendo, antes de resolver la supresión del tratamiento, y de persistir dudas, continuarlo hasta aclarar definitivamente el pronóstico.

77.- Iniciar siempre la reanimación cardio-pulmonar ante un paro cardíaco, salvo que existan obvias circunstancias incompatibles con la vida—decapitación, prolongado lapso de detención de las funciones circulatoria y respiratoria—, o signos ostensibles de muerte como, rigor mortis, lividesces extensas y múltiples, etcétera.

78.- Realizar la reanimación hasta demostración terminante de insensibilidad cardiovascular o de muerte cerebral, como se especifica en el Capítulo IX.

CAPITULO IX

En la confirmación de la muerte

El médico debe:

79.- Obtener demostración determinante de la muerte, antes de suprimir las medidas de reani-

mación, excepto en las condiciones establecidas en el capítulo VIII.

80.- Considerar que se ha producido la muerte cardiovascular cuando no hay respuesta a los eléctricos y farmacológicos y persiste detenida la circulación.

81.- Afirmar la muerte cerebral cuando:

81.1.- Existe una destrucción encefálica incompatible con la vida;

81.2.- hay estado de coma profundo con:

— ausencia total de reflejos;

— desaparición de la actividad electroencefalográfica comprobada por lo menos dos veces, con intervalos de seis horas;

— falta de reactividad ante las estimulaciones nerviosas periféricas;

— inyección intravenosa de aprotina sin respuesta;

— prueba de la apnea sin recuperación respiratoria tres o cuatro minutos después de suprimir la respiración apoyada.

82.- Ponderar, antes de atribuir significado positivo de muerte a los elementos precedentemente referidos, la influencia que sobre ellos pueden tener, el extremo frío ambiental, posibles acciones medicamentosas depresoras y el shock.

CAPITULO X

En los trasplantes de órganos y tejidos

El médico debe:

83.- Acatar sin falta, el principio del "libre consentimiento informado", antes de aceptar la donación, y en consecuencia, dar a conocer al donante en vida, de un órgano, pormenorizadamente y cuantas veces sea necesario, los riesgos inmediatos y futuros involucrados para él en la donación, así como los beneficios que ésta puede reportar al receptor.

84.- Atenerse, estrictamente, antes de iniciar el trasplante obtenido post-mortem, a las disposiciones vigentes sobre el reconocimiento, científicamente fundado, de la muerte cerebral del donante.

85.- Respetar, siempre, la voluntad del donante de revocar su decisión en cualquier momento, sea cuando se trata de donar en vida un órgano o bien de legarlo para después de su muerte, en cuyo caso la revocación podrá ser total, comprendiendo al cuerpo entero, o parcial, si se dona solamente una parte.

86.- Asegurar al donante secreto absoluto, en caso de revocación de la donación, debiendo entonces invocar, ante el receptor, sus allegados, o representante, otras razones, que no la verdadera, para explicar la inesperada situación creada por la negativa.

87.- Aclarar los siguientes puntos al receptor potencial de un órgano donado, en el momento de recibir su "libre consentimiento informado":

87.1.- Indicaciones, beneficios y riesgos, inmediatos y futuros del trasplante;

87.2.- tratamientos alternativos al trasplante aplicables en la afección que padece;

87.3.- posibilidades de vida, utilizando el trasplante, confrontadas a las que ofrecen otros métodos terapéuticos;

87.4.- perspectivas favorables de la terapéutica dialítica, como recurso a utilizar ante el

fracaso eventual del trasplante renal.

88.- Ocultar al receptor de un trasplante la identidad del donante muerto, considerando esta actitud como secreto profesional, tal lo dicho en el Capítulo IV.

89.- Indicar claramente al receptor eventual del trasplante de un órgano artificial, las ventajas, inconvenientes y riesgos de ese procedimiento, en comparación con los del trasplante de un órgano natural o con los de otros procedimientos terapéuticos que pudieran existir en su caso.

90.- Esforzarse por disipar las dudas del receptor de un trasplante, haciéndolo comprender la utilidad que él puede reportarle, cuidándose, sin embargo, para no ejercer sobre esa persona presiones indebidas, y asimismo, demostrándole siempre respeto ante una decisión negativa.

91.- Hacer estudiar psicológicamente al donante de un órgano para asegurar que el motivo de la donación es, realmente, un sentimiento de alta solidaridad humana, desprovisto de motivaciones anormales y excluyentes, como podría serlo un estado psicopatológico.

CAPITULO XI

En las investigaciones clínicas

El médico debe:

92.- Abstenerse de emprender cualquier investigación en seres humanos que entrañe, así sea la mínima, contingencia eventualmente perjudicial para los involucrados, de no tener ella por finalidad un importante beneficio biomédico, inmediato o diferido, e imposible de lograr por otros medios, y de cumplirse este requisito, iniciarla únicamente si cuenta con el "libre consentimiento informado" y también con el asentimiento de las autoridades oficiales.

93.- Considerar posible la realización de investigaciones en seres humanos, sin recabar previamente "el libre consentimiento informado" y el permiso de las autoridades oficiales, solamente si esas investigaciones estuvieran absolutamente desprovistas de riesgos, tales las que consisten en la observación e interpretación de los hechos clínicos espontáneos, sin demandar maniobras invasoras o el suministro de sustancias diferentes a las imprescindibles y comúnmente utilizadas, para el diagnóstico y el tratamiento.

94.- Probar nuevos métodos invasores de diagnósticos y tratamiento, exclusivamente, si existen fundados motivos para esperar de ellos superación de los empleados hasta entonces, y siempre que múltiples, reiteradas y rigurosas comprobaciones atestigüen su inocuidad, así como también que el ensayo haya sido aceptado mediante el "libre consentimiento informado" y aprobado por el comité oficial cuyos miembros deberán ser totalmente ajenos a la investigación programada.

95.- Excluir de cualquier clase de investigación a toda persona privada de libertad.

96.- Supeditar las investigaciones clínicas en el caso de:

96.1.- los menores de edad y los enfermos mentales, al "juicio sustitutivo" o "consentimiento sustitutivo", como expresado en el numeral 6 del Capítulo VIII de este Código.

96.2.- las embarazadas, a la obtención de

beneficios de tanta importancia como para supe-
rar, sin lugar a dudas, los riesgos eventuales que
las investigaciones pudieran significar y, asimis-
mo, a que los procedimientos empleados no con-
lleven daños para el embrión, el feto o el recién na-
cido.

97.- Prestar su colaboración, cuando le compe-
tiera, o le fuera solicitada por las autoridades ofi-
ciales, para efectuar investigaciones en la comu-
nidad, tales como, servicios de salud, tratamien-
to de las aguas, uso de insecticidas, etc., etc., las
cuales nunca podrán llevarse a cabo sin detallados
protocolos, certeza sobre la inocuidad de los
ensayos y la aprobación de Consejos Institucio-
nales.

CAPITULO XII

En la medicina social

El médico debe:

98.- Cooperar con las autoridades nacionales en
mantener la salud de la población y prevenir en-
fermedades.

99.- Ejercer la medicina en las localidades don-
de sus capacidades sean más necesarias.

100.- Trabajar en colaboración con otros agen-
tes de salud, en interés de la eficiencia de los ser-
vicios correspondientes.

101.- Cooperar con las autoridades públicas en
la aplicación de la legislación sanitaria.

102.- Estar alerta, como ciudadano consciente y
técnico informado, sobre las contingencias ad-
versas para la salud de la población, latentes o
presentes en el medio y coadyuvar para eliminar-
las.

103.- Inculcar, en cuantos lo rodean o tienen con
él relación, los principios de higiene y prevención
indispensables para evitar enfermedades.

CAPITULO XIII

En los certificados, peritajes y testimonios médicos pres- tados en juicios

El médico debe:

104.- Redactar los certificados que hubiere de
extender, con claridad, y utilizando todas las pre-
cisiones necesarias para evitar confusiones o in-
terpretaciones erróneas.

105.- Explicar al paciente examinado por él en
peritaje, la finalidad del examen.

106.- Negar informaciones, aclaraciones, o todo
género de datos sobre su dictamen, a la persona
examinada.

107.- Ser absolutamente objetivo en sus consi-
derandos y conclusiones.

108.- Abstenerse de toda intervención, manifes-
tación, u opinión, sobre el diagnóstico o el trata-
miento de la persona examinada en peritaje, y de
comprobar, al respecto, errores en perjuicio del
enfermo, comunicarlo al médico tratante con la
mayor reserva, máxima cautela y correcto proce-
der.

109.- Declarar indefectiblemente la verdad en
los testimonios judiciales, empleando para ello la
manera más explícita posible, en forma de expre-
sar con su ciencia y ante su conciencia, cuanto su
deber le imponga decir como contribución médi-

ca al esclarecimiento de lo real y justiciero.

CAPITULO XIV

En los métodos de diagnóstico o tratamiento eventualmente realizables más adelante en el Uruguay

El médico debe:

110.- Abstenerse de intentar el uso de las técni-
cas de ingeniería genética, de procurar la fertiliza-
ción in vitro y la consecutiva transferencia embrio-
naria, así como de realizar otros procedimientos
de índole semejante, actuales o del porvenir has-
ta que se instituya un Consejo Nacional, Integro
por personalidades de irreprochable moral y
alta capacidad científica, el que estudiará la faci-
lidad de esos métodos en el país, determinará
quienes lo podrán aplicar, así cómo, cuándo y
dónde, y asimismo, velará porque su utilización
no menoscabe la identidad biológica, y la digni-
dad del futuro individuo o esté dirigida al perjuicio
de grupos humanos, cualquiera fuere su condi-
ción racial.

SECCION "B" Derechos del Médico

En la asistencia

El médico puede:

111.- Considerarse libre de su obligación asis-
tencial, si el paciente o sus representantes se ne-
garan a aceptar las indicaciones que formula,
eventualidad en la cual procederá a:

111.1.- solicitar un documento firmado por
quien o quienes no acatan sus directivas, en el
cual conste esa decisión;

111.2.- dar cuenta a las autoridades com-
petentes, de no obtener el documento referido en
el numeral 1.1., y entonces, con el acuerdo de ellas
dejar la asistencia, cuidando que ésta ni se in-
terumpa ni se recienta.

111.3.- actuar en correspondencia con los
dictados de su conciencia y en función de las po-
sibilidades circunstanciales, si razones de pre-
mura, o de cualquiera otra naturaleza le impidie-
ran plantear el problema a las autoridades compe-
tentes.

112.- Habiendo interpretado fielmente y cumpli-
do con puntualidad la letra y el espíritu de sus de-
beres asistenciales, esperar y reclamar del pa-
ciente y sus allegados corrección, consideración
y respeto, y de no tenerlos, optar por retirarse de
la asistencia, adoptando previamente las provi-
dencias enunciadas en los numerales preceden-
tes.

113.- Retirarse de la asistencia del paciente a su
cargo, si así lo desea, y habiendo cumplido las
obligaciones pertinentes, hacerlo sin necesidad
de dar las razones de su resolución.

114.- Quedar eximido de la obligación asisten-
cial si reiteradamente hubiera recibido infunda-
das solicitudes de asistencia urgente para el mis-

mo enfermo, pudiendo, si lo estima necesario pa-
ra cubrir su responsabilidad, poner antes en co-
nocimiento de esta determinación, a las autorida-
des competentes.

115.- Recibir en su consultorio pacientes en
asistencia con otros médicos, libertad que, a su
vez, importa obligaciones tales como:

115.1.- formular al paciente, allegados o
representantes, su opinión sobre el diagnóstico y
el tratamiento del caso, cuidando de no expresar
la mínima crítica al médico tratante, al cual de ser
posible, informará también.

116.- Reclamar de las autoridades competentes,
que de juzgario en sus acciones profesionales por
acusaciones o denuncias de daños supuesta-
mente derivados de la asistencia que él hubiera
prestado, se haga la distinción entre error y culpa,
entendiendo que:

116.1.- el error deriva de humanos defectos
de apreciación, circunstanciales e inevitables,
sin mediar ignorancia científica, descuido, desa-
preensión, u omisión asistencial, y por consiguien-
te, con responsabilidad relativa o aun sin respon-
sabilidad;

116.2.- la culpa resulta de motivos inadmi-
sibles, como ignorancia científica, descuido, de-
sapreensión u omisión asistencial, y por lo tanto,
con responsabilidad real.

En las retribuciones por asistencia médica

El médico puede:

117.- Obtener remuneraciones dignas, acordes
con la calidad e importancia de la asistencia den-
tro del espíritu y la letra del inciso 1 del Capítulo
VII.

118.- Elevar el valor habitual del servicio presta-
do, en ocasión de consultas médicas, beneficios
que incluye siempre al médico consultor y tam-
bién al tratante, si a éste la consulta le es solicita-
da, debiendo ceñirse el incremento a las condicio-
nes mencionadas en el artículo precedente.

119.- Cobrar una suma especial por concurrir a
presenciar la operación quirúrgica de su pacien-
te, si ello le fuera pedido por el enfermo o sus al-
legados, o si ante su conciencia, creyera que esto
es conveniente para aquél.

En la asistencia

El médico le está prohibido:

120.- Practicar la dicotomía.

121.- Rehuser asistencia al paciente que carece
de recursos económicos para pagarla y no cuen-
ta con otra forma de obtenerla.

122.- Rebajar indebidamente el precio de su tra-
bajo profesional para competir deslealmente con
otros colegas, buscando en esa forma sustraerles
clientela.

123.- Procurar el incremento indebido del núme-
ro de sus pacientes, realizando actos incorrectos,
proclives a producirle ventajas en el ejercicio pro-
fesional, tales como:

123.1.- atraer enfermos a su asistencia va-
liéndose del desempeño de cargos jerárquica-
mente elevados, sea administrativos o de gobier-
no;

123.2.- desviar hacia él pacientes asisti-
dos por otros médicos, tanto de la práctica priva-
da, como afiliados en instituciones de asistencia

colectiva;

123.3.- aumentar el número de pacientes que ha de asistir durante un horario inextensible de consultas en instituciones de asistencia colectiva, pues ello implica perjudicar la asistencia de cada enfermo, destinándole un lapso insuficiente;

123.4.- cobrarle, por asistencia privada, a pacientes que tiene obligación de asistir en régimen de asistencia colectiva, propiciando así ganancias muy superiores, altamente condenables e inducidas aprovechando el interés de los pacientes y sus familiares por usufructuar de las facilidades, comodidades y prontitud de la asistencia privada, difíciles o imposibles de obtener en la colectiva.

123.5.- realizar cualquier clase de publicidad o propaganda sobre tópicos médicos, con aparente propósito educativo o de divulgación científica, pero con el motivo real de conseguir beneficios materiales congregando en su consulta un mayor número de pacientes.

124.- Efectuar una asistencia por separado y simultánea con la del médico tratante, habiendo sido consultor, sin conocimiento y consentimiento de aquél.

SECCION "C"

Prohibiciones para el médico

125.- Opinar o aconsejar a terceros, sobre la asistencia de pacientes, sin ser partícipe de ella y a espaldas del médico tratante.

126.- Desprestigiar colegas mediante críticas, dichos despectivos, o acciones similares.

127.- Tener a sueldo a otros médicos trabajando para él y cobrando las ganancias generadas por ellos.

128.- Criticar o reprender a sus colaboradores delante de terceros.

129.- Aplicar, aconsejar o preconizar procedimientos terapéuticos cuya eficiencia no es, demostradamente cierta, e inocuidad rigurosamente probada.

130.- Arrogarse ante sus pacientes especializaciones cuyo reconocimiento por las autoridades competentes no posee.

131.- Formular prescripciones medicamentosas, recomendar farmacias, laboratorios de exámenes clínicos, centros asistenciales, aparatos de uso diagnóstico o terapéutico, etc., etc., sin consideración por sus verdaderas cualidades, sino para satisfacer conveniencias propias, como son las utilidades pecuniaras o equivalentes, recibidas fraudulentamente en retribución, por cómplices favorecidos con tan vituperables indicaciones o consejos.

132.- Suministrar directamente y mediante cobro, medicamentos comercializados, u otros de origen o naturaleza no declarada, desconocida o desprovista de autorización oficial, induciendo engañosamente en los enfermos la creencia de que esos productos fueron preparados, especialmente, para el tratamiento curativo de la afección que los aqueja.

133.- Proporcionar a quienquiera fuere, beneficios materiales ilícitos, tanto ocultando enfermedades verdaderas de un paciente, como a la inversa, declarando en sano, afecciones inexistentes.

134.- Aceptar de enfermos graves o en inminencia de muerte y bajo su asistencia, cláusulas testamentarias con legados a su favor.

135.- Entrometerse en asuntos de familia de los pacientes que asiste.

136.- Participar en nada que signifique, ni con

nadie que practique ejercicios ilegales de la medicina.

En los trasplantes de órganos y tejidos

El médico le está prohibido:

137.- Participar del tratamiento o evaluar el estado clínico del eventual donante de un órgano post-mortem, si forma parte del equipo médico trasplantador.

138.- Obtener la donación de un órgano en vida o post-mortem, induciendo en error al donante, ejerciendo violencia sobre él mediante dolo o procurando lucro.

139.- Realizar trasplantes mediante compra, directa o indirecta, de los órganos a trasplantar.

140.- Aceptar la donación de órganos procedentes de menores de 18 años, de prisioneros o dementes.

En los certificados, peritajes médicos y testimonios médicos prestados en juicio

El médico le está prohibido:

141.- Extender certificados tendenciosos, falsos o que pudieran reportar al enfermo o a quien fuera, beneficios indebidos.

142.- Ser, a la vez, médico certificador o perito, y médico tratante de la persona sometida a examen o de alguno de sus familiares.

143.- Asumir la realización de una certificación o pericia, cuando están involucrados sus intereses o los de allegados o asociados con él, en cualquier actividad que fuere.

144.- Testimoniar ante la justicia, de modo inexacto o deliberadamente ambiguo, en los asuntos médicos involucrados en un juicio, con el propósito de ocultar la verdad

CODIGO DE ETICA Y DEONTOLOGIA MEDICA^(*)

(*) Subcomisión de la VII Convención Médica Nacional

Abogados: Dr. Raymundo Artecona, Dr. Enrique Echeverría, Dr. Helios Sarthou.

Médicos: Dr. Aquiles Delfino, Dr. Eduardo Yannicelli

CAPITULO PRIMERO

AMBITO DE APLICACION

Art. 1o.- Las disposiciones de este Código son obligatorias para todos los médicos matriculados en el Registro de la Orden.

Las infracciones a estas disposiciones se elevarán a la jurisdicción disciplinaria de la Orden.

CAPITULO SEGUNDO

DEBERES GENERALES DE LOS MEDICOS

Art. 2o.- La medicina cuida la salud del hombre y la comunidad, sin discriminación alguna, respetando la vida y los derechos de la persona humana.

El médico ejerce inspirado por sentimientos humanitarios. Jamás actuará para generar padecimientos no impuestos por razones médicas, ni para el exterminio del ser humano, ni para cooperar o encubrir atentados contra su integridad física o moral.

Art. 3o.- El progreso científico y tecnológico de la medicina se concertará y utilizará de tal manera que el humanismo esencial de la profesión médica no resulte desvirtuado.

Art. 4o.- Se prohíbe todo acto médico que signifique cooperación de cualquier naturaleza con una acción reprobada por los principios éticos de la profesión.

La prohibición incluye la participación activa, el silencio y la obediencia culpables, el encubrimiento, la tolerancia y toda otra intervención que signifique aconsejar, sugerir, consentir o asesorar en la comisión de actos incompatibles con el respeto y la seguridad debidas al ser humano.

Art. 5o.- Se prohíbe especialmente la participación profesional, directa o indirecta, en actos destinados al exterminio o la lesión de la dignidad o la integridad física o mental del ser humano. (Resolución de la Asamblea General de la ONU del 16.XII.82).

Art. 6o.- Se impone a todo médico el secreto profesional, salvo las excepciones establecidas por la ley.

Art. 7o.- Son principios fundamentales y obligatorios para todos los médicos:

-La libre elección del médico por el paciente.

-Libertad de prescripción del médico.

Art. 8o.- El médico ejercerá la medicina con total autonomía e independencia profesional, sin limitación de clase alguna, sea en el ámbito público o privado, en el marco de las normas de este Código y de la ley orgánica de la profesión médica.

Art. 9o.- La medicina no deberá practicarse como un comercio.

Art. 10o.- Las únicas indicaciones que están autorizadas a efectuar los médicos sobre sus recetas o en un anuario son:

1) Aquellas que faciliten sus relaciones con sus pacientes.

2) Títulos y diplomas expedidos por la Universidad de la República.

3) La calificación que se le haya reconocido en las condiciones determinadas por la Orden Nacional de Médicos.

4) Las funciones reconocidas como válidas por el Consejo Nacional de la Orden.

Art. 11o.- Las únicas indicaciones que un médico está autorizado a colocar en la puerta de su consultorio son: nombre, apellido, título, calificación, días y horarios de consulta.

Estas indicaciones deberán presentarse con mesura, según los usos de las profesiones liberales.

Art. 12o.- El médico debe disponer de una instalación conveniente y de medios técnicos suficientes en el lugar donde ejerce su profesión.

En ningún momento, el médico ejercerá en condiciones que pudieran comprometer la calidad de su atención y de sus actos médicos.

Art. 13o.- Está prohibido:

1) Todo acto encaminado a procurar una ventaja material injustificada o ilícita.

2) Toda bonificación en dinero o en especie hecha a un paciente con fines que beneficien en forma directa o secundaria al médico actuante.

3) Toda comisión a cualquier persona, sea quien fuere.

4) La aceptación de una comisión en dinero o en especie por un acto médico de cualquier índole y especialmente por concepto de exámenes, prescripción de medicamentos, aparatos, envío a un lugar de cura, Casa de Salud o Sanatorio.

Art. 14o.- Está prohibido al médico todo acto que facilite a un tercero el ejercicio ilegal de la medicina.

Art. 15o.- Los médicos tienen prohibido realizar consultas en locales comerciales en los cuales se hallen a la venta medicamentos, productos o aparatos.

Art. 16o.- Un médico que se halle ejerciendo un mandato electivo o una función administrativa está impedido de hacer valer su posición para acrecentar su clientela.

Art. 17o.- Los médicos no pueden proponer a los pacientes o a sus relaciones como saludable o sin peligro, un remedio o un tratamiento ilusorio o insuficientemente experimentado. Está prohibida toda práctica de charlatanería.

Art. 18o.- El médico no debe divulgar en los medios profesionales un método nuevo de diagnóstico o de tratamiento insuficientemente probado sin acompañar su comunicación de las reservas que son de rigor. No debe efectuar semejante divulgación en el ámbito no médico.

Art. 19o.- El ejercicio de la medicina comporta normalmente el otorgamiento por parte del médico, conforme a las comprobaciones médicas que estén en posición de efectuar, de aquellos certificados, testimonios o documentos cuya producción esté contemplada por las leyes, decretos o resoluciones.

Todo certificado, testimonio o documento emitido por un médico, deberá cumplir en cuanto a su forma, lo establecido por las normas legales y reglamentarias.

INFORME SOBRE CODIGO DE ETICA MEDICA

Señor Presidente de la
Comisión de Etica Médica
de la Facultad de Medicina
Prof. Em. Dr. José B. Gomensoro

La Subcomisión designada por vuestra Comisión e integrada por los Dres. José P. Cirillo, Carlos Gómez Haedo, Atilio Morquiy y Dante Petrucci, al plantear su posición sobre el Proyecto de Código de Etica Médica elevado por el Ministerio de Salud Pública, realizará apreciaciones sobre:

- 1) Problema de Procedimiento,
- 2) Antecedentes y Problema Conceptual,
- 3) Análisis del Proyecto sobre Código de Etica Médica remitido.

1º) Aspectos que llamaremos de Procedimiento

El proyecto de Código de Etica Médica presentado a consideración de la Facultad de Medicina por el Ministerio de Salud Pública, no tiene en su texto ninguna alusión a persona o personas que lo hayan redactado.

Cotejado este con un proyecto similar de la Academia Nacional de Medicina, se comprueba que su redacción es idéntica no sólo en los capítulos y contenido, sino en el mismo texto (Documento 1).

Ello no es consignado sin embargo en el propio Proyecto, ni en el momento del envío del texto por dicho Ministerio.

2º) Antecedentes, aspectos doctrinarios

Ha sido preocupación constante de los médicos la Etica relacionada con la profesión. Así el Sindicato Médico del Uruguay tiene en su Estatuto Instituido un Consejo Arbitral encargado de velar por el cumplimiento de las normas éticas por parte de sus afiliados.

En la primera convención Médica Nacional (1939) al tratarse el tema V, "Relaciones Profesionales entre Médicos" se aprueban estas conclusiones (Documento 2, pág. 56).

1) "Exhortar a la Facultad de Medicina para que cree y organice la Cátedra de Deontología Médica.

2) Adoptar el Código de Etica Médica de Montpellier hasta tanto se obtuviera la sanción de un Código Médico Nacional.

3) Constituir un Tribunal de Instancia Unica, integrado por delegados del Ministerio de Salud Pública, de la Facultad de Medicina y de los médicos de la capital e Interior, para entender de la aplicación de dicho Código; y a la que convenientemente asesorada, se encomendaría la tarea de redactarlo.

4) Estudiar la organización de la "Orden de los Médicos" con el propósito de que el contralor y vigilancia de la conducta profesional, alcance a to-

dos los médicos de una manera Imperativa y eficaz."

La 2da. Convención Médica Nacional (1943) establece:

"Reclama del Parlamento la sanción de una Ley por la que cree la Orden de los Médicos. Esta institución comprenderá obligatoriamente a todos los médicos y tendrá por finalidad esencial, el vigilar la conducta profesional, dictándole normas y aplicando sanciones por su exclusiva autoridad, pudiendo llegar hasta la suspensión temporaria o definitiva del derecho de ejercer (Documento 2, pág. 111).

El Dr. José P. Cardoso había en realidad presentado previamente a la 2da Convención Médica Nacional y recogiendo la aspiración de la 1ra. Convención Médica, un anteproyecto que fue firmado por los legisladores médicos que integraban el Parlamento, sobre creación de un Tribunal Médico (el Proyecto tenía 7 artículos) (Documento 2, pág. 106).

En Diciembre 14 de 1943, una Comisión de Etica Médica del Sindicato Médico del Uruguay, elevó un anteproyecto de Ley, creando la "Orden de los Médicos del Uruguay", de acuerdo a la resolución antedicha, de la 2da. Convención Médica Nacional (Documento 3). En ella se articula lo propuesto en la 1ra. Convención y resuelto en la 2da. en un extenso y documentado trabajo, del Dr. J. A. Praderri. Ignoramos si este fue presentado realmente al Parlamento.

En Octubre de 1959 otra Comisión de Etica Médica designada por el Comité Ejecutivo del SMU, elevó proyecto a dichas autoridades sobre creación de los Tribunales Médicos, a nivel nacional y departamentales para velar por el cumplimiento de las normas de la ética médica.

Consta de 17 artículos recogiendo aspectos del proyecto del Dr. José P. Cardoso y de la Orden de los Médicos (Documento 4).

La VIIª Convención Médica Nacional reunida en Junio de 1984, estableció el tema de la ética médica, como uno de sus temas oficiales. El relator fue el Dr. Frederick Giuria y el Presidente de la Mesa respectiva, fue el Prof. Dr. Washington Buño.

Estaba presente para todos, la temática de la tortura y la violación de los Derechos Humanos, durante la dictadura, realizada a veces, con la complicidad de médicos militares.

Se integró una Comisión Nacional de Etica Médica por iniciativa de dicha Convención. La Comisión Permanente de la VIIª Convención Médica Nacional constituyó a su vez, una Subcomisión de acuerdo con el mandato conferido por la última Convención, encargada de elaborar un Proyecto de "Colegiación Médica". Dicha Comisión fue integrada con Delegados médicos y del Colegio de Abogados, siendo ellos los Dres. Frederick Giuria, Aquiles Deifino, Eduardo Yannicelli y los abogados Raimundo Artecona, Enrique Echeverría, Helios Sarthou y el asesoramiento de los doctores

Nelson Nicolliello y Armando Tomasino. Dicho Proyecto fue aprobado por el Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay y ratificado por Asamblea, así como por la Federación Médica del Interior.

Se crean en él, un Consejo Nacional y Consejos Departamentales y estableciéndose recursos de reposición, apelación y sanciones. En dicho anteproyecto se establece en el art. 1º) "Créase el Colegio de Médicos del Uruguay, como persona jurídica pública, no estatal encargada de asegurar independencia profesional de los Médicos y el control de su actividad y moralidad (Documento 5). El anteproyecto fue enviado al Parlamento, donde no ha sido aún tratado. Cabe señalar que se establece en dicho anteproyecto (Cap. X, art. 21) que el Código de Etica Médica será enviado por el Consejo Nacional, en el término de 30 días de constituido, a cada Consejo Departamental, los que de inmediato los pondrán en conocimiento de los miembros colegiados de su Departamento".

Se fijan plazos también para su consideración, a nivel nacional y departamental.

Como vuestra Comisión puede observar, a través de todos estos antecedentes históricos que demuestran, como dijimos, la preocupación permanente de los profesionales médicos por la ética de nuestra profesión, se ha considerado necesario la creación de una organización independiente, a la que se adjudique dicha tarea. Esta podrá ser denominada en forma distinta:

Tribunales Médicos Nacionales o Departamentales, Orden de los Médicos, o como en la VIIª Convención Médica se definió, Colegio de los Profesionales.

En el caso sometido a nuestro análisis, es el propio Poder Ejecutivo el que propone un Código Etica, no avalado por los Médicos, Convenciones o Gremiales, aunque sabemos que el hecho de recabar la opinión de la Facultad de Medicina y, como es de nuestro conocimiento, de las propias Autoridades del Sindicato Médico del Uruguay, tratan de paliar indirectamente dicha omisión.

Al no existir tampoco organización encargada de su aplicación, resultaría por omisión, el propio Poder Ejecutivo, quien desempeñaría la tarea no sólo de proponer, como es en este caso, el Código de Etica Médica, sino de aplicarlo y sancionar a los infractores.

Esto significa una transgresión de toda la tradición de nuestra larga y fecunda vida gremial médica, la que ha sido consagrada como vimos, en las distintas Convenciones realizadas.

Excluye de hecho la participación directa de los profesionales médicos en la confección del Código de Etica y en el desarrollo del Instituto encargado de cumplirlo.

Dos principios fundamentales en este tema como son la separación de poderes de los órganos y la participación democrática en la discusión, son indudablemente vulnerados.

CONSIDERACIONES SOBRE EL DOCUMENTO ENVIADO POR EL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

Establecidas las profundas discrepancias respecto al procedimiento seguido por el MSP al proponer este proyecto de código, discrepancias que lo hacen inaceptable por principio, pasamos a analizar el texto propiamente dicho.

a) CONSIDERACIONES DE ORDEN GENERAL

1) Se trata de un documento excesivamente casuístico y detallista

Mezcla definiciones normativas propias de un proyecto de CEM con consideraciones típicas de un Reglamento. Esto lo lleva a perder jerarquía y claridad. Entendemos que los objetivos de un CEM deben ser fijar en forma precisa las normas éticas básicas, dando un marco ético general adaptable a las circunstancias que son múltiples, cambiantes e imprevisibles en la práctica.

2. El CEM para tener vigencia y utilidad debe tener en cuenta las características actuales del trabajo médico, en particular en nuestro país.

No escapa a nadie que, de acuerdo a la organización del trabajo médico se originan acciones y relaciones especiales, todo lo cual crea situaciones éticas a codificar.

El proyecto del CEM a estudio considera casi exclusivamente el ejercicio de la Medicina Privada y sólo tiene referencias esporádicas y de escasa relevancia para el enorme campo (90% del trabajo actual) del ejercicio de la Medicina Colectivizada (Estatal, Para-estatal, Privada) e incluso algunos de sus artículos se opondrían al buen funcionamiento de los Servicios Médicos Colectivos.

En estos organismos colectivos de Salud trabajan los médicos en calidad de funcionarios asalariados, con derechos y obligaciones bien definidas. El proyecto en estudio desconoce el trabajo médico asalariado. Merece recordarse aquí que el CEM francés (20/6/1979) trae en el Capítulo IV ("Reglas propias de ciertas formas de ejercicio") una extensa sección dedicada al "ejercicio asalariado" de la Medicina.

Por otra parte, el progreso científico y tecnológico de las ciencias biomédicas ha llevado a que la gran mayoría de las prestaciones de Salud se cumplan a través del funcionamiento de equipos médicos multidisciplinarios y mismo multi e interdisciplinarios. El trabajo en equipo de diversos sectores de profesionales de la salud crea acciones donde surgirán aspectos éticos particulares, que deberán normalizarse. Nada de esto figura en el proyecto de CEM a estudio.

Por lo tanto, el proyecto a estudio merece, como importante objeción, que no se adapta a la realidad del trabajo médico actual en el Uruguay y por tanto no prevé ni normaliza aspectos éticos

generados por nuestra modalidad de trabajo.

3. Aspectos éticos vinculados al derecho a la salud de los seres humanos.

El proyecto de CEM que se nos somete a estudio, se extiende acerca del reconocimiento de los aspectos éticos vinculados a la tarea asistencial de un sujeto, pero no aborda claramente los deberes y obligaciones del médico trabajando en instituciones estatales o privadas.

El CEM que creemos debe concebirse en la actualidad, debe plantear los aspectos éticos vinculados a prestación de acciones de Salud del individuo como integrante de la Sociedad; debe enriquecer su contenido con normas éticas relacionadas con la defensa irrestricta del Derecho a la Salud de los Pueblos.

A simple modo de ejemplo de lo anterior, relacionado con el trabajo médico asalariado, debemos considerar que este médico funcionaría con condiciones de trabajo establecidas por la planificación del órgano directivo del organismo donde actúa y las cuales debe cumplir estrictamente, debe tener la obligación de reclamar su participación democrática en la planificación de la asistencia del organismo donde trabaja. Se debe luchar por establecer la obligación legal, además de la ética de las Direcciones de Instituciones y Servicios, a concederla, llámase MSP, Hospital de Clínicas, o cualquier Institución de Asistencia Médica Colectiva.

4. El proyecto de CEM presentado ignora totalmente el capítulo de sanciones

El olvido es total. No existe a falta de consideraciones precisas, ni un esbozo de criterio a aplicar frente a las violaciones éticas comprobadas.

No puede aceptarse que este capítulo de sanciones pueda formularse por simple reglamentación interna. Creemos que este capítulo, como todo el CEM debe formularlo y aplicarlo el Colegio de los Médicos, de acuerdo al proyecto de Colegiación profesional aprobado por el SMU y la FEMI.

b) COMENTARIOS DE ARTICULOS EN PARTICULAR, QUE JUZGAMOS DE IMPORTANCIA

No tenemos el objetivo de efectuar un estudio exhaustivo del proyecto y menos de formular sustituciones al mismo. Creemos que alcanza señalar algunos aspectos que objetivan las consideraciones expresadas anteriormente y algunos enunciados que no se pueden admitir.

1. Introducción

Olvida aquí que, además de los adelantos alcanzados por las ciencias biomédicas, el trabajo del médico se ha visto modificado por su proyección social cada vez más profunda e intensa, por las definiciones cada vez más amplias de los conceptos de Salud y por los cambios socio-económicos de los pueblos que modifican los recursos de los mismos y afectan las acciones de Salud, el trabajo médico y el funcionamiento de los organismos prestatarios de Salud. Todos estos aspectos condicionan que el trabajo médico actual tenga caracteres propios y diferentes a la Medicina individual, privada de hace años.

2. Capítulo I - La calidad de asistencia, en un trabajo planificado y organizado por grandes organismos de asistencia colectiva no depende exclusivamente del médico actuante. Debe comprender a toda la organización. Dada la importancia fundamental del trabajo médico (así como el de otros profesionales del equipo de Salud) deberá reconocerse el derecho legal y la obligación ética de esos profesionales en participar en forma democrática y organizada en la planificación, prestación, control y seguimiento de la asistencia efectuada. Reconocer el derecho legal y ético del asalariado lleva a establecer la obligación legal y ética de la autoridad competente de ese Servicio Colectivo a reconocer ese derecho.

De los derechos humanos. El texto evidencia claramente la faceta discursiva y detallista. El código brasileño se refiere a ellos en dos amplios artículos. Creemos que debe figurar en el CEM como índice normativo la mención a dos documentos muy importantes: a) la declaración de la AMM aprobada en Tokio el 10/10/1975 y principalmente b) la resolución sobre PRINCIPIOS DE ETICA MEDICA que se refiere a la protección de las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión formulada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas del 18/12/1982, que está firmada por el Gobierno del Uruguay y aprobada por el Consejo de Gobierno de la época, siendo por tanto ley vigente en el Uruguay.

El artículo 10 no puede aceptarse en la forma que está redactado. La experiencia de muchos años en el País (especialmente entre 1973 y 1985) señala, sin lugar a duda alguna, que las violaciones más crudas de los derechos humanos provienen de organismos estatales represivos. Por tanto la denuncia ante ellos, si bien entendemos debe hacerse, en la práctica tendrá nula trascendencia. Dado que la violencia del Poder puede arrasar con las leyes, creemos que debe agregarse a lo allí expresado, la obligación ética de la denuncia del médico actuante, en todos los casos, ante los Organismos y Tribunales nacionales e internacionales encargados de velar por el cumplimiento de las normas de respeto a estos derechos huma-

nos.

El artículo 11.2 debe eliminarse. No discutimos las intenciones que llevaron a formularlo, pero tal como está redactado, posibilita que el médico actuante, (que en el caso de un prisionero es un profesional sometido a grandes presiones por la jerarquía), actúe en forma tal que simplemente enmascara a través de un acto médico la ejecución de un preso.

No es aceptable el artículo 12 la situación que aquí se enuncia debe resolverse con igual criterio que la expresada más adelante, el capítulo V.

La situación de preso no modifica ni invalida todo lo allí expresado.

Capítulo III – Ejercicio profesional

Considerando 22 y 23 objetivizan plenamente que la referencia es hacia la medicina privada. Basta pensar en la realidad de un Hospital del MSP o una policlínica de IAMC para de inmediato reconocer su falta total de practicidad. Y agregaríamos que aún en la Medicina Privada actual, donde muchos médicos alquilan sólo un cierto tiempo el consultorio, el cumplimiento de todos esos requisitos sería muy poco factible.

Artículos 24 y 26 son típicamente de Reglamento.

Artículo 25: está escrito pensando en una medicina exclusivamente privada.

En la realidad de una Medicina colectivizada el interés del individuo debe armonizarse con el interés social y los derechos de la salud. Es un ejemplo más que la planificación del trabajo de estos organismos colectivos, que nadie puede negar o rechazar, debe asegurar el respeto de todos los componentes del Derecho a la salud y que deberá ser deber legal y ético del médico participar en la planificación, así como en la prestación y el control de la asistencia prestada por la Organización Colectiva de Salud.

Capítulo IV – Del secreto profesional

Artículo 30 – Discrepamos con la redacción de este artículo, en cuanto a la amplitud total que se le concede al secreto profesional. Entendemos que el secreto mencionado contempla un derecho de la persona y de sus familiares y como tal, debe mantenerse, pero, en ciertas circunstancias, esos derechos personales entran en oposición a los derechos de la sociedad y creemos que entonces deben predominar los derechos de la Sociedad. La ley ha establecido situaciones precisas, en casos de delitos perfectamente explicitados por el Código Penal, pero debemos recordar aquí que, si bien todo delito penal involucra una violación ética, la situación inversa puede no darse, es decir, que no toda violación ética está explicitada en el Código Penal. En esta situación caen hasta ahora en nuestro país las violaciones de los derechos humanos, tortura a personas y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, aunque conocemos bien el proyecto del Colegio de Abogados del Uruguay que incluye estas situaciones y las normatiza. En otros países, en cambio, esos delitos de los derechos humanos están perfectamente incluidos en los Códigos penales y mismo en la Constitución (ejemplo, Brasil).

Por todo lo referido, creemos que debe establecerse claramente el principio de que no se viola la ética referida al secreto profesional, cuando el médico constata una violación de los derechos

humanos. Aquí el médico actúa éticamente protegiendo al individuo, a su familia y a la Sociedad y obligándose a la denuncia como se indicó en el artículo 10 del Capítulo que trata sobre Derechos Humanos.

Artículo 39 – Debe ser más estudiado. Debe tomarse en cuenta los derechos del individuo y los de la Sociedad. En ese estudio deben participar especialistas médicos y legisladores. Debe formularse en forma precisa. Un tema tan complejo no puede quedar librado a las vaguedades que se exponen al final.

Capítulo V – “Libre consentimiento informado”

Artículo 43.3. – El asentimiento debe siempre ser realizado por tres (3) personalidades.

Artículo 45 – Los procedimientos diagnósticos actuales y los tratamientos corrientes es indudable que tienen eventuales riesgos, que los estudios médicos estadifican perfectamente. Está claro que la conducta del médico debe ser una permanente evaluación entre riesgos y beneficios. Pero cuando se incluye este aspecto en un CEM debe agregarse una calificación genérica al término riesgo. De proceder como lo indica este proyecto de CEM el documento de libre consentimiento informado se multiplicaría y perturbaría la asistencia. En suma, el término “eventuales riesgos” incluye simples incidentes en toda acción médica y ello debe forzosamente llevar a excluir esos simples incidentes del libre consentimiento informado.

El artículo 45-2. debe referirse a la Ley 14.005 (sobre autopsias y trasplantes).

El artículo 45-3. debe satisfacer las mismas exigencias que el 45-1.

Capítulo VI – De la asistencia

Creemos que debe agregarse un considerando que señale la obligación ética, cuando el médico trabaja como asalariado, de preocuparse permanentemente que la asistencia prestada sea la mejor y más eficiente. En Medicina colectivizada la responsabilidad de la gestión no depende en su planificación y organización del asalariado y creemos que es necesario crear la obligación ética al respecto, tanto en forma individual como asociada (gremial).

Con igual fundamento pretendemos crear el deber de la autoridad administrativa de reclamarla y atenderla.

Artículos 48 y 49 – Normalizan situaciones propias de la Medicina Privada.

En el considerando intitulado “de las consultas médicas”, el texto enfoca el problema en función de una Medicina Privada. Deberían además y esto es muy importante, referirse a las consultas médicas en los Organismos de Medicina Colectivizada, así como entre equipos médicos de distintas especialidades, lo cual en la medicina actual es un hecho diario. También deberían incluirse normas referentes a consultas interdisciplinarias con otras profesiones, lo cual es cada vez más frecuente especialmente en el campo de la prevención y la investigación.

En el considerando “respecto a los cuidados de menores e incapaces” creemos que el texto debe enriquecerse con normas derivadas de la exigencia ética del médico actual de participar y velar permanentemente por el real cumplimiento de los Derechos Humanos.

Capítulo VII – De las retribuciones médicas

Ejemplifican al máximo la objeción general formulada, que este proyecto de CEM se refiere fundamentalmente al campo de la medicina privada, campo que en la actualidad no alcanza el 10% del trabajo médico en el Uruguay.

Puede afirmarse, sin duda alguna que el 90% de los médicos, tienen sueldos fijados por el Consejo de Salarios del grupo 40 (IAMC) o por la Rendición de Cuentas elevada por el Poder Ejecutivo y aprobada por el Parlamento.

Todo lo referente a la defensa del salario médico crea situaciones donde los aspectos éticos surgen en forma nítida; el CEM no puede ignorarlos y debe normatizar sus líneas básicas.

Capítulo VIII – Eutanasia activa y pasiva.

Entendemos que el establecer las carencias de posibilidades de sobrevivir serán en todos los casos por una consulta entre médico o equipo médico tratante y dos personalidades médicas del nivel científico y ético más elevado. Esa consulta será debidamente documentada por escrito.

Capítulo IX – Confirmación de la muerte.

El artículo 81 detalla los fundamentos del diagnóstico de muerte cuando es aceptado internacionalmente desde el punto de vista jurídico y por las religiones dominantes en nuestro País que este diagnóstico es un asunto médico y no jurídico y mucho menos moral.

El error de detallar en el texto de un Código o Ley los aspectos científicos fue cuidadosamente evitado por el legislador en la Ley 14.005 al decir en su artículo VII que “la comprobación de la muerte deberá basarse en la existencia de cambios patológicos irreversibles, incompatibles con la vida” sin más detalles.

Capítulo X – En los trasplantes de órganos y tejidos

Estos artículos deben ser redactados en exacta concordancia con las leyes y códigos respectivos: por ejemplo la Ley 14.005 (Autopsia y Trasplantes) ya que su reglamentación es muy precisa en cuanto a los mecanismos de las autorizaciones, las donaciones y las consultas a los familiares. La referencia simple a las leyes respectivas evitaría repeticiones y errores.

Por ejemplo, en el artículo 140 de la sección C se prohíbe “aceptar la donación de órganos de menores de dieciocho (18) años cuando la Ley 14.005 fija dicha edad en los 21 años.

Capítulo XI – En las investigaciones clínicas.

Creemos que este artículo deberá ser discutido con mayor profundidad y finalmente redactado en forma tal que asegurando que el procedimiento es respetuoso de la integridad del ser humano, no se convierta en una forma de censura previa injustificada. Deberá tenerse en cuenta la Declaración de Helsinki.

Capítulo XII – En la Medicina Social

No aceptamos el artículo 99 ya que lo allí expuesto es una simple constatación innecesaria, pero tiene el riesgo importante de autorizar una situación inaceptable.

Sección B – Derechos del Médico.

Prácticamente todas sus consideraciones están

efectuadas pensando en el ejercicio privado de la Medicina. Respecto al artículo 121 destacamos que la responsabilidad de hacer efectivo el derecho a la Salud, en todas sus múltiples facetas, debe corresponder en primer lugar al MSP y sólo en caso de emergencia o ausencia del Servicio del MSP a la acción individual del profesional Médico quien deberá buscar el desplazamiento del paciente hacia los Servicios del MSP cuando ello sea posible y asegurándose que tal cosa se cumpla efectivamente. En caso de deficiencia total del servicio del MSP la responsabilidad deberá recaer en la organización colectiva para-estatal o privada de la zona o de la especialidad médica correspondiente.

Artículo 123-3. Se menciona allí un problema real, es decir, el escaso tiempo que algunos profesionales dedican a la atención correcta de sus pacientes, pero se olvida que quien fija el número de

pacientes a atender por hora en las IAMC es el laudo Médico 40. En los Consejos de Salarios los médicos han reclamado en múltiples ocasiones disminuir ese número para así poder aumentar la dedicación y aún más, crear mecanismos de Auditoría Médica para controlar la calidad de la asistencia prestada. No cabe duda que la modalidad de trabajo actual médico en esas organizaciones crea múltiples problemas éticos. El CEM debe recoger esta realidad actuando en la normalización como ya se consideró extensamente en partes anteriores de este informe.

Artículo 129 - El término "inocuidad rigurosamente probada" es totalmente incorrecto y puede ser aplicado mal. Nadie puede sostener en 1988 que muchos procedimientos terapéuticos aplicados sean inocuos; el concepto debe ser otro: evitar la medicación innecesaria, la sobre-medicación, y aplicar sólo aquella que, si bien tiene riesgos mini-

mos o medianos, en el cotejo obligatorio y permanente de evaluación de beneficios y riesgos, los primeros dominan ampliamente, en beneficio del paciente.

Más allá de las discrepancias establecidas, la presentación del proyecto, (aún desconociendo las fuentes en que se basaron los redactores de la Academia de Medicina y reconociendo el esfuerzo que dicha redacción supone), puede actuar como un factor dinamizador para que el cuerpo médico retorne con interés el problema y lo lleve a puerto por la vía correcta, que no es otra que, como se dijo la Ley de Colegiación y la redacción de un Código que surja luego de la amplia discusión del mismo por el cuerpo médico nacional.

Prof. Em. Dr. Atilio Morquillo
Prof. Dr. Carlos Gómez Haedo
Prof. Dr. José P. Cirillo
Prof. Dr. Dante Petruccelli



FUNCIONAMIENTO DE LAS ASAMBLEAS ZONALES Y DEPARTAMENTALES

1. Instalación. El representante del Comité Organizador inicia la Asamblea con la propuesta de designación de Presidente y Secretario.
2. Se da Informe de esta propuesta de funcionamiento.
3. El Presidente tanto de las sesiones plenarias como de los grupos, tendrá por cometido convocar a las sesiones e iniciar y clausurar las mismas. Estimular las participaciones y circunscribirlas a los términos del tema. Procurar conclusiones que definan el pensamiento del plenario y de los grupos en su caso.
4. El Secretario tendrá como cometido: redactar las conclusiones a que arribe el grupo.
5. El Moderador su tarea será asesorar e informar sobre los temas en discusión y las pautas y otros materiales elaborados.
6. Se sugiere a cada Asamblea que como primera resolución se reflera al problema de la ley que sobre Colegiación Médica Obligatoria fue aprobada por las Asambleas del S.M.U. y F.E.M.I. y entregadas a las bancadas parlamentarias de todos los partidos.
7. Discusión en general de las pautas elaboradas. No se pretende que se redacte un Código de Ética sino que se elaboren las bases conceptuales esencialmente según el esquema propuesto.
8. Comisiones de Trabajo: en grupos poco numerosos para discutir uno o varios capítulos a efecto de dividir el temario, que evidenciamente es muy extenso. Cada Comisión debe redactar sus conclusiones, y en caso de temas polémicos con opiniones encontradas, buscar consenso o dejar constancia de los puntos discordantes.
Estas conclusiones serán llevada a la Asamblea Zonal, en fecha ya determinada.
Se sugiere que en aquellas zonas extensas las Comisiones se agrupen por subzonas próximas a efectos de facilitar las reuniones.
9. Las propuestas de las Asambleas serán llevadas a nivel central por dos representantes de cada una. Se hará una redacción consolidada de cada propuesta. Se realizarán el 20 de agosto en Montevideo.
10. Se sugiere a cada Asamblea que se dé forma y mecanismo de convocatoria y funcionamiento, que la constituya en un organismo de reunión regular como medio de consulta y discusión de los temas gremiales.

COMISION DE ASAMBLEAS ZONALES

PAUTAS DE DISCUSION

1) DEBERES GENERALES de los médicos en la defensa de los Derechos Humanos relacionados con el ejercicio profesional.

a) Derecho a la Salud del hombre y la comunidad.

2) DEBERES DE LOS MEDICOS HACIA LOS PACIENTES

3) DEBERES DE LOS MEDICOS EN LOS ORGANISMOS COLECTIVOS DE ASISTENCIA MEDICA

(M.S.P. Hospital de Clínicas, F.M., IAMC, etc.)

Planificación de la Asistencia EN RELACION CON Prestación de la Asistencia

Control de la Asistencia

4) DEBERES DE LOS MEDICOS EN RELACION CON SUS COLEGAS Y OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD

5) DERECHO DE LOS MEDICOS

5.1 En las organizaciones colectivas de Asistencia Médica: públicas, estatales, paraestatales, privadas, etc.

5.2 Frente a los pacientes

5.3 En las retribuciones médicas y salarios

6) PROHIBICIONES

6.1 En la asistencia dentro de instituciones colectivas - Individual

6.2 En certificados, peritajes y testimonios

6.3 Frente a casos de violaciones y los delitos de lesa humanidad

7) SECRETO PROFESIONAL

8) LIBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO

9) EUTANASIA ACTIVA Y PASIVA

10) CONFIRMACION DE LA MUERTE

11) TRANSPLANTES DE ORGANOS Y TEJIDOS

12) INVESTIGACIONES CLINICAS

13) CERTIFICADOS, PERITAJES Y TESTIMONIOS MEDICOS

14) PLANIFICACION FAMILIAR Y ABORTO

15) PROBLEMAS MEDICOS VINCULADOS A LA GENETICA

15.1 Consejo genético

15.2 Diagnóstico prenatal

15.3 Bien individual frente al bien social:

a) Revisión selectiva de la población (screening)

b) Carga genética

15.4 Ingeniería genética

16) CONTROL DE SALUD PARA LOS MEDICOS

17) CONTROL DE LOS PROFESIONALES AFECTADOS DE ENFERMEDADES FISICAS Y MENTALES

18) CONFLICTO LABORAL (huelga)

19) CONTROL DEL COMIENZO DE LA VIDA

20) OTROS TEMAS

20.1 Dilemas en el cuidado peri y neonatológico lactante y niño.

20.2 Medicina Preventiva

20.3 La libertad del médico bajo la autoridad.

20.4 Control de los profesionales afectados de enfermedades físicas y mentales.

20.5 Uso y abuso de los fármacos.

21) Es a partir de la 2da. Guerra Mundial que se adopta la Declaración de Ginebra por la O.M.S. en 1948.

En 1949 la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial adoptó su propio Código de Ética Médica.

El avance y desarrollo de la ciencia médica introduce nuevamente declaraciones así como las situaciones políticas antidemocráticas.

Declaración de Helsinski (1964) sobre investigación clínica.

Declaración de Sidney (1968) sobre el momento de la muerte y directivas con respecto al trasplante de órganos.

Declaración de Oslo (1970) sobre aborto terapéutico.

Declaración de Tokyo (1975) sobre torturas y tratamientos crueles, inhumanos y degradantes para detenidos o prisioneros.

Declaración de Hawal (1977) sobre guías éticas para los psiquiatras de todo el mundo.

22) IMPACTO DE LAS LIMITACIONES ECONOMICAS

23) CUANDO PONER FIN A UNA RESPIRACION ARTIFICIAL

JULIO, 19 de 1988