

Código de Ética para el Equipo de Salud

2º Edición, corregida y aumentada

Asociación Médica Argentina

Código de Ética para el Equipo de Salud

2° Edición, corregida y aumentada

DIRECTORES

Prof Dr Hurtado Hoyo Elías

Dr Dolcini Horacio A Dr Yansenson Jorge F

Con la colaboración de la
Sociedad de Ética en Medicina - AMA

En conmemoración de los 120 ° años
de la Asociación Médica Argentina
1891 - 2011

Código de ética para el equipo de salud: con la colaboración de la Sociedad de Ética en Medicina / Elías Hurtado Hoyo ... [et.al.]. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires:

Asociación Médica Argentina, 2012.

144 p. ; 26x18 cm.

ISBN 978-987-27891-0-7

1. Código de Ética. 2. Ética Médica. I. Hurtado Hoyo, Elías
CDD 174.2

2° ed. Corregida y ampliada

Fecha de catalogación: 01/03/2012

DIRECTORES:

Prof Dr Hurtado Hoyo Elías - Dr Dolcini Horacio A - Dr Yansenson Jorge F

Diseño de tapa: Rolando Michel

Diagramación: Raúl Groizard

Corrección de estilo: Hernan Sassi

Foto color: Fachada actual de la Asociación Médica Argentina - AMA

No se permite la reproducción parcial o total, el almacenamiento, el alquiler, la transmisión o transformación de este libro, en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico o mecánico, mediante fotocopias, digitalización u otros métodos, sin el permiso previo y escrito de los Directores. Su infracción está penada por las leyes 11.723 y 25.446.

Queda hecho el depósito que establece la Ley 11.723
Impreso en Argentina/Printed in Argentina



Enrique Mourgues - Melody Imagen@yahoo.com.ar

ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA

COMISIÓN DIRECTIVA

2011-2015

Presidente	Dr Elías Hurtado Hoyo
Vicepresidente	Dr Miguel Falasco
Secretario General	Dr Miguel A Galmés
Prosecretario	Dr Jorge Gorodner
Tesorero	Dr Omar Luis Molina Ferrer
Protesorero	Dr Vicente Gorrini
Secretario de Actas	Dr Roberto Reussi
Vocales Titulares	Dra Nora Iraola
	Dr Félix J Domínguez
	Dr Carlos Mercau
	Dr Gustavo Piantoni
Vocales Suplentes	Dr Armando Guglielminetti
	Dr León Turjanski

SOCIEDAD DE ÉTICA EN MEDICINA

COMISIÓN DIRECTIVA

Presidente	Dr Luis A F Allegro
Vicepresidente	Dr Horacio Dolcini
Secretario General	Dra Adriana M A Alfano
Prosecretario	Dra Rodica H de Cosen
Tesorero	Dr Daniel Levy
Protesorero	Dr Jorge Yansenson
Vocales Titulares	Dr Fermín García Marcos
	Dr Francisco Alvarihnas
	Dra Haydee Andrés
	Dra Margarita A Alfano
Vocales Suplentes	Dr Fabián L Allegro
	Dra Elisa Alvarihnas

PRESIDENTES

Dr Marcos Meeroff	(1991 - 1995)
Dr Allegro Antonio Francisco	(1996 - 1999)
Dr Allegro Antonio Francisco	(1999 - 2011)

ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA

FUNDADORES

1891

Aberasturi Maximiliano	Castex Mariano	García Fernández Juan
Acuña L	Castro A	Garzia F
Alba Carrera J	Castro Pedro Máximo	González Videla E
Allende Ignacio	Centeno Ángel M	Goyena Juan Raúl
Allende Juan G	Chavez Gregorio	Grierson Cecilia
Almanza Juan P	Clausolles C	Güemes L
Alston Juan	Colón Ricardo	Guerrico R
Alurralde Mariano	Coni Emilio R	Güiraldes A
Amuchasteguy G	Córdoba Juan Carlos	Hernández Obdulio
Arata RM	Costa Jaime R	Herrera Vegas Marcelino
Araujo JJ	Cranwell Daniel J	Hunt Gregorio
Arce José	Crotto JB	Ingenieros José
Ayerza José Abel	Cuñado F	Inurrigarro Lorenzo
Baigorri E	D'Agostino F	Irizar JM
Ballester Antonio F	D'Alessandro Antonio	Izzo L
Barbiglia Eugenio	Davel D	Jasinski G
Barraza JC	Davison Diego TR	Jorge JM
Bazterrica Enrique	De Gainza Rodolfo	Justo Juan B
Beek P	De La Cárcova Luis	Labougle Pedro
Bello Andrés	Del Arca E	Lagarde Alfredo
Bellouard V	Dellepiane Manuel	Lagleyze Pedro
Benedit Pedro	Domínguez Silverio	Larguía Facundo
Bengolea M	Emery Florencio	Larroque B
Berra Jacobo I	Escalier José M	Laure Jorge
Billinghurst A	Escudero Pedro	Leiguarda Alonso R
Bonorino Udaondo Carlos	Esteves JA	Levingston Luis
Bozetti A	Fernández JR	Lima Diego
Cabezón JM	Ferrari O	Lizarralde D
Cabred Domingo	Ferreyra B	Llambías Joaquín
Caldumbide Juan	Ferreyra Miguel	Lloberas C
Canton Eliseo	Gainza Rodolfo	Loreto Jerónimo A
Casanova Julio P	Gandolfo Antonio C	Lozano Ernesto
Castaña Alberto	Ganduglia P	Luque Eliseo

Mainini Carlos	Pereyra Rego J (h)	Spada Carlos
Maione F	Pineda Félix	Stadtfeld Conrado
Malbrán Carlos	Piñero Antonio F	Starke Carlos E
Martínez Benjamín	Pinto JT	Sudnick R
Martínez J	Pistoni Julio	Susini Telémaco
Massini JF	Pittaluga AS	Taggrh N
Meléndez L	Puebla Adolfo	Tancredi Botto J
Méndez Julio	Ramallo N	Tello Wenceslao
Molina D	Ramauge A	Terán JD
Molinari José F	Ramírez E	Torino MM
Mollard F	Rey C Rivas José	Uballes Eufemio
Montes de Oca Augusto	Roberts Pedro F	Uriarte A
Montes de Oca Leopoldo	Romero Braulio	Valdéz Adolfo
Murray Guillermo G	Santillán CS	Vasallo Manuel
Navarro Juan Carlos	Segura Eliseo V	Vila Luis F
Obarrio Juan M	Señorans Juan B	Viñas Marcelo
Obejero MD	Settieri N	Wasserzug Eugenio
Ortega Florentino	Solá José	Welchli Gustavo
Pacheco Román	Sommer Baldomero	
Penna José		

ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA PRESIDENTES

Pedro F Roberts	1891	Carlos Mainini	1938-1940
Emilio R Coni	1891-1893	Nicolás Romano	1942-1944
Roberto Wernicke	1894-1895	Nicolás Romano	1944-1946
Roberto Wernicke	1896-1897	José Valls	1946-1948
Baldomero Sommer	1897-1899	José Valls	1948-1950
Enrique Bazterrica	1899-1900	Rodolfo A Eyherabide	1950-1952
Abel Ayerza	1900-1901	Rodolfo A Eyherabide	1952-1954
José M Escalier	1901-1902	Rodolfo A Eyherabide	1954-1956
José F Molinari	1902-1903	Carlos Ottolenghi	1956-1958
Ángel M Centeno	1903-1904	José Belbey	1958-1960
Pedro Benedit	1904-1905	Humberto R Rugiero	1960-1962
Maximiliano Aberastury	1905-1906	Humberto R Rugiero	1962-1964
Daniel I Cranwell	1906-1907	Eduardo L Capdehourat	1964-1966
Marcelino Herrera Vegas	1907-1908	Eduardo L Capdehourat	1966-1968
Horacio G Piñero	1908-1909	Eduardo L Capdehourat	1968-1970
José Ingenieros	1909-1910	Eduardo L Capdehourat	1970-1972
Máximo Castro	1910-1911	Eduardo L Capdehourat	1972-1974
José Arce	1911-1912	Eduardo L Capdehourat	1974-1976
Julio Méndez	1912-1913	Egidio S Mazzei	1976-1978
Marcelo Viñas	1913-1914	Francisco Javier Romano	1978-1980
Mariano Alurralde	1914-1915	Francisco Javier Romano	1980-1982
Joaquín Llambías	1915-1916	Carlos Reussi	1982-1984
Ángel M Centeno	1916-1917	Carlos Reussi	1984-1986
Carlos Robertson Lavalle	1917-1919	Carlos Reussi	1986-1988
Pedro Escudero	1919-1920	Carlos Reussi	1988-1990
Pedro Escudero	1921-1922	Carlos Reussi	1990-1992
Eliseo V Segura	1922-1924	Luis J González Montaner	1992-1994
Juan Carlos Navarro	1924-1926	Luis J González Montaner	1994-1996
Carlos Bonorino Udaondo	1926-1928	Luis J González Montaner	1996-1998
J Jacobo Spangenberg	1928-1930	Elías Hurtado Hoyo	1998-2000
Mariano R Castex	1930-1932	Elías Hurtado Hoyo	2000-2002
Juan M Obarrio	1932-1934	Elías Hurtado Hoyo	2002-2007
Juan Raúl Goyena	1934-1936	Elías Hurtado Hoyo	2007-2011
Carlos Mainini	1936-1938	Elías Hurtado Hoyo	2011-2015

NÓMINA DE RELADORES DEL CÓDIGO

Dr Acuña Leopoldo	Dr Cubellun León +	Dra Martínez Stella Maris
Dr Ahumada Juan Carlos	Dr Deluca Jorge	Dr Mazza Pedro
Dr Alfonsín Arturo	Lic Díaz José Luis	Dr Meeroff Marcos +
Dr Allegro Fabián	Dr Dillon Juan	Dr Mercado Jorge
Dr Allegro Luis	Dr Dinard Alberto	Dr Montenegro Roger
Dr Almanza José María	Dr Dolcini Horacio A	Dr Navarini Emilio
Dr Arozamena Martínez C	Dr Fahrer Rodolfo	Dr Niño Luis
Dr Artrudi Rodolfo	Dr Falasco Miguel	Dr Olmos Fürch Ricardo
Dra Alvarinhas Elisa R	Dra Fernández Mirta	Dr Ortiz Enrique Frutos
Dr Alvarinhas Francisco	Dr Ferreyra Luis	Dr Parada Osvaldo +
Dra Arias Elena +	Ing Gago Eduardo	Dr Pérez Víctor
Dr Baistrocchi Carlos A	Dr Galíndez Rafael	Dr Pisarevski Julián +
Dr Barceló Alejandro	Dr Galmes Miguel Ángel	Dr Renna Jorge
Dr Barclay Carlos	Dr Garay Oscar	Dr Reussi Roberto
Dra Barone María Elisa	Dr García Giltz Pablo	Dra Rijana María Luisa
Dr Bartomeo Agustín +	Dr García Marcos Fermín	Dr Rodríguez Martín Jorge A
Dr Benetucci Jorge	Dr Gorrini Vicente	Dr Santi Orlando
Dr Bergier Héctor +	Dr Gutiérrez Pedro	Dr Schächter Salomón
Dr Blousson Alberto	Dr Gutiérrez Zaldívar Hernán	Dr Sebastiani Mario
Lic Bombasey Elena	Dr Hereñú Rolando	Dr Seitz Domagoj
Dr Bruno Mario	Dr Herrero Ricardo	Dr Sonis Abraham
Dr Cacheroovsky Alejandro	Lic Hurtado Gustavo	Dr Spizzamiglio Néstor
Dra Calvillo Lidia	Dr Hurtado Hoyos Elías	Dr Tanus Eduardo
Dr Candiotti Agustín +	Dra Iraola Luisa Nora	Dr Tealdi Juan Carlos
Dra Carballa Adriana	Dr Kameniecki Mario	Dr Turjanski León
Dr Carnelli Luis	Dr Lemberg Abraham	Dra Turyk Susana
Dr Carranza Casares CA	Dr Lopreiato Alberto	Dr Viotti Ricardo
Dr Cataldi Amatriain Roberto	Dra Losovitz Alicia	Dr Vizakis Miguel
Dr Centeno Ángel M	Lic Lo Valvo Roberto +	Dr Weinstein Marcos
Lic Cetera Palmira	Dr Maglio Ignacio	Dr White Roberto
Dra Cora Elisabeth Marta	Dr Mainetti José A	Dr Yansenson Jorge F
Dr Corbelle Jorge (h)	Dr Manrique Jorge L	Dr Young Edgardo
Dr Cosen Néstor +	Dr Marti Manuel	

PRÓLOGO a la PRIMERA EDICIÓN 2011

La **Asociación Médica Argentina** fue fundada el 5 de septiembre de 1891 como Organización no Gubernamental sin fines de lucro con el objetivo del desarrollo de la Educación en Salud de Postgrado. Ya en sus primeros estatutos señalaba que podían ser socios de la institución los médicos y aquellos otros profesionales relacionados a la salud. Sus principios que se mantienen hasta la fecha, señalan su independencia política, la libertad de razas y credos y la igualdad de sexos. Desde sus orígenes ha sido un bastión de la democracia que ha sabido mantener a pesar de los grandes avatares nacionales y mundiales del siglo XX.

Las Comisiones Directivas de la **Asociación Médica Argentina** y la de su sección la **Sociedad de Ética en Medicina** presentan en el inicio del siglo XXI, luego de dos años de intenso trabajo intelectual, el **Código de Ética de la Asociación Médica Argentina para el Equipo de Salud**, con el objetivo que sirva de guía y ayuda en el desempeño de sus asociados, y, para todos aquellos otros Miembros del Equipo de Salud y/u Organizaciones de Salud, que deseen adherirse al mismo. Se presenta como un Código abierto, por ser perfectible o completado en sus actuales contenidos, y, por ser dinámico dado que podrá ser modificable a través del tiempo acorde a la evolución del Hombre y de nuestra Sociedad. Lo importante es recoger el beneficio del dolor que produce el error en Salud. La centuria del 1900 ha sido de sorprendente evolución para las Ciencias de la Salud, basada en sus propios aportes y apoyada por el desarrollo de otras profesiones. Frente a los maravillosos e impresionantes avances del conocimiento que dan a nuestra actividad un sustento cada vez más científico, resolviendo cada vez con más exactitud la problemática de la salud del hombre (sano-enfermo), subyace un esfuerzo indeclinable en defensa de los verdaderos valores del Ser. El objetivo de la Salud se da en el completo equilibrio del bienestar psicofísico social y espiritual de la persona y de la comunidad. La Responsabilidad del Equipo de Salud es lograrlo. La única forma de asumirla es fortalecerse en todos los ámbitos del quehacer humano. De allí la importancia de resaltar el rol social y humanístico que el Equipo de Salud seguirá encarando ante las grandes problemáticas de la humanidad: guerras, pobreza, hambre, hacinamiento, ignorancia, etc. Su esencia espiritual está constituida por el respeto por la vida, de los fueros de la persona humana y de su contexto (medio ambiente). La Salud es una de las bases fundamentales de la civilización junto a la Educación, el Trabajo, la Justicia, la Seguridad y la Fe. En la interrelación con cada una de estas fuerzas se podrá cumplir con los postulados de la profesión.

Para la **Asociación Médica Argentina y la Sociedad de Ética en Medicina** el camino ético de la Atención de la Salud es una permanente búsqueda Responsable de la Verdad en Libertad. El sólo conocimiento científico-técnico, ante el desbordante mundo tecnológico, no alcanza en el “acto médico”. Se requiere algo volitivo del Hombre-Miembro del Equipo de Salud en cada una de sus tomas de decisiones que exprese la “madurez” y la “experiencia” adquiridas en su profesión, y, en su evolución existencial como persona. Este “algo” permite ir incorporando dichos avances dentro de límites que faciliten mantenerse dentro de los Valores Sociales.

Este Código es otra contribución que aportan los socios para toda la Comunidad, en el año de la Conmemoración de los 110 años de vida de la Institución (1891-2001).

Señalamos que algunos de los artículos han sido tomados de otros Códigos nacionales y extranjeros dado que a pesar del tiempo no pierden vigencia. El debate que probablemente se genere permitirá ir enriqueciéndolo.

Agradecemos a todos los que han colaborado en la redacción en forma directa, a los que por razones de su temporalidad no pudieron participar y a todos aquellos que por su accionar ejemplar cotidiano han sido los modelos de donde se inspira este Código. A la Comisión Directiva de la **Asociación Médica Argentina** y de la **Sociedad de Ética en Medicina** por haber promovido esta iniciativa para obtener el Primer Código de Ética de nuestra Institución, siendo asimismo el primer Código que contempla a todo el Equipo de Salud.

Mi profundo respeto por los Dres Horacio Dolcini y Jorge Yansenson quienes con sus ideas, dedicación y clara conducción permitieron concretar el proyecto luego de múltiples reuniones para obtener el consenso de las distintas opiniones expuestas por los expertos convocados, sobre cada capítulo. Para mi hija Andrea por sus aportes en lo conceptual filosófico. Un reconocimiento especial para la Lic Ana María Kaplan que expresó con su trabajo de secretariado el compromiso moral que tiene con nuestra casa.

Finalmente resaltamos lo trascendente que significa para nosotros la permanente comprensión y apoyo de nuestras familias y de todos los socios que nos acompañan en los distintos emprendimientos, dándonos el estímulo necesario para continuar en la búsqueda entre todos de lo mejor para el ser humano.

PROF DR ELÍAS HURTADO HOYO
PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA

PRÓLOGO a la SEGUNDA EDICIÓN 2011

Dado los grandes avances científicos biotecnológicos de esta década que influyen directamente en el comportamiento humano y que pueden generar grandes desvíos en lo moral, la Comisión Directiva de la AMA consideró que era necesaria la actualización de su Código para tomar posición en cada uno de dichos cambios.

La segunda Edición, revisada y actualizada, es otra contribución que aportan sus Socios para toda la Comunidad, coincidiendo su presentación con el año de la Conmemoración de los 120 años de vida de la Institución (1891-2011). Ha sido efectuada por los mismos autores que participaron de la anterior y con el aporte enriquecedor de otras personalidades invitadas.

Comenzaremos señalando que todo lo expuesto en el Prólogo de la primera edición (2001) mantiene plena vigencia. Es más, muchas de las situaciones producidas luego de su presentación fueron previstas conceptualmente en forma concreta o estuvieron esbozadas, por lo que las modificaciones que se han introducido son relativamente pocas, lo cual no implica que no sean trascendentes. Asimismo, es interesante observar que en este período el Congreso de la Nación aprobó Leyes que coincidieron con los lineamientos éticomorales enunciados en la 1ª Edición.

Por otra parte, observamos que mientras la ciencia avanza a ritmo logarítmico, no pudiendo vislumbrar sus límites, aparecen nuevos nubarrones de incertidumbre sobre el destino de la especie humana. Sin llegar a la premonición del **Posthumanismo** que implica su desaparición, debemos presuponer que los futuros avances afectarán las nociones de tiempo, espacio, vida, longevidad, formas de vivir, el concepto mismo de muerte, lo espiritual, y como siempre, la noción de creación. Otros pensadores mantienen la hipótesis del **Plushumanismo** en el sentido de que evolucionaríamos hacia un hombre superior, distinto y superior. Pero lo evidente es que debemos prepararnos para una factibilidad cercana de hechos concretos, como la producción de moléculas, átomos y materiales inteligentes para nanomáquinas y nanorobots, a nanosensores centinelas introducidos en el cuerpo humano capaces de detectar las primeras células cancerígenas y con capacidad de destruirlas, transportar medicamentos y liberarlos en la zona adecuada, computadoras con ordenadores a velocidad de la luz y que no gasten energía. En la actualidad hasta la PC más modesta es capaz de hacer en un segundo lo que a nosotros nos llevaría 1.500 años. Expertos afirman que el poder de los procesos de computación ya conocidos nos conducen hacia el equivalente humano de la inteligencia artificial antes del año 2040, con máquinas inteligentes capaces de rediseñarse a sí mismas desarrollando

una superinteligencia con capacidades cognitivas miles de veces más veloces en su respuesta que las del ser humano, planteando lo que se denomina el **Transhumanismo**. Estos vertiginosos cambios nos obligan a anticiparnos a los riesgos de producir una Sociedad de la Ignorancia, del desconocimiento y de la incultura, por la infoxicación que supone una intoxicación por exceso de información. Será difícil dirimir entre lo superfluo y lo importante, con saberes parciales que alteren o eliminen la reflexión sobre nosotros mismos, los otros y el mundo. Debemos tratar de evitar la progresivamente mayor bifurcación de la especie humana. Se considera que nuestra mente, por primera vez en la historia, es una fuerza productiva directa por sí misma y no únicamente un elemento decisivo del sistema de producción. La pregunta que debemos responder es si estamos transitando una época de cambios o un cambio de época. A todo ello no podemos dejar de mencionar a la serendipia como valiosa posibilidad de búsqueda del conocimiento en los archivos del universo, como hallazgos afortunados e inesperados que pueden modificar el curso de la historia. Tantos y tan cercanos cambios deben llevarnos a una meditación muy profunda tratando de encauzar a través de la Ética las ideas y conductas humanas.

A diez años de la presentación de este Código nos es muy grato valorar la repercusión que ha tenido tanto en el ambiente médico como en el de la Justicia. Entre ellos señalamos que ha sido incorporado como texto obligatorio en varias universidades públicas y privadas del país; que ha sido mencionado reiteradas veces en libros y artículos de derecho y de medicina; que algunos de sus artículos han sido usados para dar sentencias judiciales; que lo han adoptado como propio varios Colegios o Consejos Médicos Provinciales; que el Poder Legislativo de la Provincia de Buenos Aires lo declaró de Interés Legislativo Provincial; que la Provincia de Entre Ríos tomó dos artículos del mismo y los incorporó como parte de la reforma de su Constitución Provincial; que el Tribunal de Ética para la Salud de la AMA (TEPLAS), creado por este Código, ya resolvió 30 casos; que motivado por el mismo la Corte Suprema de Justicia de la Nación, en el año 2002, nos confirió a través de una acordada el honor y la responsabilidad de intervenir como única entidad, en coordinación con la Dirección General Pericial de Justicia Nacional, para la Inscripción y Registro Anual de los Peritos Médicos que se desempeñan en los distintos Fueros Judiciales (civil, penal, comercial, laboral y contencioso administrativo), por lo que se creó una nueva figura institucional para su organización y seguimiento, denominada Comité de Peritos Médicos (COPEME-AMA); que por el éxito obtenido por esta gestión posteriormente en el 2007, la CSJN por otra acordada, nos solicitó lo mismo pero para los Peritos Médicos que la asesoran en forma directa, lo cual se concretó cambiando los requisitos con mayores incumbencias y responsabilidades. Estas decisiones de la CSJN son

de alta trascendencia para la actividad asistencial de los médicos, para el funcionamiento de la justicia y, por lo tanto, para todo el país. Asimismo, queremos resaltar que la actitud proactiva de las distintas colectividades a la que pertenecen nuestros socios, permitió a través de sus comunidades traducirlo a varios idiomas: griego, inglés, francés, portugués, ruso, árabe, hebreo, italiano, japonés, holandés, alemán y checo (**www.ama-med.org.ar**).

La AMA como una de las Entidades Científicas líderes comunitarias explícitas más representativas de nuestra sociedad, ha sabido mantener como objetivo central la defensa enérgica de la democracia a través de la Educación. Su accionar siempre estuvo comprometido en la construcción de una sociedad con plena participación de la ciudadanía en condiciones de igualdad para que todos puedan crear, utilizar y compartir los cimientos del conocimiento en total Libertad, pero con Responsabilidad. El progreso, la evolución, el bienestar y calidad de vida de los pueblos, no dependen tanto de las riquezas naturales que posean, sino del desarrollo cultural y espiritual de sus recursos humanos en concordancia con el medio ambiente. Siguiendo nuestra postura de que “la Salud es Responsabilidad de Todos”, debemos resaltar que en la búsqueda del bienestar del hombre, tratando de que un hombre sano no se nos enferme, la comunidad en pleno tiene que incluir todos los considerandos relacionados a los Derechos Humanos, y más específicamente al Área de la Salud, a la Prevención, primer nivel de la Atención Primaria de la Salud. Al respecto, “la Cascada de Responsabilidades en Salud” señala el rol que le compete a cada uno de los integrantes de la sociedad para poder cumplir con estos objetivos. Cada ciudadano debe ser partícipe activo en “la humanización de la vida”, según su formación intelectual y espiritual. El plushumanismo y el transhumanismo en muchos aspectos desafían en la elección de una cultura y de un estilo de vida nuevos. Hace unos años todo nos parecía ciencia ficción, hoy ya casi es realidad. Los sucesos se están produciendo ahora. Ahora es el tiempo del hacer. La Ética una vez más deberá aceptar el desafío de ordenar las ideas cumpliendo el rol directriz que los tiempos le han asignado.

PROF DR ELÍAS HURTADO HOYO

Presidente de la Asociación Médica Argentina

Prof Consulto Cgía UBA;

Dr Honoris Causa Univ Nac Morón e Inst Univ H Barceló;

Miembro de las Acad Argent Cirug; Cienc Méd Córdoba;

Nac Medic Paraguay y Argent de Ética Médica

INTRODUCCIÓN a la PRIMERA EDICIÓN 2011

El Miembro del Equipo de Salud en acción se compromete a utilizar todos los medios a su alcance para efectuar su prestación apoyándose en la formación de su predisposición de dar y cimentada en sus conocimientos y adiestramiento técnico-específico para prevenir, curar o aliviar los efectos de la enfermedad, en el marco de informar sobre los posibles riesgos y complicaciones inherentes a la misma, sin poder garantizar los resultados. Se compromete, asimismo, a acompañar al buen morir de sus pacientes respetando sus valores culturales y religiosos.

Sin embargo, mientras la Medicina ha contribuido con grandes logros para la comunidad, la actividad del Equipo de Salud está desarrollándose en un contexto socioeconómico y legal hostil que se debe destrabar en este siglo. El carácter técnico, las posibilidades limitadas y la progresiva democratización socializante de la asistencia del enfermo son algunos de los factores responsables de que el ejercicio de las Ciencias Médicas haya desembocado en situaciones conflictivas, no sólo referidas a la ética, sino también a los campos administrativo, civil y penal. De una profesión totalmente liberal ha pasado a ser una actividad bajo dependencia de algo: Estado, obras sociales, prepagas u otro sistema. De una medicina hipocrática verticalista, donde el Equipo de Salud estaba en la Sima del poder subordinando al paciente, a partir de la mitad de siglo pasó a la horizontalidad bajo la tutela de la Declaración de los Derechos Humanos, cuya intencionalidad era lograr el bienestar de todos los hombres. En el campo de la Salud se comprendió que la misma es Responsabilidad de Todos. El Equipo de Salud aceptó cediendo las alturas para integrarse a la comunidad, pero no estaba preparado para la realidad cotidiana de la lucha por la existencia, por lo que fue absorbido progresivamente por el “mercado”. Difícil de dirimir para el Equipo de Salud entre los caminos de lo cotidiano existencial y los caminos del plano trascendente. Tal es así que comienza el Siglo XXI no comprendiendo qué ha pasado: ha perdido capacidad en la toma de decisiones; se encuentra atrapado por la “industria de la salud” donde es un ejecutor de lineamientos políticos o empresariales; se ha convertido en un vector, situación que a pesar de todo asume con responsabilidad técnica y legal para que “alguien” obtenga beneficios. Se vuelve al verticalismo donde el Equipo de Salud actualmente está en la Sima siendo el factor de ajuste de todos los Sistemas de Atención de la Salud. Mientras se debate cómo hacer para lograr la excelencia de nuestros profesionales a quienes les toca conducir lo científico –es más, se idean modelos competitivos para estimular su educación permanente, pretendiendo garantizar a la población su nivel formativo–, sienten que no pueden

asegurarles que logren una retribución digna y correlativa a sus esfuerzos. La pregunta que se hacen los más jóvenes es cómo evolucionar sin ser tentados por las “sirenas” que ofrecen el estatismo, la corrupción y la impunidad. Por otra parte, se observa que las distintas reformas en Salud no han logrado ser universales y mantienen la inseguridad en el acceso a la salud para los más pobres, a la vez que gran parte de la comunidad ha pasado a ser “cautiva” de los Sistemas de Atención de la Salud.

Del análisis sobre por qué se ha llegado a esta situación se pueden señalar múltiples hechos. Mientras es observable que otros sectores de la comunidad han avanzado profundamente en el “territorio” de las Ciencias de la Salud, influyendo negativamente en la relación médico-paciente, el factor común que hace que se esté en la Sima del reconocimiento de la actividad en los aspectos socioeconómicos y legales, es la falta de unión entre los Miembros del Equipo de Salud para enfrentar en conjunto estos hechos. La defensa de los valores indeclinables de la profesión debe ser la bandera que los una de una vez para siempre.

El *ethos* no es otra cosa que una forma o modo de vida. El fin de la Ética es facilitar el recto actuar de la persona, delimitando la bondad o maldad de los actos. El objetivo de su conocimiento no tiene como finalidad saber qué es la virtud, lo cual no tendría ninguna utilidad, sino llegar a ser virtuoso. El concepto del bien y el mal ha existido desde que el ser comenzó a conocerse a sí mismo. Desde un punto de vista puramente filosófico el bien acerca a la verdad. La Ética no es una ciencia positiva; no describe los actos humanos como son, sino como deben ser; por eso, es una ciencia normativa. Los tres grandes principios éticos destinados al recto obrar humano, según la premisa ética de la recta razón son: haz el bien y evita el mal; no hagas a otro lo que no desees que hagan contigo; y haz a los demás lo que desees que hagan contigo.

La medicina en los tiempos de Sócrates y de Hipócrates no estaba organizada ni reglamentada como profesión. Los conocimientos médicos se heredaban, se transmitían en el grupo familiar; era como un sacerdocio profesionalizado. No existían disposiciones que obligaran al practicante a ser responsable de sus actos, como sí ocurría en la Mesopotamia donde en Babilonia el rey Hammurabi, quien reinó 1.800 años AC, registró en su famoso Código derechos y obligaciones de los profesionales de la medicina. Esta falta de disposiciones reglamentarias en Grecia, junto con la natural desconfianza de la sociedad hacia los médicos, indujo a la secta a dictar sus propias normas de conducta, las cuales quedaron consignadas en un documento que pasó a la posteridad con el nombre de “Juramento Hipocrático”, tenido como un paradigma de ética profesional y de responsabilidad moral, pero también de impunidad jurídica. Por el Juramento el médico asume, *motu proprio*, responsabilidades que ni la Sociedad ni el Estado le habían

fijado. Por eso se acepta que el Juramento es apenas una promesa religiosa, carente de responsabilidad jurídica.

Llegada la Edad Media se abre camino la concepción moderna de la ciencia y la técnica, y del hombre mismo. El cosmos natural, divino, vedado para el hombre, comienza a ser revelado por la razón. A ese orden natural cerrado, esotérico, se le opone la ciencia, que es creación humana. La ética adquiere también otro rumbo, pues ella no puede sustraerse a las evidencias que la ciencia aporta. La ética sin ciencia sería algo inconsistente, vacío.

La ciencia fue considerada éticamente neutra hasta el holocausto de Hiroshima y Nagasaki. Estos episodios hicieron comprender que las implicancias derivadas de los aportes científicos podrían ser funestas para la humanidad por sus efectos directos sobre el hombre o por el daño causado a la naturaleza. Comienza una nueva concepción moral para la conducta humana a través del desarrollo de una ética ecológica. Se concluye que la supervivencia del hombre podía depender de una ética basada en el conocimiento biológico. A esa ética se le dio el nombre de "Bioética", la cual rescata principios tradicionales de la ética e incorpora nuevos preceptos acordes a la modernidad. La nueva Ética en Salud le quita al ejercicio profesional la dimensión tradicional de ser un compromiso entre dos (médico-paciente) para ampliar el escenario y los actores; de bipersonal se convierte en pluripersonal, pues interviene ahora la comunidad. De ética individual se transforma en ética social.

Con frecuencia, ética y deontología se utilizan como sinónimos. La primera se ocupa de la moralidad de los actos humanos y la segunda determina los deberes que han de cumplirse en algunas circunstancias sociales y, en particular, dentro de una profesión dada. La Ética en Salud se ubica en la Ética Formal teórica y práctica cuyo acatamiento o cumplimiento compromete a la persona con ella. "Ésta incita en el individuo que la ejecuta" y es absoluta, integrada en el ser. Dado el compromiso, es imperativa e ineludible. Frente a cualquier crisis o duda profunda de conciencia se recurre a la Ética como punto referencial máximo por estar ubicada en un plano superior y dominante en cuanto tiene esencialidad y jerarquía. El accionar del Equipo de Salud se basa en el compromiso de la Conducta y está dirigido por el Deber.

La figura Código, en general, representa la recopilación de leyes o estatutos. Este término polisémico encierra, en uno de sus significados, la idea de un conjunto organizado de principios que sirven de normas o reglas que rigen un cierto ámbito de la vida social. Es un cuerpo normativo que establece a qué pautas deben ajustarse las conductas de sus miembros para ser aceptados como parte de un mismo cuerpo social más o menos acotado, es decir, desde una pequeña asociación hasta la sociedad propiamente dicha.

Funda y fundamenta la serie de derechos, obligaciones y responsabilidades a que se comprometen aquellos a quienes alcanza el mandato de dichas leyes o principios, y las reglas y normas que de ellos se derivan. Una vez establecido, el Código precede a los sujetos, pero su consolidación supone un consenso en el origen entre sujetos racionales que acuerdan sobre la coherencia, la propiedad y la factibilidad de ejecución de las normas, y el consentimiento y aceptación, tácita o explícita, de las nuevas generaciones. En los fundamentos de todo Código se encuentra una determinada concepción antropológica y ética, un cierto perfil del hombre y de los valores aceptables y deseables para la vida social o comunitaria. Un ideal con pretensiones de alcance universal sustenta los principios que nutren todo sistema de reglas o normas de acción y asociación. Estas últimas definen el deber ser ya, no en su aspecto ideal, sino en el factible. Se trata de un conjunto de pautas obedecibles y ejecutables. No es difícil comprender la función que toda norma cumple en una sociedad organizada y compleja. Sirve al propósito de regular y establecer los límites y las modalidades de acción y de relación legítimas entre sus miembros. En ese sentido cabe distinguir entre un Código del sistema jurídico, que desarrolla un orden coercitivo de normas públicas tendientes a regular la conducta y asegurar el marco de trabajo para la cooperación social, de los Códigos que rigen formas más acotadas de organización social, grupos o asociaciones como la nuestra. En el sistema jurídico el amplio alcance de sus poderes reguladores permite que las acciones constitucionales en que se conforman tengan, generalmente, el derecho a las formas más extremas de coacción, mientras, las clases de coacción que las asociaciones privadas pueden emplear están estrictamente limitadas. El orden legal ejercita una autoridad final o definitiva sobre un territorio específico. La ley define la estructura básica donde tiene lugar la búsqueda de todas las demás actividades.

En ambos casos se trata de un marco dentro del cual se dan relaciones entre las personas, marco que supone el conocimiento de dichas reglas y su aceptación, y la consecuente aceptación de los efectos que se desprenden de no respetar o atentar contra el sistema normativo. Sirve de parámetro y a la vez el acatamiento y el respeto al Código común garantiza un intercambio racional entre los sujetos, el mutuo entendimiento y el desarrollo de la actividad dentro de ciertos límites establecidos por aquél, a los fines de orientar y valorar el campo de acción, las metas y objetivos, lo deseable y lo posible, lo justo o no justo para ese ámbito en cuestión, lo bueno o lo malo, lo ideal y lo factible, etc. En síntesis, cuáles son los límites de su incumbencia y qué queda fuera de su alcance. Dicho conocimiento sustenta, al mismo tiempo, la exigencia de la vigencia del Código común por los demás sujetos, cuando éste se ve amenazado por el accionar de uno o más miembros del grupo social o asociación, justamente porque la responsabilidad de

la permanencia en vigor del sistema normativo recae absolutamente sobre todos los sujetos que lo han elegido y obedecen. La obediencia se alimenta en la convicción de la justicia y del valor moral de las normas que lo constituyen, en su ecuanimidad y en su aplicación idéntica en casos análogos. La libertad subjetiva se juega dentro de los límites del respeto al sistema normativo que se elige. La adscripción a determinado Código define la pertenencia al específico universo de valores que rige a cierto grupo social o asociación. La contradicción entre las propias pautas personales de un sujeto y las máximas que rigen su comportamiento social confrontan a éste a la elección de subordinarse calladamente a las mismas o bien promover la revisión. Los alcances de una intervención que cuestione parcial o totalmente el sistema normativo difieren enormemente si se trata de una asociación relativamente pequeña de personas o de una sociedad políticamente organizada.

En el terreno de la Ética y de la Ética Profesional, el Código establece a qué se obligan y comprometen y de qué están éstos exentos, esto es, cuáles son los alcances efectivos de su responsabilidad y los límites concretos de su libertad. Por lo mismo, constituye el parámetro a través del cual las conductas de éstos son juzgadas, aprobadas, desaprobadas, enaltecidas o condenadas por los pares del grupo o asociación, o de la sociedad en su conjunto. Cuando alguien se aparta de la norma lo puede hacer por variación o desviación del comportamiento establecido. En la primera situación la persona habrá introducido en su conducta diferencias más o menos fuertes, pero aún aceptables e incluso plausibles a los ojos de la sociedad; en el segundo caso se llega a campos francamente antisociales, lo cual no es aceptado por la comunidad pues lesiona en alguna forma el ordenamiento. Los llamados “actos médicos” hacen referencia a los que realiza el profesional de la medicina en el desempeño de su profesión frente al paciente (Ética Individual) y a la sociedad (Ética Social). Los actos que lleva a cabo en función de su vida privada, no profesional, caen sólo en el campo de la Ética General, la misma que permite juzgar los actos de cualquier persona. Las actividades de los Miembros del Equipo de Salud deben ejercerse a través de intervenciones libres, autónomas, independientes, interdependientes en las modalidades de atención existentes y de las que se habiliten en un futuro en el área sectorial e intersectorial relacionada directa o indirectamente con la Salud.

El enfoque de la Salud debe ser sistémico abarcando a todo el ciclo vital de la persona, de la familia, de la comunidad y del entorno ambiental. Reafirmando el concepto de que “La Salud es una Responsabilidad De Todos”, sean Miembros del Equipo de Salud o no Miembros del Equipo de Salud, por ser parte de la comunidad nadie puede sentirse excluido de sus deberes, por lo que todo aquel ciudadano, político, empresario,

funcionario, como la Sociedad en sus distintos roles (Estado, organizaciones civiles y otras) que actúan en cualquier nivel del área de la Salud, se transforman en Agente de Salud, y su accionar debe regirse por este Código. En este sentido, está implícito aquello que denominamos “Cascada de Responsabilidades en Salud”. También la persona en sí (paciente-cliente-consumidor) tiene un grado de responsabilidad cuando cruza la línea de la Atención Médica evitando los pasos que le garanticen su salud.

Si bien en este nuevo concepto de la Responsabilidad de la Atención de la Salud participan todos, el eje de la Responsabilidad pasa por los Miembros del Equipo de Salud y en especial del Médico. Las numerosas especialidades de la medicina, de las ciencias afines y de otras profesiones, técnicas, administrativas y otras necesarias para llevar a cabo las acciones en Salud, hacen imprescindible entender qué es un Equipo. La idea de equipo, grupo o conjunto remite a una pluralidad de sujetos con un mismo propósito; es decir, una actividad compartida en función de un objeto común. Puede muy bien tratarse de un conjunto homogéneo de personas o bien de uno heterogéneo con no más que un punto en común. La cohesión interna no depende tanto de la unidad de criterios, siendo que la posibilidad del disenso es un prerrequisito para el diálogo y el intercambio de saberes y opiniones, como de la cualidad de los lazos que establezcan los sujetos que lo integran. Dentro de todo grupo humano surgen vínculos de índole afectiva, de signo positivo, como la confianza, la simpatía, el respeto, la admiración, el cariño y la solidaridad, sentimientos que coadyuvan al sostén y mantenimiento del trabajo conjunto. Pero también pueden surgir sentimientos de carácter negativo como la desconfianza, la rivalidad, la envidia, etc., y esto amenaza la integridad del grupo o equipo en cuestión. Juega un papel muy importante en la cohesión del mismo la figura del coordinador en el caso de que lo hubiera, ya que puede tratarse de un grupo netamente horizontal aunque en este caso puede suponerse una elección tácita de aquél; resulta una figura aglutinante, de una mayor autoridad en función de la superioridad cognoscitiva o moral que se le supone y atribuye. La convivencia y continuidad de todo grupo humano halla soporte en una serie de reglas tácitas o expresas, consensuadas o preexistentes a la conformación del mismo y aceptadas por sus miembros, que normatizan y regulan la multiplicidad de relaciones a otros grupos, desde una perspectiva social, macro, hasta las más elementales formas de agrupación. De la distribución de roles y de la asunción de los deberes y obligaciones de cada miembro, de las responsabilidades compartidas y del compromiso contraído, depende el sostenimiento en el tiempo de todo equipo y el éxito de sus emprendimientos. Todos estos factores están supuestos y son la base sobre la que se construye y se sostiene todo trabajo de cooperación. Son la condición necesaria y generalmente tácita para la conformación de un equipo y la consecución de sus objetivos,

sean éstos de corto, mediano o largo plazo.

Al abordar el análisis de la dinámica interna de un equipo, deben tenerse en cuenta varios aspectos, según se trate de un equipo constituido coyunturalmente o de un grupo de trabajo con continuidad temporal, con una historia común, una construcción que supone un recorrido y un intercambio mayor. Dan diferentes matices al análisis pues aportan distintas variables a tener en cuenta a la hora de considerar el trabajo y los resultados. Puede suceder que un grupo heterogéneo de sujetos se vean convocados a abordar un mismo objeto desde la singularidad propia de cada especialidad, en este caso se tiene una simultaneidad de perspectivas disciplinares, diferentes supuestos teóricos como punto de partida, diversidad de discursos, distintas formas de abordar, comprender y explicar un mismo objeto, particulares estrategias metodológicas, objetivos científicos característicos, y el no menos importante marco normativo propio de cada ámbito. Las reglas o normas que constituyen el Código marcan los supuestos, los alcances y los límites a toda la labor de la comunidad (científica) de pertenencia en general, y en particular, del equipo de trabajo que eventualmente se integra. El trabajo interdisciplinario supone especificaciones propias de cada uno de los ámbitos desde los cuales se aborda un determinado tema; supone también una polifonía sinfónica, antes que una superposición caótica de discursos. La pluralidad no implica, necesariamente, la imposibilidad del acuerdo y la comprensión recíproca; muy por el contrario, tiene como prerrequisito la aceptación y el respeto por lo diverso, bajo la suposición de que toda otra perspectiva constituye un aporte a la construcción de un nuevo y más abarcador campo del saber.

Cabe preguntarse si es posible el diálogo multidisciplinario, si el recorte mismo que efectúa cada campo del saber sobre la realidad y el discurso con que a ella interpreta es pasible de ser comprendido por alguien perteneciente a otro enfoque de la misma, vale decir, puede preguntarse si es válido hablar de un “objeto común” a múltiples disciplinas. Seguramente habrá quienes así piensan, pero si sólo se cree en un saber perspectivista, si se acepta que la “realidad” es interpretación, sin por ello renegar de la funcionalidad y validez de la “verdad” del conocimiento científico, se puede confiar ciertamente en que se establezca un diálogo entre perspectivas y enfoques diferentes. Si cada saber acerca de un objeto puede, en función de su autonomía teórica y metodológica, generar un cuerpo autónomo de conocimientos, una disciplina científica singular, por ejemplo, esto no invalida la posibilidad de crear zonas de linde de los discursos en las cuales pueda producirse un intercambio enriquecedor de perspectivas. Y en esas zonas tangenciales se inaugura una nueva dimensión en el abordaje de un determinado fenómeno, dimensión que se diferencia cualitativamente por su polifonía.

El Miembro del Equipo de Salud debe familiarizarse con las situaciones de

conflicto en que entran a veces sus principios morales. El pluralismo moral da derecho a la interpretación autónoma por parte del sujeto actor. Sólo su buen juicio le señalará cuál de ellos debe ser tenido como deber. La ética atañe a la bondad intrínseca de las acciones; quien ejecuta leyes coactivas no es por ello virtuoso. “La moralidad sólo es precisada por las leyes éticas, pues aun cuando las leyes jurídicas tuviesen una necesidad moral, su motivación seguiría siendo coacción y no la intención”. La vida real enseña que es imposible que un solo profesional de la Salud pueda manejar todos los factores que influyen en la toma de decisiones: conocimiento específico, normas éticas, deontológicas, principios de confianza, autonomía del paciente, identidad y pertenencia, vínculo de responsabilidad entre personas naturales, incapacidad mental, límites de los recursos, contrato como fuente de obligaciones profesionales, derecho a la muerte digna, leyes, eutanasia, medicina innecesaria, honorarios, secreto profesional, industria de los juicios, industria de la educación, principio de supervivencia y otros. Cada vez que el profesional actúa frente a un enfermo alguno de estos problemas se le presentan aparte de la enfermedad en sí.

Superando centurias de Historia, entre los grandes conceptos que ha puesto en discusión nuestra Institución destacamos el reconocer que la palabra también es un agente agresor. Se puede herir el cuerpo con un arma de fuego, traumatizarlo con un coche, y también herir el espíritu y la psiquis con la palabra. Las leyes son palabras, por eso, cuando se debate una ley hay que participar por su repercusión futura. El legislador también es responsable en esta Cascada de Responsabilidades en Salud. Esto conduce a que se deba esclarecer a los legisladores, a sus asesores y a los funcionarios con poder de definición, para que comprendan la gravedad de una medicina sin responsabilidad como es la medicina defensiva. También debe reconocerse que existen frentes marginales de la Salud, las llamadas zonas grises, donde proliferan gestos no científicos de Miembros del Equipo de Salud y no Miembros del Equipo de Salud. Hay que trabajar para lograr su clarificación evitando la confusión en la población y devolver el respeto a nuestra profesión (Educación para la Comunidad).

Otro problema serio en el que debemos recapacitar es el reemplazo progresivo y constante de la consulta médica que se da en estos últimos años, lo que conlleva a la eliminación de un gesto médico de alta responsabilidad, como es la “receta” médica. La inducción del consumo (empresa-periodismo-publicidad) se hace a través de la prensa abierta (oral, escrita, visual). Debemos hacer un llamado de atención para el pseudoperiodismo científico. Una cuestión es transmitir la información de un avance científico y otra es ser agente de ventas consciente o inconsciente de una empresa. Lo mediático está instalado en nuestra vida cotidiana.

Pero la situación es más compleja porque la evolución del hombre continúa y emergen nuevos hechos que están sin resolver. La medicina del futuro plantea otro modelo de sociedad. Entre los temas que se deben debatir en profundidad para legislar en el siglo XXI encontramos a la confidencialidad a causa de la informatización, la teleconsulta, el telediagnóstico, la telecirugía, la venta de medicamentos por Internet, la clonación para trasplantes de órganos, el modelo de pareja elegido por computadora, la manipulación genética de los alimentos y otros. El Equipo de Salud debe valorar los límites en los que se desenvuelve dada su trascendencia, más teniendo presente que no se pudo cumplir con la Declaración de Alma-Ata (1978) de “Salud Para Todos en el año 2000”.

Cuando uno analiza la vitalidad de las distintas actividades científicas que se han realizado en los humildes salones de la **Asociación Médica Argentina**, comprende el verdadero valor del rol que ha cumplido la Institución para todo el ámbito de la Salud del país. Dichas actividades son la base de su existencia y de su vigencia a través del tiempo. Siempre ha sido el ámbito donde las ideas se presentaron a discusión abierta entre pares. De estos encuentros salió la luz que favoreció el desarrollo de innumerables iniciativas marcando objetivos definidos. La ejecución de las mismas siguió diferentes caminos. Unos se impusieron dada la perseverancia de muchos hombres (por ejemplo, las Residencias Médicas, 1962). Otros no se iniciaron o quedaron a mitad del recorrido porque no hubo continuidad en la acción o por perder vigencia a través del tiempo. Pero lo importante de la **Asociación Médica Argentina** es su papel convocante para la creatividad, donde todos sus socios son parte de su historia y donde encuentra el hábitat para su desarrollo intelectual y científico, a la vez de fortalecer lazos de amistad y respeto a través de la vida profesional. Es más, terminadas las actividades laborales concretas, es donde buscan muchos de nuestros socios, con mayor tiempo disponible, el verdadero ámbito donde mantener su espíritu creador compartiéndolo con los más jóvenes con el único afán de ser útiles a la comunidad. Tanta riqueza intelectual y moral debe ser preservada. **La Asociación Médica Argentina** seguirá brindando sus valores intelectuales y morales en este nuevo enfoque de la Responsabilidad en Salud que implica la conducción democrática consensuada activa de todos los actores. Sólo como ejemplo mencionamos la actitud de la Comisión Directiva hace dos décadas cuando decidió por unanimidad participar con otras organizaciones en temas generales relacionados al Ejercicio Profesional como el de la “inversión de la carga de la prueba”, a lo que llevaba la unificación del Código Civil y Comercial (1991); el de la defensa de la libertad del acto médico basado en la responsabilidad del profesional en la prescripción por su implicancia técnica, legal y ética que se generó con el tema de la calidad de los genéricos (1992), lo cual suscitó que el Gobierno nacional crease la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y

Tecnología (ANMAT, 1992); la definición en la cuestión de patentes tanto sobre el derecho de la propiedad intelectual como la defensa del trabajo argentino (1994); la defensa de la vigencia de la consulta médica frente a lo mediático (1998); y otros hechos. Asimismo, pudo poner en marcha el Programa de Recertificación Asistencial de Especialidades Médicas (CRAMA, 1994); el Proyecto Biblioteca Médica Digital (1996); la Inscripción y Registro Anual de los Peritos Médicos (CSRN, 2002); el Sello Editorial (EDIAMA, 2008) y el Programa de Educación a Distancia (EDUVIRAMA, 2008); los cuales implicaron una gran movilización de recursos humanos expertos en cada especialidad que actuaron desinteresadamente para sus concreciones. Con estos esfuerzos contribuyó a movilizar e imponer la necesidad de la Educación Continua, y armar el esqueleto sólido de un edificio que fue enriqueciéndose cada vez más con la comprensión y apertura de otras organizaciones. Se realizaron pensando más en la población que en intereses temporarios individuales. Por supuesto el punto de equilibrio logrado no se obtiene si no se atraviesan los períodos de los desvíos que genera cualquier movimiento humano. Los socios se han definido por el cambio, aún con los sinsabores que se producen en estos movimientos, porque tienen en claro que es un cambio con objetivos hacia el progreso del Hombre. Sin cambio no hay historia. Conocimiento y progreso son inseparables. **La Asociación Médica Argentina** ha logrado sustanciar el círculo de la vida para aquellos que siguen después, por varias generaciones. Y lo resaltante es que todo se hace con AMOR, simplemente con AMOR. Lo primero que deseamos transmitir es que cuando se presentó hace diez

DR ELÍAS HURTADO HOYO

DR HORACIO A DOLCINI

DR JORGE F YANSENSON

INTRODUCCIÓN a la SEGUNDA EDICIÓN 2011

Lo primero que deseamos transmitir es que cuando se presentó hace diez años la 1° Edición, elaborada por mandato de las Comisiones Directivas de la Asociación Médica Argentina y de su filial la Sociedad Argentina de Ética Médica, no se podía prever la relevancia y repercusión que iba a alcanzar tanto a nivel nacional como internacional, como asimismo a nivel de los ámbitos de Salud y de Justicia.

Lo segundo es resaltar que su contenido mantiene plena vigencia; la necesidad de esta 2° Edición, revisada y actualizada, se debe a los sorprendentes cambios en todos los aspectos de la humanidad, pero en especial en las biociencias.

El tercer aspecto es agradecer una vez más a todos aquellos que participaron de la misma y a los incorporados para concretar ésta.

Con respecto a los hechos en sí debemos señalar que a través de los tiempos el comportamiento humano fue modificándose. Actualmente estamos viviendo en una época donde los valores esenciales de la existencia humana están desafiados principalmente por conductas de ambivalencia y autodestrucción... han entrado en conflicto las exigencias de los intereses ligados a la vida de los individuos, de los pueblos, del medio ambiente, y de las especies en general. Sin embargo, al unísono de estos factores que desvalorizan al hombre, debemos reconocer otras energías que buscan conseguir un equilibrio, para reconocernos en lo más trascendente que somos... simplemente seres humanos... El debate se plantea sobre los beneficios y los riesgos potenciales que generan y/o generarán los avances, y qué ventajas y desventajas tienen o tendrán para la humanidad, para seguir manteniéndonos según nuestra cultura en el marco ético de la vida.

En ese camino evolutivo el proceso de hominización se reconoce tres períodos. En el Paleolítico, edad de piedra, el hombre se limitaba a adaptarse al medio ambiente. En el Neolítico desde hace diez mil años, en su evolución hacia un nivel de inteligencia superior, logró alterar la naturaleza. En el período actual, el hombre contemporáneo, tiene la posibilidad y capacidad de transformar tanto a él mismo como a la naturaleza... ¿Qué nos deparará el futuro?... La contundente confirmación científica de muchos sucesos nos lleva a una permanente revisión de nuestros conocimientos. Así vemos que del paleolítico, como momento inaugural de nuestra existencia, la provocativa hipótesis de la panspermia comienza a consolidarse. Plantea el hecho de que microorganismos vivos pudieran viajar por el espacio en meteoritos o cometas. No sería necesario que las semillas de vida viniesen de otras galaxias; podrían llegar de nuestro propio sol a partir de su energía. Lo interesante es que se han encontrado complejas moléculas de vida en rocas

milenarias, en volcanes y en glaciares. Asimismo la Investigación Científica ha logrado crear vida en el laboratorio obteniendo ADN y ARN a partir de materiales inertes como el rutenio. Investigadores de la NASA, han reportado la presencia de varios aminoácidos de glicerina, llegados en un meteorito proveniente del cometa TC3. También confirmaron que hay agua en la Luna. La consecuencia de la panspermia sería que el universo poseería una base bioquímica similar. Esta teoría no resuelve el problema inicial de cómo surgió la vida, sino que se limita a trasladar dicho origen a otro lugar. Hoy ya no se cuestiona que exista algún tipo de vida en otros mundos, aunque ignorando de qué clase de vida se trata, al igual de cuáles son sus valores y conductas.

En la época actual producto de estos avances fantásticos que el hombre descubre o produce en la naturaleza, las corrientes filosóficas y humanísticas, han tratado de interpretar dichos movimientos aportando definiciones y conceptos que las reúnan. Se las reconoce como las “Sociedades del Conocimiento” aceptándose la heterogeneidad y diversidad de las sociedades humanas con las que debemos convivir y a las que debemos respetar. En estos últimos años se pretende ampliar su significado, mencionándose las como Sociedades del Saber o como Sociedades de la Inteligencia. Por su jerarquía se distinguen cuatro temáticas emergentes: la informática, la biotecnología, la nanotecnología y las ciencias cognitivas. Sus componentes son los bits, los genes y las células madres, los átomos, y las neuronas, elementos constitutivos de las computadoras, de la biotecnología, de la nanotecnología, y de las redes.

El microchip nos introdujo a la era tecnocrónica. Las computadoras permitieron dar un paso cuali y cuantitativo en todas las áreas de la actividad humana. Da origen a un nuevo tipo de educación más universal por medio de las TIC's (Tecnologías de la Información y de las Comunicaciones), doblegando las barreras de la distancia, del tiempo, y económica. En la “Sociedad o Era de la Información” comienza a elaborarse la idea de Aldea Global para describir a la sociedad postindustrial. Se considera a estas tecnologías como las “embajadoras de buena voluntad” para el equilibrio de los pueblos. El objetivo actual de los países que se proyectan al futuro es tratar de eliminar la llamada brecha digital tanto en el plano cultural-educativo como en la confidencialidad de los datos de las personas y sus registros.

El mapa del Genoma Humano se completó en el 2003. Los genes gobiernan todos los procesos del organismo a través de la síntesis de proteínas. Los cultivos de células embrionarias de piel y de músculo humano dieron origen a la Biología Molecular abriendo las puertas para las investigaciones sobre células madres y la terapia génica. Se denominan Células Madres a aquellas que tienen capacidad de diferenciarse y originar células de distintos tejidos. Según su origen y su capacidad de diferenciación

se reconocen cuatro tipos: totipotentes o embrionarias, pluripotentes, multipotentes y unipotentes. Se da el inicio a la medicina reparativa o regenerativa trayendo esperanzas a numerosas enfermedades. La primera clonación en animales, realizada en Edimburgo a partir del núcleo celular de una célula mamaria de una oveja adulta, la famosa oveja Dolly, inmediatamente produjo fuertes debates éticos, religiosos, científicos, legales y políticos sobre cuestionamientos relacionados a los bancos de células madres (qué embrión vive y cuál muere), y otros. Los bebés de diseño ya son un hecho concreto. Actualmente se investigan embriones híbridos producidos por la transferencia de núcleos somáticos humanos a óvulos enucleados de vacuno.

La nanociencia está dedicada al control y manipulación de la materia a una escala menor a un micrómetro. Son sistemas funcionales ultra pequeños con dimensiones de moléculas y aún de átomos, que ya han producido un franco impacto en nuestras vidas personales y a nivel de las naciones. Sus avances prácticos son las nanopartículas y los nanotubos. La mayoría de las reacciones biológicas y químicas tienen lugar a nivel nano; a esta escala funciona la naturaleza.

A las Ciencias Cognitivas, les corresponde al abordaje multidisciplinario del complejo funcionamiento de la mente. Su núcleo íntimo lo constituyen las neuronas, las cuales al pertenecer al mismo cuerpo humano son la única parte que nos identifica y que aún están “dentro” del concepto e imagen que tenemos del hombre. En este acápite ubican a la lingüística, la psicobiología cognitiva, las neurociencias y la antropología cognitiva. Su lenguaje pertenece a las ciencias de las comunicaciones clásicas regidas por la palabra, tanto oral, impresa, visual o gestual, y por los valores y los sentimientos como son los simples hechos del pensar y del amar. La energía de la conducta humana y la esgrima de la palabra son los máximos exponentes como energías indimensionables del hombre que nos conectan con el mundo exterior y cuyo origen debemos ubicar en el área cognitiva.

En esta década la AMA siguió comprometiéndose con la evolución del pensamiento. Es un período de consolidación institucional, concretando los trámites pertinentes técnico administrativos para la “legalización” de las propias actividades, adecuándolas a la época para permitir continuar con las mismas y generar nuevos emprendimientos. Por las Leyes y Decretos aprobados que afectan la actividad asistencial del Equipo de Salud, en el 2001, la Comisión Directiva decidió cambiar sus Estatutos autorizándola a incursionar en temas del Ejercicio Profesional, lo que fue rápidamente aprobado por la Inspección General de Justicia de la Nación. Asimismo planteó un nuevo “Paradigma de la Educación en Salud” proponiendo modificaciones en los programas curriculares universitarios para incorporar estos temas. En consonancia con esta línea de pensamiento se estimuló para que se redactasen los Derechos del Equipo de Salud (Garay-2005). También se actuó

sobre los Art 84 y Art 94 del Código Penal y sobre la Litigiosidad Indebida.

En el 2002 dio su opinión sobre la utilización de Medicamentos del Decreto N° 486 de Emergencia Sanitaria generado por la mayor crisis socioeconómica que sufrió el país. El Congreso de la Nación, por la Ley N° 25649/02, tuvo en consideración lo solicitado por la AMA, y, frente al factible cambio por el farmacéutico de la receta del médico sin autorización, la responsabilidad legal por la acción que podría producir dicho producto, se trasladó al farmacéutico. En otro aspecto y frente al vacío ético legal, probablemente por su rápido desarrollo, se hizo una Declaración de Principios para el uso de Medicamentos Biológicos (2010), para mantener sus propuestas dentro de la dignidad humana. También se opinó sobre el aumento de la violencia laboral creciente que sufre el Equipo de Salud.

En 2002 se puso en funcionamiento el **Sitio AMA** por Internet (**<http://www.ama-med.org.ar>**) el cual contiene la información institucional, y permite transmitir las actividades por Video Streaming. También en ese año se pone en marcha el Programa Latinoamericano de Educación Médica a Distancia (PLEMED) integrándose con a las Academias de México y Paraguay, a las Asociaciones Médicas de Brasil, Colombia, Ecuador y Costa Rica. Estas organizaciones le cedieron a la AMA definir la Dirección Científica. Ya han colaborado 3100 expertos del país y extranjeros, como autores o colaboradores. Se destacan los cursos prolongados para médicos generalistas (PRONADAMEG) y para pediatras (PROAPE). Para nuclear todos los programas se crea la figura de Educación Virtual AMA (**EDUVIRAMA**).

En el 2004 se concreta uno de los sucesos de mayor trascendencia para la AMA que fue el otorgamiento a nuestra antigua Escuela de Graduados (EGAMA) del Registro N°1 de Educación Superior en Salud por el Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología. Por Resolución 389/04, la misma creó la figura de “Centros de Investigaciones e Instituciones de Formación Profesional Superior”, reconociendo la acción educativa de posgrado de más de cien años efectuada por nuestros antecesores. Obtuvo además el aval del Consejo Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU-2004). El crecimiento de las distintas actividades de nuestra Institución, generó la necesidad de crear sedes presenciales y/o a distancia. Por otra parte se editaron algunos libros con el sello Editorial AMA (EDIAMA-2006). Desde el 2003 se comenzaron a otorgar Becas Anuales de Investigación Clínica o Básica, para médicos de menores de 35 años, en conjunto con la Fundación Florencio Fiorini.

Siempre es oportuno recordar que por la discusión entre lo que se “puede hacer” y lo que se “debe hacer”, Potter propuso en 1970, aplicar los conceptos éticos generales al área biológica para lograr el equilibrio en el desarrollo evolutivo de las sociedades. La Bioética inicial, la de los Principios o Puente, estuvo dirigida a humanizar la medicina en todas sus manifestaciones con especial dedicación a las conductas orientadas a su cuidado y preservación. Se impusieron los conceptos de calidad de vida, de muerte digna, evitar el encarnizamiento

terapéutico, y otros. La Bioética no se deja reducir ni a la Ética, ni a la Moral, ni al Derecho, ni a la Política. Con los años este nuevo enfoque filosófico se impuso en la sociedad logrando una entidad propia. El mismo Potter, en 1988, amplía los límites de su campo de acción al introducir el concepto de Bioética Global. En un paso hacia adelante, Alastair Campbell en 1998, propone la Bioética Crítica o Profunda, global y colectiva, socialmente comprometida respetando la biodiversidad, y, pensando hacia quienes deben priorizarse las actitudes éticas, dirigiendo la mirada antes que nada, a los más débiles y a los más pobres.

El razonamiento actual es que esta disciplina filosófica, como expresión laica del pensamiento, está dando pautas que ya las grandes religiones la tienen como postulados. La Bioética le habla a la ciencia tratando de poner orden en su evolución, mientras las religiones tratan de poner orden en la vida espiritual de las personas y en la evolución de los pueblos.

DR ELÍAS HURTADO HOYO

DR HORACIO A DOLCINI

DR JORGE F YANSENSON

**ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA CÓDIGO DE
ÉTICA PARA EL EQUIPO DE SALUD
2011 SIGLO XXI AÑO 11**

PRÓLOGO A LA PRIMERA EDICIÓN		15
PRÓLOGO A LA SEGUNDA EDICIÓN		17
INTRODUCCIÓN A LA PRIMERA EDICIÓN		21
INTRODUCCIÓN A LA SEGUNDA EDICIÓN		31
LIBRO I	ÉTICA GENERAL	
Capítulo 1	De los Principios Generales de Ética	39
Capítulo 2	De los Derechos Humanos	42
Capítulo 3	De la Educación Ética en Salud	45
LIBRO II	DEL EJERCICIO PROFESIONAL	
Capítulo 4	De los Derechos y Deberes del Equipo de Salud	48
Capítulo 5	De los Derechos y Deberes de los Pacientes	52
Capítulo 6	De la Relación Equipo de Salud-Paciente (Familia)	54
Capítulo 7	Del Secreto Profesional	57
Capítulo 8	De la Calidad de la Atención en Salud	60
Capítulo 9	De la Medicina en Equipo	62
Capítulo 10	Segunda Opinión	64
Capítulo 11	De la Historia Clínica	68
Capítulo 12	De la Relación de los Miembros del Equipo de Salud entre sí	70
Capítulo 13	De la Relación entre los Miembros del Equipo de Salud y la Institución	73
Capítulo 14	De las Nuevas Tecnologías en Informática y Ciencias de la Salud	75
Capítulo 15	De las Organizaciones Profesionales Científicas	79
Capítulo 16	De las Organizaciones Profesionales Gremiales	82
Capítulo 17	Los Honorarios	86
Capítulo 18	De las Propagandas de los Profesionales	88
Capítulo 19	De la Función Pública y el Equipo de Salud	90
Capítulo 20	Los Miembros del Equipo de Salud como Peritos y Expertos Testigos	92
Capítulo 21	De la Industria y Comercio en Salud	94
Capítulo 22	Del Equipo de Salud y el Periodismo no Especializado	97

LIBRO III	DE LA INVESTIGACIÓN Y EXPERIMENTACIÓN HUMANA	
Capítulo 23	De los tipos y agentes intervinientes en las distintas categorías de experimentación e investigación científica en humanos. Obligaciones especiales de quienes realizan investigaciones clínicas. Regulaciones nacionales e internacionales de las investigaciones con humanos.	100
LIBRO IV	SITUACIONES ESPECIALES	
Capítulo 24	De la investigación y terapia genéticas. Medicina regenerativa y terapias celulares	108
Capítulo 25	De la Fertilización asistida	111
Capítulo 26	De la criopreservación y conservación de embriones	113
Capítulo 27	De la anticoncepción	116
Capítulo 28	Del aborto	117
Capítulo 29	De la ablación de órganos y tejidos para trasplantes	118
Capítulo 30	Del cuidado del paciente adicto	120
Capítulo 31	Del cuidado del paciente psiquiátrico	124
Capítulo 32	Del cuidado del paciente con SIDA	126
Capítulo 33	Del cuidado del paciente incurable	128
Capítulo 34	De la eutanasia y del suicidio asistido	130
LIBRO V	DE OTROS PROFESIONALES QUE INTEGRAN EL EQUIPO DE SALUD	
Capítulo 35	Consideraciones generales	132
Capítulo 36	Consideraciones particulares	134
LIBRO VI	DE LA RESOLUCIÓN DE LOS CONFLICTOS ÉTICOS	
Capítulo 37	De los Agentes del conflicto ético. De los requisitos de la denuncia y su procedimiento	138
Capítulo 38	De los órganos e instancias de la mediación. De su resolución y de las sanciones.	140
REFERENCIAS		142

LIBRO I *

CAPÍTULO 1

DE LOS PRINCIPIOS GENERALES DE ÉTICA

Art. 1.- La Ética del Equipo de Salud es un aspecto especial de la Ética, por lo cual resulta necesario hacer ciertas consideraciones sobre esta última. En primer lugar correspondería tratar de responder a la pregunta qué es la Ética, ante lo cual inmediatamente surgiría la necesidad de dar una definición que permita un punto de partida conceptual. Las que existen son varias por lo que debe consultarse con los tratados específicos.

Art. 2.- Es frecuente que se considere a la Moral como sinónimo o concepto intercambiable con la Ética, aunque esto no sea apropiado ya que crea una confusión entre Principios y Práctica.

Art. 3.- La Moral debe considerarse como el conjunto de reglas universales de la conducta destinadas a mantener los fundamentos de convivencia entre los humanos, como si fueran mandatos religiosos. Los “actos humanos”, a diferencia de los “actos del hombre”, son producto de la reflexión y del dominio de la voluntad; los segundos pueden no serlo como en el caso de las acciones llevadas a cabo por fuerzas ajenas a la voluntad.

Art. 4.- La Ética constituye las guías de la conducta, que basadas en principios morales, se orientan hacia una clase particular de acciones dentro de un grupo social específico o cultural en un momento histórico determinado. Plantea cuál es el valor de bondad de las conductas mismas, de lo que es correcto o incorrecto a condición de que ellas sean libres, voluntarias y conscientes. Busca causas universales que logren adaptar los actos humanos al bien universal.

Art. 5.- Correspondería, también realizar una revisión de carácter filosófico histórico sobre la Moral y la Ética, incluyendo los cambios en el pensamiento y la conducta ocurridos desde los orígenes en la Grecia Antigua hasta nuestros días. Ello está fuera de consideración en este breve análisis, aunque es necesaria una enumeración de los principios básicos de la moral que necesitan ser comprensibles para permitir su conocimiento y poder arribar a un discurso ético de sentido práctico.

Art. 6.- La Moral es considerada implícita en la naturaleza humana, probablemente a nivel de mecanismos biogenéticos que son apropiados para constituir un sistema protector, que compensa la vulnerabilidad humana en la individualización, frente a las exigencias de interacción y adaptación social, acentuadas a través del proceso de la evolución cultural.

* En la presente Edición los artículos nuevos o corregidos, se encuentran transcritos en letras bastardillas.

Art. 7.- Toda Moral se encuentra conformada sobre un núcleo central constituido por ideas de **Igualdad, Solidaridad, Justicia y Búsqueda del Bien Común**, y sus orígenes pueden rastrearse desde una ética en primates y homínidos hasta nuestros días, pasando por las etapas de las Leyes Naturales y el Derecho Natural, el Imperativo Categórico, el Consensualismo, el Altruismo, las Teorías de la Justicia y la Ética del Discurso de los tiempos modernos, que junto a la Ética de la Responsabilidad, identificada con las características de lo masculino y la Ética de la Solidaridad más afín al carácter femenino, permite pensar que contrariamente a quienes creen que no puede haber ya progreso en la Ética, los cambios ocurridos en el mundo en el último siglo han comprometido la subsistencia del hombre, ya no sólo como individuo, sino como especie.

Art. 8.- La preocupación creciente por la **BIOÉTICA** y las urgencias en relación con la preservación del Medio Ambiente son características de la sociedad actual y señalan la necesidad imperiosa del compromiso ético con la persistencia de la vida, en las mejores condiciones posibles y para todos, sin distinción de raza, sexo, edad, cultura o credo.

Art. 9.- La Ética General ha estado ligada al desarrollo de la Democracia y los Derechos Humanos, mientras que la Ética Médica se mantuvo durante veinticinco siglos en su estado inicial. La medicina tradicional fue fundamentalmente paternalista y absolutista dado que la razón de ella misma, el enfermo, fue tratado siempre como a un “no responsable” y recién a partir de la mitad de este siglo se le otorgó la ciudadanía moral reconociéndole su condición de agente moral autónomo libre y responsable.

Art. 10.- La Bioética, al involucrar a la humanidad, rompió el cerco de la Ética Médica tradicional para darle cabida a disciplinas distintas de la biología, como ser la filosofía, las leyes y la religión. Se manifiesta como una ética interdisciplinaria, puente de unión entre la ciencia y las humanidades.

Art. 11.- Los principios fundamentales de la Ética Médica se encuentran enraizados en estas ideas y procedimientos que provienen de la Ética General que regula al resto de la ciudadanía y básicamente pueden ser resumidos de la siguiente forma:

Principio de Autonomía: obligación de respetar la libertad de cada persona para decidir por sí y sobre sí.

Principio de No Maleficencia: obligación de no hacer el mal.

Principio de Beneficencia: obligación de hacer con otro aquello que cada uno entiende como bueno para sí.

Principio de Justicia: obligación de la no discriminación o igualdad en el trato.

Art. 12.- Se acepta que las normas morales básicas que permiten que puedan llevarse a la práctica los principios éticos fundamentales son tres: la confidencialidad, la veracidad y la fidelidad.

Art. 13.- En el marco general se observa que el Paciente actúa guiado por el principio moral de la autonomía, el Equipo de Salud por el de beneficencia-no maleficencia, y la Sociedad por el de justicia.

Art. 14.- La Ética es un proceso de conducta de características **Individuales** que lleva hasta su último límite al sentido de **responsabilidad dentro de los humanos**. No tiene base metafísica porque no hay fórmulas éticas que puedan desprenderse de deducciones abstractas ni construirse una moral que la fundamente porque no cuenta con elementos simples y repetibles. Por lo antedicho no hay una sistemática de la ética ni puede construirse empíricamente una pedagogía. Es por ello que no puede **enseñarse** en el sentido ortodoxo del término, aunque puede **aprenderse**.

Art. 15.- La razón y fundamento de toda ética es el ser humano. El objeto de la sociedad es el bien común.

A lo largo del articulado propiamente dicho se irán desarrollando los distintos aspectos necesarios en relación a la temática propia de cada asunto tratado.

CAPÍTULO 2

DE LOS DERECHOS HUMANOS

Todas las naciones son miembros de la Organización Mundial de la Salud y han aceptado formalmente La Declaración de los Principios contenidos en su Constitución. La Declaración Universal de Derechos Humanos se ha transformado desde su dictado en “ideal común de todos los pueblos y naciones”.

Su objetivo es brindar elementos que permitan desenmascarar cualquier tipo de dominio solapado por parte de un grupo humano sobre otro, actitud tan típicamente humana y tan arraigada en el pensamiento y proceder occidental especialmente. La actitud debe ser antidogmática, pues el dogmático olvida, desconoce, rechaza la diversidad y considera que hay “una” esencia humana de cuya verdad él es poseedor, cuando la identidad individual y de los pueblos se basa en la diferencia de unos respecto de los otros.

En el ámbito de lo humanístico con las generalizaciones se cae en injusticias, pues al contrario de las ciencias exactas, las particularidades y las diferencias son las que hacen esencialmente al ser humano. Puede aceptarse que todos tienen una idea intuitiva de lo que son los derechos humanos relacionada con la experiencia diaria y no con una definición formal. La visión moderna de la historia se halla determinada por tres notas distintivas: la historia es “una”, los acontecimientos marchan hacia un “progreso” y la historia de la humanidad es concebida como “emancipación”.

Se debe evitar un pseudouniversalismo uniformista y construir un universalismo basado en la diferencia. Solamente el miedo justifica la violenta exclusión de personas por su diferencia. La liberación de las diferencias crea un mayor espacio de libertad creativa e innovadora para el hombre. Este mayor grado de reflexividad, que en la actualidad se impone moralmente, nace de la autoconsciencia de la arrogancia intelectual del Iluminismo moderno y de los fundamentalismos religiosos que nos caracterizaron. El reconocer las diferencias representa aceptar el pluralismo democrático.

En el Estado democrático donde los gobernantes surgen por elección de los ciudadanos, ellos son los responsables directos de que no existan desigualdades en el acceso a los bienes relacionados con la Salud que deben ser considerados dentro de los Derechos Humanos.

Es obligación del gobierno nacional, provincial, municipal que ningún ciudadano o habitante de su suelo carezca de alguno de los componentes que considera la definición de Salud como el “completo bienestar físico-psíquico-socio-cultural”. La carencia de cualquiera de ellos implica la ruptura de la armonía del ser humano entendido

íntegramente desde el punto de vista antropológico. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que establezca la ley.

Es obligación del gobierno no sólo evitar las carencias individuales de la Atención de la Salud, sino también es responsable directo de aquellas medidas relacionadas con la Salud Pública tales como: campañas de vacunación, de control de enfermedades infecciosas, de prevención de adicciones, de prevención de accidentes de tránsito, la implementación de medidas para la provisión, ya sea por empresas estatales o privadas, de servicios sanitarios de agua potable y de tratamiento de desechos cloacales, recolección de residuos, control de plagas, evitar deficiencias nutricionales en los niños que originan trastornos definitivos en su desarrollo, provisión de seguridad, de acceso a una vivienda digna para evitar el hacinamiento, la posibilidad de educación y de un trabajo.

Es obligación del gobierno nacional, provincial o municipal que ninguna persona esté impedida de acceder a los tratamientos adecuados para sus padecimientos, así como a las medidas de rehabilitación correspondientes.

La moral señala la necesidad de defender al máximo la familia. A este respecto, se han modificado profundamente los roles tradicionales, las formas de relación entre hombre y mujer, así como las relaciones entre padres e hijos, dando lugar a nuevos lazos de parentesco como las familias recombinadas. Esto ha generado en la vida de los niños nuevas formas de personalidad más complejas.

En el presente Código se señalarán resumidamente aquellas conductas que el Equipo de Salud debe plantearse en su acción cotidiana en relación con los Derechos Humanos.

Art. 16.- Los seres humanos tienden a vivir en sociedad para poder desarrollar al máximo sus capacidades físicas, intelectuales y espirituales; forman parte de la cultura histórica universal. El innegable egoísmo conlleva a una inclinación a “manejar” a los otros con el objetivo de su bienestar personal, lo que origina conflictos dentro de la comunidad.

Art. 17.- Todos los ciudadanos deben comprender que el desarrollo productivo, la paz y el prestigio continuo y permanente de cada Nación, se cumplirá, cuando sus miembros estén convencidos y tengan afirmados el valor supremo de cada persona, que es el bienestar psico-físico-social-cultural y espiritual.

Art. 18.- Algunos de los Derechos Humanos son: vida, libertad e igualdad, personalidad jurídica, intimidad, libre desarrollo de la personalidad, libertad de conciencia, libertad de culto, libertad de opinión, honra, paz, derecho de petición, trabajo, libertad de profesión u oficio, libertad de enseñanza y aprendizaje, debido proceso, hábeas corpus,

segunda instancia, derecho de asilo, derecho de reunión, libre asociación, sindicalización, participación ciudadana, y otros.

Art. 19.- La defensa de los Derechos Humanos es prioritaria para el Equipo de Salud tanto por ser seres humanos como por la esencia misma de la profesión que han abrazado.

Art. 20.- Los miembros del Equipo de Salud deben comprometerse con los derechos y garantías contenidas en la Constitución y en los respectivos convenios internacionales vigentes, que no deben entenderse como exclusión de otros, que siendo inherentes a la persona humana, puedan no figurar expresamente en ellos.

Art. 21.- El respeto de los derechos individuales llega hasta donde los actos de las personas comienzan a lesionar el bien común, pues es éste el fin mismo de la ética social que nos habla de la convivencia entre los seres humanos.

Art. 22.- Configura una grave falta ética que el miembro del Equipo de Salud indique tratamientos sin la aclaración pertinente y el consentimiento previo del paciente o responsable, salvo en circunstancias de peligro de vida o que limite los derechos del paciente a decidir libremente o promueva mediante engaño la decisión de las personas a aceptar proposiciones conducentes al beneficio de cualquier tipo del propio médico.

Art. 23.- El miembro del Equipo de Salud no debe participar en procedimientos degradantes, inhumanos o crueles que lleven a la muerte, así como en torturas, tanto sea como responsable directo o como testigo, o utilice procedimientos que puedan alterar la personalidad o conciencia de las personas con la finalidad de disminuir la resistencia física o mental, para conseguir objetivos reñidos con la dignidad humana.

Art. 24.- El miembro del Equipo de Salud no debe idear, instrumentar, colaborar o brindar conocimientos para la ejecución de la pena de muerte. Asimismo, tendrá especial cuidado de no vincularse con cualquier actividad relacionada a la eliminación de personas o grupos por razones étnicas y/o religiosas.

Art. 25.- El miembro del Equipo de Salud no debe discriminar al ser humano por su pertenencia religiosa, étnica, conductas sexuales, sus ideas políticas, aspecto físico, discapacidades, nivel educativo y económico, enfermedades de transmisión sexual o relacionadas a las drogadicciones, así como por ser exiliado o inmigrante.

Art. 26.- El miembro del Equipo de Salud debe respetar el derecho humano inalienable del buen morir, evitando el sufrimiento y la prolongación sin sentido de la vida, dado que el ensañamiento terapéutico es uno de los vicios de la medicina de nuestros días.

CAPÍTULO 3

DE LA EDUCACIÓN ÉTICA EN SALUD

La familia y la sociedad son los educadores primordiales y naturales de niños y jóvenes. Al transmitir valores, costumbres y creencias básicas, son esencialmente educadores éticos.

La enseñanza es realmente “educadora” cuando, además de lo cognitivo, desarrolla, promueve y enriquece la conciencia ética y la responsabilidad de ser ciudadano. La familia y la sociedad no pueden realizarse plenamente si no son integradas, comprendidas y enriquecidas por la Educación.

Los padres, el entorno familiar, los dirigentes y líderes sociales y los educadores, aún por sobre su propio deseo, comparten caracteres de “modelo” y como tales deben asumir la responsabilidad que ello implica.

Las instituciones educativas son los lugares donde se define la cultura: son los frentes esenciales de toda democracia. La educación es parte de la base de la libertad: se realiza a través del tiempo como un proyecto en la vida del hombre.

El objetivo de toda la Educación en Salud es garantizar la excelencia y la calidad académica.

Art. 27.- Los miembros del Equipo de Salud que actúen en cualquier nivel de la Educación (primario, secundario, terciario y postgrado) deben hacerlo como Agentes de Salud privilegiando lo general sobre lo particular y enseñando a la población acerca de su propia responsabilidad personal y solidaria.

Art. 28.- El carácter moral básico de los estudiantes se encuentra ya formado en el momento que ellos ingresan a la Escuela/Facultad de Ciencias Médicas, por ello es que el estudio de las Ciencias Médicas no puede hacerse desligado del contexto estructural de la cultura de cada pueblo, costumbres y creencias, y de la organización social y política. No basta con que el miembro del Equipo de Salud las conozca, sino es su deber contribuir a cambiarlas cuando se constituyen en factores que lesionen los intereses del individuo y de la comunidad.

Art. 29.- A los Educadores (públicos, privados) sus Instituciones responsables les deben proveer de las herramientas instrumentales e intelectuales para obtener de sus educandos la capacidad de interaccionar con sus semejantes, a fin de proporcionarles el carácter moral en el ejercicio de las mejores expresiones conductivas.

Art. 30.- No hay un sistema específico a través del cual pueda aprenderse la ética. Lo más razonable parece ser iniciar la introducción de conceptos filosóficos y éticos en los años pre-clínicos y supervisar en los años clínicos su aplicación como contenidos y capacidad de interacción humanas.

Art. 31.- El currículum básico de pregrado debe ocuparse de los problemas que el médico encontrará con mayor frecuencia en su práctica habitual.

Art. 32.- El equipo de educadores en Ciencias de la Salud debe estar integrado en forma interdisciplinaria por profesionales con amplia experiencia tanto en medicina práctica como en cuestiones éticas. Para estos aspectos es útil la participación, entre otros, de abogados, psicólogos, filósofos y representantes de las distintas religiones reconocidas. Todos ellos deben conformar un equipo de consulta al cual se pueda acceder en forma permanente.

Art. 33.- Seguramente que los temas que se abordarán tendrán directa relación con los considerados en este Código, así como con otros que aparecerán en el futuro derivados de dos circunstancias, a saber:

Inc. a) En ciertas épocas la ley puede no coincidir con aquello que la profesión considera éticamente correcto.

Inc. b) Los continuos cambios que resultan del progreso del conocimiento científico y del desarrollo tecnológico requerirán nuevas conceptualizaciones éticas.

Art. 34.- Si la Escuela/Facultad de Medicina cuenta entre sus objetivos aquellos que conducen a la formación de un miembro del Equipo de Salud, ÉTICO, RACIONAL, EFICIENTE, CRÍTICO Y SOLIDARIO, deben tratar por todos los medios posibles (Responsabilidad Ética Institucional) de cerrar la distancia que habitualmente media entre “lo que debe ser” y “lo que realmente es”, porque si bien es cierto que la ética médica se asienta sobre los principios morales de la sociedad, la naturaleza de las decisiones e interacciones médico-paciente configuran situaciones éticas especiales que no ocurren en otras profesiones.

Art. 35.- La Escuela/Facultad debe evaluar el resultado de los conocimientos éticos de sus alumnos en forma periódica, determinando sus objetivos, las metodologías utilizadas y la medida efectiva de esta actividad, en general y en particular, para enfrentar los problemas éticos más frecuentes de la práctica médica.

Art. 36.- La formación en los distintos niveles de Educación en Salud, independientemente que se dediquen a lo asistencial o a la investigación básica, debe ser complementada con los factores del medio social en el que van a desenvolverse, por lo que en los planes educativos –curriculares o no– deben ofrecerse conocimientos especiales en el campo de la bioética, bioestadística, medicina basada en la evidencia, de la responsabilidad legal, de la economía y administración de recursos en salud, de los aspectos sociales vinculados, y de otros de similar importancia.

Art. 37.- Las entidades formadoras de Recursos Humanos en Salud, públicas y privadas, deben garantizar la formación práctica de excelencia de sus alumnos sean de pre o

postgrado respetando siempre al paciente, como entre otras, la relación paciente-alumno.

Art. 38.- Para obtener un nivel adecuado formativo que permita ofrecer la mejor calidad de atención médica de todos sus actos los miembros del Equipo de Salud deberán mantener una capacitación continua que les permita estar actualizados de los cambios científicos/ tecnológicos que se producen en todas las áreas de su competencia.

Art. 39.- Un miembro del Equipo de Salud Especialista es quien se ha consagrado particularmente a una de las ramas de las Ciencias Médicas, habiendo completado estudios reconocidos en facultades, hospitales u otras instituciones que están en condiciones de Certificar dicha formación con toda seriedad, ya sean del país o del extranjero garantizando la calidad de la Atención de la Salud ante la población.

Art. 40.- El hecho de titularse Especialista de una rama determinada de la Medicina significa para el profesional el severo compromiso, consigo mismo y para con sus colegas, de centrar su actividad en la especialidad elegida.

Art. 41.- Si bien no es una falta ética, es conveniente que los miembros del Equipo de Salud se presenten voluntaria y periódicamente para la evaluación de conocimientos ante sus pares (Recertificación Asistencial) luego de haber cumplido cinco años como mínimo en el ejercicio profesional como Especialista Certificado demostrando responsabilidad técnica y legal en la profesión, para garantizar la Calidad de la Atención de la Salud ante la población.

Art. 42.- No es ético enfocar la Educación en Salud como una actividad comercial, sin que ello quite legitimidad a la remuneración honorable de la actividad docente. Es parte de la esencia vocacional del miembro del Equipo de Salud brindar sus conocimientos a sus pares y a la comunidad.

Art. 43.- Las Instituciones dedicadas a la Educación en Salud no deberían ser utilizadas para las luchas políticas partidarias ni gremiales.

Art. 44.- Es función del área de Salud del Estado ayudar a definir el número mínimo de profesionales de la Salud que necesita el país, distribuidos por regiones y especialidades. Las áreas de Educación y Salud del Estado deben controlar los niveles de excelencia en la formación de dichos recursos humanos.

Art. 45.- Frente a los tratados internacionales vigentes debe defenderse la nivelación curricular de las distintas universidades –tanto de pre como de postgrado– que garanticen una buena Atención de la Salud de la población.

LIBRO II

DEL EJERCICIO PROFESIONAL

CAPÍTULO 4

DE LOS DERECHOS Y DEBERES DEL EQUIPO DE SALUD

Art. 46.- La medicina es una ciencia y profesión al servicio de la salud del ser humano y de la comunidad. Debe ser ejercida sin discriminación de ninguna naturaleza.

Art. 47.- El miembro del Equipo de Salud debe conocer la estructura de su propio sistema de valores y de la forma en que sus juicios personales influyen en las decisiones relacionadas con lo bueno o malo. El proceso por el cual llega a las decisiones éticas y las implementa debe ser sistemático, consistente con la lógica.

Art. 48.- El Equipo de Salud debe disponer de libertad en el ejercicio profesional y de las condiciones técnicas que le permitan actuar con independencia y garantía de calidad. Ninguna circunstancia que no se base en un estricto criterio científico podrá poner limitaciones al ejercicio de la libertad profesional.

Art. 49.- Los miembros del Equipo de Salud deben limitar sus funciones e incumbencias a sus respectivos títulos o certificados habilitantes. La Atención de la Salud debe ser calificada por una planificación basada en principios científicos.

Art. 50.- El Equipo de Salud no puede delegar en personal no habilitado facultades, funciones o atribuciones privativas de su profesión o actividad.

Art. 51.- La Medicina no puede, en ninguna circunstancia ni de ninguna forma, ser ejercida como Comercio y el trabajo médico no deberá ser explotado por terceros con fines de lucro o políticos.

Art. 52.- El Equipo de Salud debe ajustar su conducta a las reglas de circunspección, de probidad y del honor en el ejercicio de su profesión, así como en los demás actos de la vida. La pureza de costumbres y los hábitos de templanza son asimismo indispensables para ejercer acertadamente su profesión.

Art. 53.- El Equipo de Salud está obligado a procurar la mayor eficacia en su desempeño asegurando el mejor nivel en la Calidad de la Atención, por lo cual deberá mantener una adecuada actualización de sus conocimientos de acuerdo a los progresos de la ciencia.

Art. 54.- Si el miembro del Equipo de Salud tiene otro medio de vida que le absorbe su tiempo en desmedro del estudio y mejoramiento profesional que debe a sus enfermos, debe elegir entre ambos.

Art. 55.- Cuando algún examen o tratamiento exceda la capacidad del miembro del Equipo de Salud actuante, debe dar intervención al colega que posea la necesaria habilidad frente

a la emergencia y urgencia, aunque en ausencia de otro profesional más capacitado deberá igualmente asumir la responsabilidad de la atención.

Art. 56.- No se debe admitir en cualquier acto médico a personas extrañas a la Medicina, salvo solicitud expresa del enfermo, de la familia o del representante legal, y en sólo carácter de testigo.

Art. 57.- Debe respetar las creencias religiosas del enfermo no oponiéndose a sus prácticas, salvo que el precepto religioso signifique un atentado contra la salud que está obligado a proteger. En este caso lo hará saber al enfermo y se negará a continuar con su atención si el mismo persiste en su posición.

Art. 58.- El Equipo de Salud tiene el deber de combatir el charlatanismo y el curanderismo, cualquiera sea su forma, recurriendo para ello a todos los medios legales que disponen, siendo oportuno la intervención de las organizaciones científicas, de las entidades gremiales y de la justicia.

Art. 59.- *Los miembros del Equipo de Salud utilizarán o prescribirán productos de índole variada, con calidad garantizada y probada, así como cumpliendo con las normas de la Ley de medicamentos (25.649), especialmente en lo que se refiere a la inclusión del nombre genérico.*

Art. 60.- *Siendo la indicación de medicamentos parte de la consulta, los miembros del Equipo de Salud deben defender la libertad de prescripción, dado que como "acto médico" asumen la responsabilidad ética y legal de los resultados de dicha actividad, aunque respetando la posibilidad de cambio de marca por decisión del paciente, quien deberá cumplir con la información al médico responsable de la prescripción.*

Art. 61.- El Equipo de Salud tiene el deber de colaborar con la administración pública en el cumplimiento de las disposiciones legales que se relacionen con su profesión, en forma personal o a través de las organizaciones científicas o gremiales.

Art. 62.- La responsabilidad profesional legal de un miembro del Equipo de Salud se da en los siguientes casos:

Inc. a) Cuando comete un delito contra el derecho común.

Inc. b) Cuando por negligencia, impericia, imprudencia o abandono inexcusable causa algún daño.

Art. 63.- La obligación del Equipo de Salud de atender un llamado en el ejercicio de su profesión se limita a los siguientes casos:

Inc. a) Cuando es otro miembro del Equipo de Salud quien requiere su colaboración profesional.

Inc. b) Cuando no haya otro colega en la localidad en la cual ejerce la profesión.

Inc. c) En los casos de suma urgencia o de peligro inmediato para la vida del enfermo.

Art. 64.- El Equipo de Salud deberá informar al enfermo o a sus responsables, según lo que a su criterio corresponda, cuando la gravedad de la enfermedad hiciera temer un desenlace fatal o se esperaran complicaciones capaces de ocasionarlo. Cuando la circunstancia lo aconseje debe hacer firmar el libre Consentimiento Informado (Ley 26.529/2009, Cap III) al paciente o a la familia o al responsable legal, antes de efectuar alguna maniobra diagnóstica o terapéutica que presuponga riesgos para el paciente.

Art. 65.- El Equipo de Salud tiene derecho a una remuneración digna y justa por su labor profesional.

Art. 66.- Los miembros del Equipo de Salud tienen el derecho de recibir un trato digno por parte de los pacientes, familias y las instituciones donde trabajan.

Art. 67.- Los miembros del Equipo de Salud son responsables de los riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos, de imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica médica, al prescribir o efectuar procedimientos o tratamientos que no estén avalados científicamente.

Art. 68.- En caso de que no se cumplieran las condiciones estipuladas en los artículos del presente capítulo, el Equipo de Salud podrá, individualmente o por intermedio de las instituciones científicas y/o profesionales, efectuar el reclamo respectivo ante quien corresponda, tanto en el ámbito público como en el privado, así como comunicar el hecho a sus pacientes y a la comunidad si así lo juzgare conveniente.

Art. 69.- El consultorio de los miembros del Equipo de Salud es un terreno neutral donde los mismos tendrán derecho a atender a todos los enfermos que lo requieran, cualesquiera sean los profesionales que los hayan asistido con anterioridad y las circunstancias que hayan precedido a la consulta.

Art. 70.- Los miembros del Equipo de Salud tienen el derecho de ejercer la libre elección de sus pacientes, los cuales estarán limitados por los casos señalados en el presente Código.

Art. 71.- En caso de enfermos en asistencia, los miembros del Equipo de Salud tienen el derecho de abandonar dicha atención o de transferirla a otro colega cuando mediaran las siguientes circunstancias:

Inc. a) Si a juicio profesional no se ha establecido una adecuada relación Equipo de Salud - Paciente, lo cual redundaría en un impedimento o perjuicio para una adecuada atención.

Inc. b) Si el enfermo, en uso de su juicio y voluntad, no cumple las indicaciones prescriptas o en ausencia de dichas condiciones, sus allegados responsables no colaboraran a dicho cumplimiento.

Inc. c) Si se entera de que el enfermo es atendido subrepticamente por otro profesional.

Art. 72.- Los miembros del Equipo de Salud tienen derecho de propiedad intelectual sobre los trabajos científicos que elaboren con base de sus conocimientos, así como sobre cualquier otra documentación que refleje su pensamiento o criterio científico.

Art. 73.- La enumeración no taxativa de derechos y deberes contenida en los distintos capítulos de este Código no afecta en lo más mínimo los derechos de los miembros del Equipo de Salud inherentes a su condición de persona humana, de profesional universitario y de trabajador, tanto de carácter individual como colectivo, reconocidos, establecidos o garantizados por reglas de Derecho.

CAPÍTULO 5

DE LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES

Art. 74.- Toda persona sana tiene la obligación moral y social de cuidar su salud.

Art. 75.- Toda persona en situación de enfermedad tiene derecho a que se respete su dignidad como tal y a recibir la mejor atención de los miembros del Equipo de Salud y de las Instituciones a las que asiste para que su bienestar sea posible, tanto en lo psicofísico como en lo socio-cultural.

Art. 76.- Toda la asistencia en salud debe basarse en la libre elección del profesional por parte del enfermo, ya sea en el ejercicio privado; en la atención por entidades de cualquier índole o por el Estado.

Art. 77.- El paciente tiene derecho a que se le brinde la información que permita obtener su consentimiento comprensivo del diagnóstico, pronóstico, terapéutica y cuidados preventivos primarios o secundarios correspondientes a su estado de salud. Deberá firmar él, la familia o su representante un libre "Consentimiento Informado" cuando los facultativos lo consideren necesario.

Art. 78.- *El paciente tiene derecho a que se guarde secreto sobre su estado de salud en relación a terceros y en forma especial en relación a los Datos Sensibles (raza y etnia, opiniones políticas, religiosas, filosóficas o morales, salud en general o vida sexual; Ley 25.326/2000, Art 2).*

Art. 79.- Todo paciente tiene derecho a recibir apoyo emocional y a solicitar ayuda espiritual o religiosa de personas de su elección.

Art. 80.- El paciente tiene derecho a:

Inc. a) Ser cuidado por personas capaces de ayudarlo a mantener un sentimiento de esperanza y confianza en momentos críticos.

Inc. b) Mantener sus individualidades y la capacidad de decisiones personales que de este hecho deriven, así como a que se acepte a la o a las personas que pudiese designar cuando la capacidad intelectual de sus decisiones se viera comprometida.

Inc. c) Recibir ayuda terapéutica que alivie sus padecimientos.

Inc. d) Ser escuchado en sus conceptos y emociones sobre la forma de enfocar su muerte.

Inc. e) No morir solo, sino acompañado por personas de su afecto.

Inc. f) Que se respete la dignidad de su cuerpo una vez fallecido.

Art. 81.- Cuando el paciente desee hacer uso de su derecho a una segunda opinión, tiene el deber de notificar este hecho al profesional que lo trató hasta ese momento así como

deberá aceptar que éste notifique su retiro ante esa circunstancia, si ello corresponde.

Art. 82.- *El paciente tiene el deber moral de reconocer sus responsabilidades por el incumplimiento de las indicaciones profesionales, en el caso en que su salud empeore o surjan circunstancias graves en el curso de la misma. Cuando el paciente no cumpla con las indicaciones prescriptas para su salud, el profesional deberá asentar este hecho en la historia clínica en forma explícita.*

Art. 83.- El paciente debe ser custodio responsable para evitar la propagación de su enfermedad, si este riesgo es posible.

Art. 84.- El paciente debe actuar comprensivamente en relación a las honestas objeciones de conciencia del terapeuta responsable.

CAPÍTULO 6

DE LA RELACIÓN EQUIPO DE SALUD – PACIENTE (Familia)

Art. 85.- La relación Equipo de Salud - Paciente se establece cada vez que un profesional de la Salud acepta la petición de otro miembro de la sociedad que acude en búsqueda de su opinión, consejo y un posible tratamiento.

Art. 86.- El objetivo fundamental de la tarea del Equipo de Salud es la prevención, preservación, protección y recuperación de la salud de las personas, ya sea como individuos o como miembros de la sociedad, manteniendo el respeto a la dignidad personal de aquellos que a él recurren.

Art. 87.- Debe entenderse como Médico de Familia o del Enfermo a aquel a quien en general o habitualmente consultan los nombrados y depositan su confianza profesional y humana. Como Médico de Cabecera se entiende a aquel que asiste al paciente en su dolencia actual.

Art. 88.- La base de la relación humana fundamental en el ejercicio de la profesión médica es la fórmula dual Médico - Paciente (Equipo de Salud - Paciente) y la primera lealtad de aquél debe ser hacia la persona a quien se asiste, anteponiendo sus necesidades específicas a toda otra conveniencia.

Art. 89.- Los miembros del Equipo de Salud deben establecer con su paciente una relación de lealtad, decoro, respeto, comprensión y tolerancia, debiendo conducir el interrogatorio, el examen clínico y las indicaciones diagnósticas y terapéuticas, dentro de las más estrictas consideraciones morales de la dignidad humana, sin discriminación por causa alguna.

Art. 90.- Los miembros del Equipo de Salud deben dedicar a su paciente el tiempo necesario para evaluar su dolencia, examinarlo, indicar las etapas diagnósticas y explicarle todo lo que sea pertinente.

Art. 91.- Constituye grave falta ética la atención apresurada, la ausencia de examen clínico, así como de las explicaciones que den respuesta a la inquietud del enfermo o sus familiares. La invocación de falta de tiempo por el número de pacientes que se debe asistir o la remuneración que se obtiene por cada uno de ellos, no constituye causal que lo exima de su deber ético.

Art. 92.- Dentro de las normas que rigen la relación Médico - Paciente, son de primordial categoría el respeto al secreto profesional, la confidencialidad y el libre consentimiento informado en forma personal o a través de responsables, cuando la situación así lo exija.

Art. 93.- Los miembros del Equipo de Salud, aún aquellos con las más altas calificaciones de prestigio profesional y académico, deben evitar actitudes de condescendiente

omnipotencia y paternalismo con los enfermos o sus familiares. Una disposición positiva para analizar en forma conjunta los problemas permitirá alcanzar acuerdos satisfactorios sobre los cuidados que se deben proporcionar en relación a la salud del paciente, así como la responsabilidad de éste en lo que hace al cumplimiento de las indicaciones.

Art. 94.- Los miembros del Equipo de Salud deben extremar la prudencia para dar una opinión en situaciones críticas, tales como:

- Inc. a) Enfermedad grave o desenlace fatal inminente.
- Inc. b) Incurabilidad.
- Inc. c) Invalidez psicofísica progresiva e irreversible.

Art. 95.- Las siguientes circunstancias de la actividad médica exigen autorización o Consentimiento Informado del paciente o persona responsable del mismo:

- Inc. a) Procedimientos, diagnósticos o terapéuticos que impliquen un riesgo para la salud.
- Inc. b) Terapéutica convulsionante.
- Inc. c) Amputación, castración u otra operación mutilante.
- Inc. d) Intervenciones a menores de edad.

En cualquier caso dudoso, es aconsejable una autorización por escrito, así como la constancia detallada en un protocolo médico o quirúrgico especial que debe formar parte de la Historia Clínica correspondiente.

Art. 96.- Los miembros del Equipo de Salud no confiarán sus enfermos para la aplicación de procedimientos de diagnósticos y/o terapéuticos que no hayan sido sometidos previamente al control de las autoridades científicas reconocidas bajo el régimen de la Investigación Clínica (Libro III, Capítulo 23).

Art. 97.- Las visitas sociales, de amistad o de parentesco de un miembro del Equipo de Salud a un paciente atendido por otro profesional deben abstenerse de toda pregunta médica referida a la enfermedad u observaciones sobre la conducta del otro profesional. En ningún momento debe existir interés personal en el caso o intención de control.

Art. 98.- El enfermo tiene derecho a:

- Inc. a) La libre elección del profesional en Salud para la atención de su enfermedad y la consulta con otro en busca de una segunda opinión, sin que ello perjudique la continuidad ni la calidad de su asistencia.
- Inc. b) A no ser abandonado arbitrariamente por un profesional de la Salud que lo atiende. Éste puede dejar la asistencia si el enfermo ha perdido su confianza. Tal situación debe ser analizada entre ambos para decidir un reemplazante que acepte hacerse cargo del enfermo. El profesional que se retira deberá actuar leal y respetuosamente con el colega propuesto, cualquiera sea la opinión que éste le merezca.

Inc. c) Que toda persona que maneje su documentación clínica o pueda acceder a la misma guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario, proveniente de autoridad judicial competente o autorizada por el propio paciente.

Art. 99.- Los miembros del Equipo de Salud tienen el deber ético de asistir a las personas en situación de emergencia cuando no haya a disposición inmediata un sistema de atención de urgencia más apto que él mismo y en tales situaciones podrá no contar con la voluntad del enfermo o sus allegados. En estos casos la atención será por decisión propia o cuando sea identificado y solicitada su intervención urgente, la que no podrá ser denegada, ni aún si existe riesgo de contagio o peligro de su integridad física.

Art. 100.- Constituye grave falta ética la aplicación de procedimientos que requieren de la decisión personal del enfermo, sin que ésta haya sido recabada tanto sean diagnósticas o terapéuticas y especialmente en instancias relacionadas con el comienzo y la finalización de la vida.

CAPÍTULO 7

DEL SECRETO PROFESIONAL

Art. 101.- *Vista la Ley 25.326/2000 (habeas data), sus prescripciones deberán ser tenidas en cuenta, especialmente en la protección de Datos Sensibles y oportunamente se incorporarán normas de conducta específicas dentro del presente Código.*

Art. 102.- El secreto profesional es un deber ético que en el miembro del Equipo de Salud nace de la esencia misma de su profesión y se relaciona con el respeto a la libertad del paciente. El interés público, la seguridad de los enfermos, la honra de las familias, la respetabilidad del profesional y la dignidad de la Medicina exigen el secreto.

Art. 103.- Es tal su importancia que configura una obligación, cuya violación sin causa justa está calificada como delito en el Código Penal. No es necesario publicar el hecho para que exista revelación. Alcanza con la confidencia a una persona aislada.

Art. 104.- El Equipo de Salud tiene el deber y el derecho de guardar secreto sobre todo aquello que el paciente le haya confiado, lo que haya visto, haya deducido y toda la documentación producida en su ejercicio profesional. Deberá ser lo suficientemente discreto como para que nada pueda ser descubierto tanto directa como indirectamente.

Art. 105.- En los casos de embarazo o parto de una soltera menor, el médico debe guardar silencio. La mejor norma puede ser aconsejar que la misma interesada comunique sobre su situación a personas mayores de su familia.

Art. 106.- El secreto profesional obliga a todo el Equipo de Salud que concurre en la atención del enfermo. La muerte del enfermo no exime a los miembros del Equipo de Salud del deber del secreto.

Art. 107.- El profesional sólo debe suministrar informes respecto al diagnóstico, tratamiento o pronóstico de un paciente a él mismo o a sus allegados más inmediatos. Solamente procederá en otra forma con la autorización expresa del paciente o de sus allegados más inmediatos si aquél no estuviese en condiciones de decidir en forma autónoma.

Art.- 108.- Cuando ocurren situaciones de carácter institucional que representan una imprescindible necesidad, y por expreso pedido de la autoridad profesional competente, el miembro del Equipo de Salud tratante podrá revelar información de su paciente al colega que la solicita, preferentemente en forma personal o por escrito bajo sobre cerrado.

Art. 109.- *Los cambios en la organización de la medicina asistencial y las exigencias gremiales-sindicales no pueden configurar excusas para revelar diagnósticos y certificaciones que violan generalmente el secreto profesional. Sin embargo, los requerimientos para justificar especialmente licencias por enfermedad harían necesaria la redacción de una normativa legal por parte de la autoridad competente.*

Art. 110.- El miembro del Equipo de Salud, jefe del equipo o del centro o servicio sanitario, es responsable de establecer los controles necesarios para que no se vulnere la intimidad y confidencialidad de los pacientes que estén acogidos en él.

Art. 111.- Cuando un miembro del Equipo de Salud se vea obligado a reclamar judicialmente sus honorarios se limitará a señalar las prestaciones realizadas, siendo circunspecto en la información del diagnóstico y naturaleza de las afecciones reservándose para exponer detalles ante los peritos profesionales designados.

Art. 112.- Si el miembro del Equipo de Salud considera que la notificación del diagnóstico en un certificado perjudica al interesado, debe notificárselo y aceptar su decisión al respecto.

Art. 113.- El alcoholismo, otras toxicomanías y las enfermedades de transmisión sexual, por considerarse enfermedades de carácter social, obligan a los miembros del Equipo de Salud a defender a sus pacientes a través del secreto profesional, siempre que ello no represente un perjuicio real y demostrable para el paciente, para una tercera persona o para la comunidad.

Art. 114.- Constituye violación de normas del secreto médico, hacer referencia a casos clínicos identificables, exhibir fotografías de sus pacientes en anuncios profesionales o en la divulgación de asuntos médicos en programas de radio, televisión, a través del cine o en artículos, entrevistas o reportajes en diarios, revistas o cualquier otro medio de difusión de carácter no médico.

Art. 115.- Cuando la información sobre la salud del paciente debe ser notificada a sus familiares, la prudencia y la responsabilidad ética del miembro del Equipo de Salud, en relación al secreto profesional, son de particular importancia.

Art. 116.- El Médico y los otros miembros del Equipo de Salud quedan relevados de guardar el secreto profesional en alguna de las siguientes circunstancias:

Inc. a) Cuando actúan de peritos de una compañía de seguros. Sus informes deben encuadrarse en las normas del secreto profesional remitiéndolos en sobre cerrado al profesional responsable de la compañía, quien a su vez tiene las mismas obligaciones del secreto profesional.

Inc. b) Cuando han sido comisionados por autoridad competente para reconocer el estado físico o mental de una persona.

Inc. c) Cuando deben realizar pericias o autopsias de carácter médico-legal en el fuero que se trate o cuando sea necesaria su intervención para evitar un error judicial.

Inc. d) Cuando actúan como funcionarios de sanidad o cuando deben aclarar enfermedades infecto-contagiosas.

Inc. e) Cuando el médico expida el certificado de defunción.

Inc. f) En su propia defensa ante demanda de daño culposo en el ejercicio de su profesión o cuando debe actuar como testigo ante tribunal judicial.

Inc. g) Cuando denuncie delitos que conoce a través del ejercicio de su profesión, de acuerdo a lo dispuesto por el Código Penal, con excepción de los delitos de instancia privada mencionados en el articulado de dicho Código.

CAPÍTULO 8

DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Art. 117.- A pesar de las dificultades para hallar una definición universalmente aceptada, el concepto de Calidad de la Atención en Salud está vinculado a la satisfacción de las necesidades y exigencias del paciente individual, de su entorno familiar y de la sociedad como una totalidad. Se basa en la organización de un cambio cuyo objetivo es lograr niveles de excelencia en las prestaciones eliminando errores y mejorando el rendimiento de las instituciones.

Art. 118.- La Organización Mundial de la Salud define como requisitos necesarios para alcanzar la Calidad en Salud a los siguientes factores: un alto nivel de excelencia profesional, un uso eficiente de los recursos, un mínimo riesgo para el paciente, un alto grado de satisfacción del paciente, y la valoración del impacto final en la Salud.

Art. 119.- La calidad en Salud debe entenderse englobando tres dimensiones: a) humana; b) científico-técnica, y c) económico-financiera.

Art. 120.- Los nuevos Modelos de Atención deben estar avalados por el razonamiento científico y ético-social.

Art. 121.- Los miembros del Equipo de Salud deben participar de las Políticas de Calidad tanto definiendo los objetivos generales como de su planificación y estrategia para lograrla, de la organización e implementación de los programas, y de controlar los resultados con vista a su permanente mejora.

Art. 122.- Los miembros del Equipo de Salud deben comprometerse en la Gestión de Calidad, desarrollada en base al principio enunciado por la OMS sobre el derecho de cada ser humano para lograr “el más alto nivel de salud que sea posible alcanzar”, principio que debe incluirse en las leyes de cada país como responsabilidad legal y ética del Estado y de las organizaciones de salud.

Art. 123.- Los miembros del Equipo de Salud deben realizar acciones específicas para aplicar Controles de Calidad que sean universalmente aceptados, así como las técnicas y actividades de carácter operativo utilizadas en la verificación de los requisitos relativos a determinar si la calidad de producción corresponde a la calidad del diseño. Estas acciones deben permitir medir la Calidad Real, compararla con las Normas (Manual de Calidad) y actuar sobre las diferencias.

Art. 124.- La evaluación de la Calidad Asistencial será responsabilidad de los distintos miembros del Equipo de Salud, a saber:

Inc. a) Los prestadores, considerados en conjunto.

Inc. b) Los usuarios.

Inc. c) Los administradores de la Salud (Pública, Obras Sociales, Privada, y otros).

Art. 125.- Los miembros del Equipo de Salud deben propender a obtener Sistemas de Aseguramiento de Garantía de Calidad a través de un conjunto de acciones planificadas y sistematizadas, necesarias para infundir la confianza que un bien o servicio va a cumplir con los requisitos de calidad exigidos e incluye el conjunto de actividades dirigidas a asegurar que la calidad producida satisface las necesidades del usuario.

Art. 126.- Los prestadores, como conjunto, deben poseer los mayores atributos de responsabilidad y conducta ética, en el sentido de la búsqueda constante de equidad, efectividad, eficiencia y adecuación en la aplicación de conocimientos actualizados con la tecnología apropiada.

Art. 127.- El concepto de satisfacción debe evaluarse tanto para el usuario como para las condiciones de trabajo profesional.

Art. 128.- Los administradores de la Salud, como integrantes del Equipo de Salud, deben aceptar y actuar bajo este Código, previendo y facilitando todos los medios para alcanzar la Calidad de la Atención. Son tan responsables como los prestadores directos de una buena práctica en Salud.

CAPÍTULO 9

DE LA MEDICINA EN EQUIPO

Art. 129.- El objetivo fundamental que debe cumplir un Equipo de Atención Médica es lograr que un conjunto de personas, trabajando armoniosamente, pueda brindar una atención de excelencia a los pacientes que se encuentren bajo su cuidado, tratando de lograr la curación del enfermo o el alivio a su dolencia.

Art. 130.- Los integrantes del Equipo deben tener conciencia de que en todo momento deberán decidir con relación a dos componentes –el científico y el ético–, elementos básicos de su formación como seres humanos.

Art. 131.- El Equipo necesitará imprescindiblemente un período y proceso de entrenamiento, no sólo en estrategias y procedimientos científico-técnicos, sino muy especialmente en coincidencias sobre valores morales y conductas éticas.

Art. 132.- El acto médico puede ser realizado o no realizado (abandono). El realizado, a su vez puede ser: a) aceptado o b) no aceptado. Este último puede configurar modalidades de imprudencia, impericia o negligencia en cuanto al funcionamiento de un equipo. Debido a estas circunstancias es necesario el control de la capacidad técnica y de los valores morales, especialmente en los componentes esenciales de la acción médica:

- Inc. a) La relación médico-paciente.
- Inc. b) El aprendizaje.
- Inc. c) La investigación.
- Inc. d) La actividad médica específica.

Art. 133.- El jefe o conductor del equipo tiene además responsabilidades propias:

- Inc. a) Conducta ética con aquellos a quien dirige.
- Inc. b) Reconocimiento del carácter multidisciplinario de quienes lo componen.
- Inc. c) Relaciones institucionales.
- Inc. d) Controlar el medio socio-económico y legal, que puede variar desde el agradecimiento profundo hasta la hostilidad, el enojo y la agresión, tanto de opinión como de acción jurídica.

Art.-134.- Desde el ángulo legal se pueden plantear las siguientes responsabilidades:

- Inc. a) Directa: contra el equipo.
- Inc. b) Compartida: contra algunos de los miembros.
- Inc. c) Colectiva: cuando no se puede individualizar al responsable final de la acción médica.
- Inc. d) Solidaria: cuando involucra a personal auxiliar (enfermería,

instrumentadora, terapia física, hemoterapeuta y otros).

Inc. e) Concurrente cuando involucra tanto al médico como al paciente.

Art. 135.- Constituye grave falta ética la indiscreción del equipo como un todo o de alguno de sus miembros, dado que ello vulnera la confidencialidad y el secreto médico.

Art. 136.- El jefe del equipo y aún sus miembros son responsables de aceptar trabajar en un medio donde no existan las condiciones técnico-ambientales y de infraestructura, que permitan el correcto accionar de sus actividades específicas.

Art. 137.- La historia clínica completa es uno de los pilares fundamentales de la atención médica y en ella tienen responsabilidades varios componentes del equipo.

Art. 138.- El trabajo en equipo no exime a quien lo dirige o a quienes tengan funciones asignadas, de cumplir con el libre Consentimiento Informado, cuyas características en algunos procedimientos llegan más allá de la firma de un formulario preestablecido.

Art. 139.- El trabajo en equipo no impedirá que el paciente conozca cuál es el profesional que asume la responsabilidad de su atención, pero siempre el jefe del mismo seguirá compartiendo la responsabilidad ante el paciente y la ley.

CAPÍTULO 10

SEGUNDA OPINIÓN

Art. 140.- Se denomina Consulta Médica o Segunda Opinión a la resultante de una consulta a otro médico o a otro equipo de salud no responsable directo de la atención del paciente (aspecto legal y ético) para ratificar o modificar lo actuado.

Art. 141.- La Segunda Opinión es parte de la Atención en Salud. Puede ser referida a todo lo actuado o circunscribirse a algún punto determinado.

Art. 142.- Dadas las múltiples repercusiones que tiene este Acto Médico sobre los protagonistas, se requiere de las partes involucradas no sólo un conocimiento científico-técnico, sino un equilibrio apropiado de madurez y respeto solidario, visto que el prestigio de la Medicina está en juego cada vez que se produce un acto médico y ello es más crítico en el caso de la Segunda Opinión.

Art. 143.- Por el principio de beneficio o beneficencia surge la obligatoriedad del miembro del Equipo de Salud de considerar a la salud del paciente por encima de cualquier otra condición. Todo conflicto de intereses de cualquier índole entre los consultantes debe ser subordinado al interés primario que constituye la razón antedicha.

Art. 144.- Este tipo de consultas pueden originarse a pedido del enfermo y de acuerdo al principio de autonomía y a la regla de confidencialidad. Los familiares sólo podrán solicitar al médico tratante la consulta con otro profesional si contaren con la expresa autorización del paciente o bien en el caso de que éste no fuese competente. También puede proponerla el responsable primario frente a las siguientes situaciones:

Inc. a) Cuando resultara dificultoso arribar a un diagnóstico de certeza.

Inc. b) Cuando no se obtiene un resultado satisfactorio con el tratamiento instituido.

Inc. c) Cuando por la gravedad del pronóstico se necesita compartir la responsabilidad con otro u otros colegas.

Inc. d) Por aspectos legales, laborales, administrativos o de similar categoría.

Art. 145.- Cuando la promueve el enfermo o los familiares el médico de cabecera no debería oponerse a su realización aceptando al consultor propuesto, aunque le cabe el derecho de rechazarlo con justa causa. En caso de no llegar a un acuerdo, el médico de cabecera está facultado para proponer la designación de uno por cada parte y de no ser aceptada esta propuesta puede negarse a la consulta quedando dispensado de continuar la atención.

Art. 146.- Por el principio de autonomía (capacidad de autodecisión) el paciente debe ser partícipe en la responsabilidad de la toma de decisiones de su asistencia, siéndole

permitido asimismo el poder cambiar sus decisiones en los distintos momentos del proceso, debiendo señalársele con honestidad cuáles son los problemas que puedan surgir.

Art. 147.- La Segunda Opinión es un acto ético. Lo no ético suelen ser los procedimientos por los que se accede a ella. La mayor responsabilidad de fijar el encuadre ético corresponde tanto al consultante como al consultado.

Art. 148.- Durante las consultas el médico consultor observará honrada y escrupulosa actitud en lo que respecta a la reputación moral y científica del de cabecera, cuya conducta deberá justificar siempre que coincida con la verdad de los hechos o con los principios fundamentales de la ciencia. En todo caso, la obligación moral del consultor, cuando ello no involucre perjuicio para el paciente, es atenuar el error y abstenerse de juicios e insinuaciones capaces de afectar la confianza depositada en el médico de cabecera.

Art. 149.- El médico consultor no debe convertirse en médico de cabecera del mismo paciente durante la enfermedad para la cual fue consultado. Esta regla tiene las siguientes excepciones:

Inc. a) Cuando el médico de cabecera cede voluntariamente la dirección del tratamiento.

Inc. b) Cuando la naturaleza de la afección hace que sea el especialista quien debe encargarse de la atención.

Inc. c) Cuando así lo decida el enfermo o sus familiares y lo expresen en presencia de los participantes de la consulta o junta médica.

Art. 150.- La Segunda Opinión a espaldas del médico de cabecera configura una grave falta ética, salvo en ausencia, imposibilidad o negativa reiterada de hacerlo por el médico de cabecera. Todas estas circunstancias autorizan a concurrir al llamado, y, si ellas se prolongan, a continuar en la atención del paciente. Deben comprobarse y, de ser posible, documentarse en forma fehaciente, haciéndolas conocer al médico de cabecera.

Art. 151.- Si de la consulta realizada con un Especialista se desprende que la enfermedad está encuadrada dentro de la especialidad del consultante, es honorable que el médico de cabecera ceda a éste la dirección del tratamiento. De no tratarse de una complicación y que sólo sea una alternativa del cuadro clínico, la dirección del tratamiento continúa correspondiendo al médico de cabecera y el especialista debe concretarse a ofrecer los conocimientos que aporten a la situación suspendiendo su intervención tan pronto como cese la necesidad de sus servicios, actuando de común acuerdo.

Art. 152.- En caso de intervención quirúrgica es al cirujano especialista a quien corresponde fijar la oportunidad, lugar de su ejecución y la elección de sus ayudantes, pudiendo solicitar al médico de cabecera su participación en el acto quirúrgico.

Art. 153.- Cuando el miembro del Equipo de Salud tratante envía a sus pacientes al

consultorio de un especialista es de buena práctica ética comunicarse previamente con él por los medios que correspondan. Una vez realizado el examen, éste le deberá comunicar su resultado. La conducta a seguir desde este momento por ambos colegas es la indicada en los artículos precedentes. Esta clase de visitas está comprendida entre las extraordinarias.

Art. 154.- Es aconsejable, sin ser obligatorio, que el especialista que reciba en su consultorio a un enfermo que concurre espontáneamente le comunique al médico de cabecera el resultado del examen, salvo expresa negativa del paciente.

Art. 155.- Los médicos tienen la obligación de concurrir a las consultas con puntualidad. Si después de una espera prudencial, no mayor de 15 (quince) minutos, el médico de cabecera no concurre ni solicita otra corta espera, el o los médicos consultantes están autorizados a examinar al paciente, previos procedimientos del consentimiento informado.

Art. 156.- Reunida la consulta o junta, el médico de cabecera efectuará la relación del caso sin omitir ningún detalle de interés y dará a conocer el resultado de los elementos de diagnóstico empleados. Acto continuo los consultores revisarán al enfermo. Reunida de nuevo la junta, los consultores emitirán su opinión, comenzando por el de menor edad y terminando por el de cabecera, quien en este momento dará su opinión verbal o escrita. Corresponde a este último resumir las opiniones de sus colegas y formular las conclusiones que se someterán a la decisión de la junta. El resultado final de estas deliberaciones lo comunicará el médico de cabecera al enfermo o a sus familiares delante de los colegas, pudiendo ceder a cualquiera de ellos esta misión.

Art. 157.- Si los médicos consultantes no están de acuerdo con el de cabecera, el deber de éste es comunicárselo al enfermo o a sus familiares para que decidan quién continuará con la asistencia.

Art. 158.- El médico de cabecera está autorizado para levantar y conservar un acta con las opiniones emitidas que con él firmarán todos los consultores, toda vez que por razones relacionadas con las decisiones de la junta crea necesario poner su responsabilidad a salvo de interpretaciones erróneas.

Art. 159.- En las consultas y juntas se tratará de evitar las disertaciones profundas sobre temas doctrinarios o especulativos y se concretará la discusión en resolver prácticamente el problema clínico presente.

Art. 160.- Las decisiones de las consultas y juntas pueden ser modificadas por el médico de cabecera, si así lo exige algún cambio en el curso de la enfermedad, pero todas las modificaciones, como las causas que las motivaron, deben ser expuestas y explicadas en las consultas siguientes, para el caso que ellas deban ocurrir.

Art. 161.- Las discusiones que tengan efecto en las juntas deben ser de carácter

confidencial. La responsabilidad es colectiva y no le está permitido a ninguno eximirse de ella por medio de juicios o censuras emitidos en otro ambiente que no sea el de la junta misma.

Art. 162.- A los médicos consultores les está éticamente prohibido volver a la casa del enfermo después de terminada la consulta, salvo en caso de urgencia o con autorización expresa del médico de cabecera y con anuencia del enfermo o de sus familiares, debiendo evitar hacer comentarios particulares sobre el caso.

Art. 163.- Cuando la familia no pueda abonar una consulta, el médico de cabecera podrá autorizar por escrito a un colega para que examine al enfermo en visita ordinaria. Éste está obligado a comunicarse con el de cabecera o enviarle su opinión escrita bajo sobre cerrado.

Art. 164.- Cuando un colega requiere informes o el mismo enfermo los solicita, éstos deben ser completos, sin omisión de ningún dato obtenido en el examen, acompañados de la copia de los estudios realizados. A su vez, el médico que los solicita debe confiar en el certificado o información suministrada por el colega, no obstante lo cual, en caso de seria duda, tiene derecho a obtener los originales, procediendo a su devolución inmediata una vez verificados.

Art. 165.- No se puede reemplazar a los médicos de cabecera sin antes haber cumplido con las reglas prescriptas en el presente Código.

Art. 166.- Garantiza una mejor Atención de la Salud tener prevista en los distintos sistemas de Atención la Segunda Opinión en las figuras del Consultor y/o de los Comités de Expertos.

Art. 167.- La revolución tecnológica de la informática ha desarrollado la Segunda Opinión a Distancia. Se tendrá en cuenta que el enfermo está ausente; y para que la Segunda Opinión sea útil debe prever el factor ético de la relación miembro del Equipo de Salud - Paciente y sus variables, así como los aspectos señalados en los Capítulos de Historia Clínica y Secreto Profesional.

CAPÍTULO 11

DE LA HISTORIA CLÍNICA

Art. 168.- *La Historia Clínica ha de ser un instrumento objetivo y comprensible por los terceros, y el directo responsable de la misma deberá tener en cuenta las diferencias que existen entre la Historia Clínica Electrónica y la Historia Clínica Digital de acuerdo con las prescripciones de la Ley 25.506 (Firma Digital).*

Art. 169.- La Historia Clínica es uno de los elementos más relevantes en la relación Equipo de Salud-Paciente. Adicionalmente es de suma importancia por tener carácter probatorio ante la ley y por razones económico-administrativas.

Art. 170.- Deberá ser redactada y firmada por el mismo médico que realizó la prestación. Deberá consignarse puntualmente cuando un colega reemplace a otro en algunas funciones.

Art. 171.- La Historia Clínica debe ser legible, no debe tener tachaduras, no se debe escribir sobre lo ya escrito, no debe ser borrada, no se debe dejar espacios en blanco y ante una equivocación debe escribirse ERROR y aclarar lo que sea necesario. No se debe añadir nada entre renglones.

Art. 172.- Las hojas de las Historias Clínicas deben ser foliadas y cada una de ellas debe tener el nombre del paciente, del miembro del Equipo de Salud y la fecha. Deberán destacarse los horarios de las prestaciones que se realicen y fundamentalmente un preciso detalle de las condiciones en que ingresa el paciente.

Art. 173.- En la Historia Clínica se deberá hacer una descripción exacta de todos los estudios y análisis que se vayan practicando, y en el supuesto que se arribare a un método invasivo, una descripción plena de todos los síntomas que aconsejaron practicarla. Debe ser contemporánea a las distintas prestaciones que se vayan realizando.

Art. 174.- Cuando se realicen interconsultas con otros profesionales, se debe registrar la opinión de las mismas y dejar constancia del día y hora en que fueron realizadas.

Art. 175.- Se deberá detallar en la Historia Clínica la información suministrada al paciente y/o familiares, como así también la respuesta que va teniendo el paciente frente al tratamiento, ya sea médico o quirúrgico.

Art. 176.- No deberán omitirse datos imprescindibles para mejor tratamiento, aunque los mismos puedan ser objeto de falsos pudores o socialmente criticables.

Art. 177.- Debe constar en la Historia Clínica el libre Consentimiento Informado firmado por el paciente, la familia o el responsable legal.

Art. 178.- La Historia Clínica completa y escrita en forma comprensible es una de las mayores responsabilidades del Equipo de Salud y su redacción defectuosa es un elemento agravante en los juicios de responsabilidad legal.

Art. 179.- La Historia Clínica contiene datos personales, y sobre éstos existe un derecho

personalísimo cuyo único titular es el paciente. La negativa a entregársela a su propio titular puede dar lugar al resarcimiento del daño causado.

Art. 180.- Lo que cabe para la Historia Clínica propiamente dicha es asimismo aplicable a su material complementario, tales como análisis clínicos, placas tomográficas, radiografías, etc. Todos estos documentos son inherentes a la salud, al cuerpo y a la intimidad del paciente, y en consecuencia, le son inalienables y sólo él puede dirigirlos y revelar su contenido.

Art. 181.- El médico y/o sanatorio son los custodios de la Historia Clínica, la desaparición de ésta o su falta de conservación, entorpecerá la acción de la justicia, al tiempo que le quita la posibilidad al médico tratante y al mismo sanatorio de una oportunidad invaluable de defensa en juicio. El custodio de la misma deberá responder por esta situación.

Art. 182.- Debe garantizarse por lo antedicho la preservación del secreto médico y la Historia Clínica no debe ser expuesta a quienes tengan otros intereses que no sean los puramente profesionales.

Art. 183.- Es ético respetar el mandato judicial que ordene su presentación para fines de investigación, en ataque o defensa jurídicos de la responsabilidad legal.

Art. 184.- No podrá utilizarse para fines espurios, de discriminación de cualquier índole o para exclusión de beneficios obligados por ley.

Art. 185.- En caso de computarización de la Historia Clínica, deberán implementarse sistemas de seguridad suficientes para asegurar la inalterabilidad de los datos y evitar el accionar de violadores de información reservada.

CAPÍTULO 12

DE LA RELACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE SALUD ENTRE SÍ

Art. 186.- El respeto mutuo entre todos los profesionales dedicados a la Atención de la Salud, la no intromisión en los límites de la especialidad ajena, salvo en situaciones de emergencia, y el evitar desplazarse por medios que no sean derivados de la competencia científica, constituyen las bases éticas que rigen las relaciones entre los miembros del Equipo de Salud.

Art. 187.- El Juramento Hipocrático señala la costumbre de asistir sin cobro de honorarios al colega, a su esposa, hijos y padres siempre que los mismos estén bajo su cargo y no se hallen amparados por ningún régimen de previsión. Esta costumbre ha dejado de ser en la actualidad una norma para muchos profesionales del Equipo de Salud, motivo por el cual quedará a la conciencia de cada uno cómo proceder. No parte del que recibe la atención la decisión de no abonarlos.

Art. 188.- En caso de cobertura social recuperable, el Equipo de Salud queda en libertad de cobrar honorarios, así como en el caso que el colega tenga un medio de subsistencia distinto del ejercicio de la medicina.

Art. 189.- En el juicio sucesorio de un miembro del Equipo de Salud sin herederos de primer grado, al Equipo de Salud que lo asistió le corresponden los honorarios.

Art. 190.- Todo miembro del Equipo de Salud tiene derecho a aceptar la consulta de un paciente, cualquiera fueren sus colegas que lo hayan asistido previamente y las circunstancias que se vinculen a la consulta. La forma de conducta que se adopte indica el grado de respeto a la ética entre colegas.

Art. 191.- Cuando un miembro del Equipo de Salud es llamado a asistir a un paciente que se encuentra bajo la atención de otro profesional, debe solicitar a la familia que notifique al colega y en caso que esta no lo hiciere, es éticamente correcto que él mismo lo haga.

Art. 192.- En caso de reemplazo temporario de un miembro del Equipo de Salud por otro colega, deben acordarse previamente las condiciones en que ocurrirá esa situación y el reemplazante debe actuar con el máximo de respeto hacia el colega y sus pacientes.

Art. 193.- Cuando un miembro del Equipo de Salud actúe en función administrativa, director, coordinador, auditor y otras funciones, debe recordar siempre que está tratando con un colega que merece todo su respeto y consideración porque el miembro del Equipo de Salud es siempre tal, en cualquier circunstancia que se trate, y la sociedad así lo reconoce y espera de él una conducta acorde con la ética propia de su profesión.

Art. 194.- Es éticamente incorrecto asumir el cargo o función de un colega que haya sido despedido por haber defendido derechos profesionales legítimos, reconocidos por la ley

o por el derecho del Equipo de Salud.

Art. 195.- Constituye grave falta ética ocultar delitos o la vulneración flagrante de la ética profesional por parte de un colega y se debe radicar la correspondiente denuncia ante los Comités de Ética, Sociedades Científicas, Asociaciones Profesionales o Colegios Médicos reconocidos por la ley.

Art. 196.- Cuando un miembro del Equipo de Salud ocupa una posición jerárquica no debe utilizarla para impedir que sus colegas subordinados actúen y defiendan los principios éticos de la profesión.

Art. 197.- Los integrantes del Equipo de Salud, y aunque le atañen al Médico las decisiones probablemente más significativas en el cuidado de la salud de los pacientes, deberán recordar siempre que su responsabilidad no desaparece por el hecho de trabajar con un conjunto de profesionales que constituyen un equipo, así como tendrán que respetar las incumbencias específicas evitando delegar responsabilidades.

Art. 198.- Cuando por llamados de urgencia para enfermos bajo la atención de otro profesional, concurrencia coincidente, reemplazos temporarios o ayudantías, se pudieran crear situaciones conflictivas, deberán recordarse y aplicarse las conductas reconocidas como éticas, a saber:

Inc. a) Respetar la prioridad de llegada.

Inc. b) Limitarse a las indicaciones precisas de ese momento.

Inc. c) Evitar derivar pacientes atendidos en reemplazo hacia su propio consultorio.

Inc. d) Respetar, aunque se discrepe con ellas, las indicaciones del Médico de Familia y discutir las fuera de la presencia del paciente y allegados, evitando sugerencias de éstos para cambiar los roles originales. Con el enfermo fuera de peligro y ante la presencia del Médico de Familia, su deber es retirarse o cederle la atención, salvo pedido del colega de continuarla en forma conjunta.

Inc. e) Todos los profesionales concurrentes frente a un llamado de urgencia, independientemente de quién se haga cargo de la atención, están autorizados a cobrar los honorarios correspondientes a sus diversas actuaciones.

Art. 199.- Cuando el miembro del Equipo de Salud de Familia lo considere oportuno puede proponer la participación de otro profesional como ayudante. En esta situación la atención se hace en conjunto. El Médico de Familia o Cabecera dirige y controla, pero el ayudante debe tener amplia libertad de acción. Constituye una falta grave por parte del ayudante el desplazar o tratar de hacerlo, al de cabecera en la presente o futuras atenciones del mismo paciente.

Art. 200.- En la llamada Consulta Médica es donde se pone a prueba el sentido ético de

los profesionales entre sí y su comportamiento. Son muy útiles como ejemplo para el aprendizaje de colegas más jóvenes y menos experimentados.

Art. 201.- Es éticamente censurable que un miembro del Equipo de Salud, por su jerarquía o por el cargo que detenta, ejerza presión sobre otros profesionales que trabajan con él para impedirles cumplir con sus obligaciones éticas o con la integridad, el honor y los valores de su profesión.

Art. 202.- Cuando un miembro del Equipo de Salud tome conocimiento de objeciones a sus juicios o indicaciones que sean realizados por otros miembros del Equipo de Salud, deberá prestar atención prudente y respetuosa a las mismas, tratando de llegar al acuerdo necesario para superar el problema sobre la base de la razón del mejor argumento.

Art. 203.- Es de particular importancia la relación de los miembros del Equipo de Salud entre sí dado el significado de sus actividades, en el cuidado, consuelo y eficiencia que se presta al enfermo.

Art. 204.- Dada la creciente complejidad de la vida actual y de las perspectivas futuras, es de singular relevancia la colaboración en el Equipo de Salud de los profesionales de las Ciencias Sociales y de Salud Mental, cuya integración debe ser completada en forma estable en beneficio de la atención de los pacientes.

Art. 205.- Los distintos miembros del Equipo de Salud pueden asociarse con la finalidad de constituir un equipo técnico jerarquizado para el mejor desempeño profesional.

Art. 206.- Es también necesaria la comprensión de la complejidad y costos de los cuidados de la salud, motivo por el cual resulta imprescindible una buena relación con los profesionales que trabajan en la Administración de los Servicios Asistenciales.

CAPÍTULO 13

DE LAS RELACIONES ENTRE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE SALUD Y LA INSTITUCIÓN

Art. 207.- Las relaciones entre los miembros del Equipo de Salud y las Instituciones Asistenciales (Públicas, Obras Sociales, Privadas, Comunitarias y Fuerzas Armadas) deben ser éticas y armoniosas, evitando todo intento de coacción, provocada especialmente por condicionamientos económicos.

Art. 208.- El Equipo de Salud y la Institución privilegiarán la atención del paciente que se presenta a la consulta. El médico actuante es el responsable de dar la adecuada atención física y psicológica del mismo, así como de dar las explicaciones debidas a la familia.

Art. 209.- El Equipo de Salud no aceptará bajo ningún concepto cualquier tipo o grado de discriminación proveniente de la Institución en la que presta servicios.

Art. 210.- El Equipo de Salud, y en especial el Jefe, son responsables de la calidad del acto prestacional y tienen la obligación de informar y solicitar a las autoridades de la Institución dónde actúan la solución de desperfectos o faltas que comprometan en cualquier forma el acto médico. El miembro del Equipo de Salud no debe formar parte de ningún plan de asistencia que coarte su capacidad de decidir lo que es mejor para el enfermo.

Art. 211.- Las relaciones contractuales entre el Equipo de Salud, por un lado, y la Institución o cualquier componente de la Seguridad Social, por el otro, asegurarán la existencia del marco ético digno y respetuoso que se merecen el profesional y el paciente. Se debe propender a que las Asociaciones Profesionales controlen el cumplimiento de las normas.

Art. 212.- En los Hospitales o Instituciones con miembros del Equipo de Salud en relación de dependencia debe defenderse la existencia de una Carrera Médico Hospitalaria, la cual contemplará el ingreso por concurso abierto con estabilidad, escalafón y jubilación, entre otras condiciones específicas. Es recomendable la Asociación Gremial, con estatutos que defiendan la labor médica, siempre y cuando no entren en colisión con este Código.

Art. 213.- Los miembros del Equipo de Salud tienen derecho a una retribución digna. Sus sueldos u honorarios deben ser abonados en las fechas pactadas oportunamente. No constituye falta ética el reclamo de los mismos por parte del profesional ante la justicia si fuera necesario.

Art. 214.- Las Instituciones Asistenciales y los responsables de la dirección, administración o conducción de las mismas que contratasen profesionales o equipos profesionales cuyos miembros no reúnan los requisitos exigidos por este Código, cometen grave falta Ética. Lo mismo si imponen tareas fuera de las funciones o incumbencias que corresponden a cada profesional.

Art. 215.- Las Instituciones de Salud deben contar con recursos y plantas físicas que reúnan las condiciones y medio ambiente de trabajo de acuerdo a las leyes, reglamentaciones y otras normas vigentes en la materia, y con el equipamiento y material de bioseguridad que garanticen la calidad de la atención de la salud y que prevengan las enfermedades laborales del personal actuante. Deben implantarse a tales fines sistemas de acreditación y control de calidad.

Art. 216.- Las Instituciones Asistenciales y los responsables de la dirección, administración o conducción de las mismas, como son los centros hospitalarios (públicos, obras sociales o privadas) que actúan sobre “poblaciones cautivas”, son responsables éticos y legales. Que los productos medicinales que provean a sus usuarios cumplan con los postulados necesarios que garanticen su calidad, independientemente del método de compra.

Art. 217.- El secreto profesional y de confidencialidad son derechos inalienables de los pacientes. El Equipo de Salud está obligado a constituirse en celoso custodio de los mismos. Las instituciones Asistenciales deben actuar consensuadamente con los profesionales para normatizar que el contenido de los informes y certificaciones impidan vulnerar los derechos citados, además de cuidar cualquier otra forma en que, dentro de la Institución, pueda violarse el secreto profesional.

Art. 218.- El control de los miembros del Equipo de Salud sólo puede aceptarse cuando es realizado por sus pares dentro de las organizaciones a las que pertenecen.

Art. 219.- Los miembros del Equipo de Salud vinculados a instituciones de salud deben defender su derecho a prescribir libremente. Por otra parte, tienen la obligación del uso racional de los medios de diagnóstico y tratamiento, evitando indicaciones desmesuradas o inútiles (Medicina innecesaria).

Art. 220.- Será considerada grave falta ética que los miembros del Equipo de Salud se encuentren vinculados a organizaciones o empresas que elaboren, distribuyan o expendan sustancias de carácter medicamentoso, descartables, prótesis y/o tecnológicos. Tampoco podrán recibir dinero u otros bienes por prescribir determinados productos o realizar prácticas o procedimientos que signifiquen de alguna forma acuerdo tácito para el beneficio pecuniario o promocional de la organización o institución que lo propone.

Art. 221.- Los directivos de todas las Instituciones Asistenciales con internación propenderán a la creación del Comité de Ética y Conducta Profesional.

Art. 222.- Los miembros del Equipo de Salud, independientemente de la organización asistencial donde ejerzan, cumplirán a pleno los deberes profesionales y administrativos a que estén obligados por la relación contractual.

Art. 223.- Las Instituciones de Salud no pueden ser utilizadas para luchas políticas partidarias. El profesional de Salud que desempeña un cargo directivo debe cumplir con las disposiciones establecidas en este Código.

CAPÍTULO 14

DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN INFORMÁTICA Y CIENCIAS DE LA SALUD

Art. 224.- *Las personas deben ser informadas y ser conscientes de que se utilizarán registros médicos informatizados para recolectar, almacenar y emplear datos relacionados con ellos.*

Art. 225.- *Los registros deben ser utilizados con el consentimiento previo voluntario, competente e informado de las personas, que además deben conocer los propósitos de los mismos y quiénes accederán a ellos, ya sean individuos o instituciones, siendo conscientes de todos los derechos respecto al acceso, uso, almacenamiento, comunicación, calidad, corrección y disposición de la información.*

Art. 226.- *Se debe tener la certeza que los datos serán usados sólo con fines legítimos y exclusivamente para los propósitos declarados para los que se recolectó la información o los propósitos legales que, en todos los otros casos, sean éticamente defendibles.*

Art. 227.- *Las personas o instituciones, ya sean públicas o privadas, que implementen cualquier tipo de registro de datos electrónicos deben asegurarse de que existan protocolos y mecanismos apropiados establecidos para monitorear el almacenamiento, acceso, uso, manipulación o comunicación de la información.*

Art. 228.- *Las personas o instituciones que implementen registros médicos electrónicos deberán instrumentar los medios para asistir a los profesionales que se ocupan de la atención del paciente para que accedan a la información en forma apropiada, oportuna y segura, posibilitando el uso, la integridad y la calidad técnica más alta posible.*

Art. 229.- *La utilización de registros médicos electrónicos facilita, agiliza y permite procesar gran cantidad de información, muchas veces necesaria para ser aplicada a la gestión, planificación, investigación u otras actividades que en forma directa o indirecta benefician a la sociedad. En estos casos se debe tener en cuenta que la información que se utilice sea relevante a las necesidades específicas, sea anónima o en caso contrario cuente con el consentimiento del paciente y que sólo las personas debidamente autorizadas tengan acceso.*

Art. 230.- *Todos los que intervengan o participen en la implementación, desarrollo, planificación o utilización del registro electrónico de datos deberán educar a la sociedad sobre los diversos aspectos relacionados al uso de estos sistemas.*

Art. 231.- *Cualquier contenido deberá ser proporcionado por miembros del Equipo de Salud u organizaciones calificadas. De no ser así, debe estar expresamente indicado. La información proporcionada estará dirigida a complementar y no a reemplazar la relación que existe entre un paciente y su profesional de salud de confianza.*

Art. 232.- *La titularidad del sitio, así como los titulares del derecho de autor, deben indicarse de manera clara.*

Art. 233.- El sitio debe proveer información acerca de su navegación, las restricciones de acceso al contenido, si es necesario registrarse, la clave de protección, los abonos y todo lo relacionado con la privacidad. Cada sitio debe proveer un motor de búsqueda o una herramienta de navegación apropiada para facilitar su exploración, así como las instrucciones en cómo usar la función y cómo conducir los distintos tipos de búsquedas.

Art. 234.- El contenido debe revisarse en función de la Calidad (incluyendo originalidad, precisión y confiabilidad) antes de su colocación o publicación. El contenido editorial clínico debe ser revisado por expertos, no comprometidos en la creación del mismo, debiéndose indicar claramente las fechas de publicación, actualización y revisión. Debe publicarse la lista de las personas o instituciones que intervienen en este proceso.

Art. 235.- La complejidad lingüística debe ser apropiada para el público del sitio, debiendo revisarse desde el punto de vista gramatical, ortográfico y de estilo.

Art. 236.- Los vínculos de contenido dentro y fuera del sitio requieren ser revisados antes de publicarlos y deberán contar con un seguimiento y control. Si los mismos no son funcionales, deben ser reparados en tiempo.

Art. 237.- Los sitios no deben dirigir a los usuarios a otros sitios que ellos no intentan visitar.

Art. 238.- Si el contenido puede bajarse en un archivo, las instrucciones deben ser provistas y de fácil acceso con respecto a cómo hacerlo y cómo obtener el programa necesario. También debe colocarse un vínculo a dicho programa.

Art. 239.- La presencia de publicidad en un sitio de la Página implica y garantiza la recomendación del producto, servicio o empresa por parte de los responsables del sitio, por lo que están expuestos a reclamos que puedan surgir de los mismos, excepto que el sitio aclare que no se responsabiliza del mismo.

Art. 240.- Los espacios de publicidad no deben interferir con la misión, los contenidos científicos, ni con las decisiones editoriales.

Art. 241.- No debe colocarse publicidad adyacente al contenido editorial sobre el mismo tema, ya sea mediante vínculos o encontrándose en la misma pantalla.

Art. 242.- El usuario debe tener la opción de oprimir o no el comando manual (*mouse*) sobre el aviso. Los usuarios no serán enviados a un sitio comercial a no ser que elijan hacerlo voluntariamente.

Art. 243.- Todo el soporte o material financiero para los contenidos y otros tipos de productos *on line* será reconocido y claramente indicado en la Página o mediante vínculos.

Art. 244.- Los miembros del Equipo de Salud tendrán presente que los datos médicos informatizados del paciente pueden ser violados en forma fácil y lejos de la relación interpersonal, por lo que deben conocer y controlar que los datos introducidos en el sistema de información, cualquiera sea la tecnología que lo sustente, sean sólo los

pertinentes, necesarios y verificables. Para ello deberá colocarse un vínculo fácilmente accesible al usuario relacionado a la política de privacidad y confidencialidad del sitio en la página principal o en la barra de navegación.

Art. 245.- Todos los datos que recolecte el sitio como nombres, direcciones de correo electrónico, o cualquier otra información personal deberán ser utilizados con criterios legalmente aprobados.

Art. 246.- El proceso de optar en cualquier funcionalidad que incluye colección de información personal debe incluir un aviso explícito y esa información personal se guardará, con explicación de cómo y por quién se usará. La declaración de optar debe incluirse en un documento breve y claro para el usuario.

Art. 247.- Todos los datos que recolecte el sitio como nombres, direcciones de correo electrónico o cualquier otra información personal deben ser proporcionados voluntariamente por el visitante, luego de estar en conocimiento sobre el uso potencial de tal material.

Art. 248.- Los datos médicos recolectados no deben proporcionarse ni divulgarse a terceros sin el consentimiento expreso de aquellas personas de quienes provienen.

Art. 249.- Para ayudar a la navegación de la página se pueden utilizar archivos ocultos guardados en la computadora del usuario. El sitio debe informar si utiliza estos archivos. Si el usuario tiene configurado su navegador para no recibirlos, esto no impide la navegación en el sitio.

Art. 250.- Las políticas de privacidad y confidencialidad con respecto al correo electrónico son las habituales de este procedimiento, siendo el visitante conocedor de las mismas, por lo que no tienen dependencia del sitio en cuestión. Los correos electrónicos y cartas de noticias deben contener la opción “dar de baja” a la suscripción.

Art. 251.- La información proveniente de pacientes que no guarden el anonimato, debe tener el Consentimiento Informado escrito de los mismos. Cuando se ha obtenido el consentimiento expreso debe indicarse en el contenido de la Página. El resto de la información debe seguir las mismas normas que las publicaciones científicas.

Art. 252.- El comercio electrónico en Salud se rige por los siguientes principios:

- Inc. a) Deben asegurar a los usuarios del sitio que accederán a transacciones seguras y eficientes.
- Inc. b) Los usuarios deben poder revisar la información de la transacción antes de llevarla a cabo (información, productos, servicios, etc.).
- Inc. c) Se debe enviar un correo electrónico con información sobre la transacción.
- Inc. d) Si el navegador del usuario en Salud no soporta una conexión segura, no se deben permitir transacciones financieras.
- Inc. e) Deben indicarse claramente los tiempos de respuesta y cumplimiento.

Art. 253.- *En la República Argentina se encuentra prohibida la venta de medicamentos por Internet.*

Art. 254.- *La implementación de la “receta electrónica” –sobre todo para enfermedades crónicas– permitiría un seguimiento del compromiso del paciente con la terapéutica indicada. Vista la vigencia de la Ley 25.506/2001 (Firma Digital) y sus aclaraciones con respecto a la validez de aspectos específicos con Documento Digital, soporte papel y escaneo de originales firmados digitalmente, deberá prestarse especial atención a estos hechos, los cuales oportunamente serán reglamentados por la autoridad legal correspondiente.*

Art. 255.- La Asociación Médica Argentina se ha opuesto siempre a la venta directa sin consulta médica de la empresa productora de insumos médicos al consumidor, sano o enfermo, a través de la publicidad mediática (oral-escrita-visual-informática) de aquellos medicamentos que requieran diagnóstico o prescripción profesional.

Art. 256.- En la Cascada de Responsabilidades del uso de las nuevas tecnologías informáticas en Salud, el Estado (Ejecutivo, Legislativo y Judicial) debe cumplir el rol de control sobre los sitios y empresas que se dediquen a difundir información tanto para profesionales como para la comunidad, y a la comercialización de insumos y medicamentos tanto en lo referente a la autorización comercial de un medicamento con el expendio correspondiente del mismo a través de las farmacias virtuales como de la publicidad y difusión en Internet que incidan sobre la población en forma directa.

Art. 257.- Los propietarios de la Página, independientemente dónde esté localizado su sitio principal como sus réplicas, son responsables legales y éticos de los contenidos, debiendo responder si ocurre daño que pueda ocasionarse directa o indirectamente hacia la población en general o a una persona en particular. Reafirmando el concepto de que la salud es una Responsabilidad de Todos, sean miembros del Equipo de Salud o no, nadie debe creerse excluido de sus deberes dado que son parte de la comunidad. No pueden reconocerse como simples Intermediarios No Responsables.

Art. 258.- Todos los estamentos que participen de cualquier forma en la cadena de producción o difusión de información sobre temas de salud, independientemente del destinatario, deben ser incluidos en la Cascada de Responsabilidades vinculadas a los efectos que puedan producir con dicha información, jerarquizando los controles para que no vulnere la privacidad ni confidencialidad, debiéndose respetar los lineamientos de este Código.

CAPÍTULO 15

DE LAS ORGANIZACIONES PROFESIONALES CIENTÍFICAS

Art. 259.- Las Organizaciones Profesionales Científicas deben mantener los principios éticos que han de formar la conducta profesional, como el respeto a la vida y a la dignidad de todos los seres humanos sin excepción, el sentido del trabajo profesional como servicio, la vocación científica de la Medicina, la independencia del miembro del Equipo de Salud para decidir en conciencia lo que debe hacer por su paciente, la defensa de la relación Equipo de Salud - Paciente y la custodia de la confidencialidad. Estos principios inmutables son la garantía de que la Medicina será siempre humana y científica.

Art. 260.- Las Organizaciones Profesionales Científicas deben propender por todos los medios adecuados al desarrollo y progreso científico de la medicina, orientándola como función social.

Art. 261.- Las Organizaciones Profesionales Científicas deben mantenerse lúcidas y sensibles a los cambios que suceden en su seno y en la población que influyen sobre las normas del ejercicio de la profesión, tales como los impulsos sociales, las mutaciones culturales, los problemas éticos derivados de la aplicación de las biotecnologías nuevas, lo mediático y muchas otras situaciones.

Art. 262.- Las Organizaciones Profesionales Científicas deben participar para la jerarquización de la profesión, y la creación y mantenimiento de condiciones dignas de vida y del medio ambiente, así como deben definir los alcances y beneficios que los nuevos avances de la Medicina pueden ofrecer a la población.

Art. 263.- Las Organizaciones Profesionales Científicas deben propiciar la participación activa de los miembros del Equipo de Salud en la formulación científica del diseño, implementación y control de las políticas, planes y programas de Atención de la Salud del país o su región, con el criterio que los recursos se distribuyan de manera solidaria y equitativa; tanto como deben participar en las distintas etapas necesarias para autorizar la realización de nuevas prácticas y/o técnicas para la Salud.

Art. 264.- Si bien no es una función específica de las Organizaciones Científicas, las mismas deben opinar y defender en todo lo atinente al trabajo del Equipo de Salud (Asuntos Profesionales) correspondiendo a su vez que todo miembro del Equipo de Salud se sienta obligado a velar por el prestigio de las entidades a las que se ha asociado libremente.

Art. 265.- Las Organizaciones Profesionales Científicas deben propiciar la excelencia de la Educación de las Ciencias Médicas, a la vez de contribuir con los medios a su alcance para conseguir que los profesionales puedan recibir una formación continuada tanto ética como científica.

Art. 266.- Las Organizaciones Profesionales Científicas deberían participar muy activamente en la elaboración de políticas de desarrollo de recursos humanos que se adecuen a las necesidades del país.

Art. 267.- Las Organizaciones Profesionales Científicas deberán estimular las relaciones científicas a través del intercambio cultural con organizaciones médicas nacionales y extranjeras afines con objeto de ofrecer y recibir las nuevas conquistas que la ciencia médica haya alcanzado.

Art. 268.- Deben establecer mecanismos comunicacionales comunitarios a fin de dejar establecido que el interés prioritario de las Organizaciones Profesionales Científicas está en lograr un nivel de salud adecuado para sus pacientes. En sus órganos de difusión se dará cabida a los aspectos particulares éticos de sus actividades.

Art. 269.- En materia de publicaciones científicas constituyen falta deontológica las siguientes situaciones:

Inc. a) Dar a conocer de modo prematuro o sensacionalista procedimientos de eficacia todavía no determinada o exagerar ésta.

Inc. b) Falsificar o inventar datos.

Inc. c) Plagiar lo publicado por otros autores.

Inc. d) Opinar sobre cuestiones en las que no se es competente.

Inc. e) Incluir como autor a quien no ha contribuido sustancialmente al diseño y realización del trabajo.

Inc. f) Publicar repetidamente los mismos como originales.

Art. 270.- Las Organizaciones Profesionales Científicas deben propiciar la creación de Comités de Ética para solicitar su opinión sobre los distintos protocolos de investigación.

Art. 271.- Los miembros del Equipo de Salud tienen el deber de comunicar prioritariamente a la prensa científica los descubrimientos que hayan realizado o las conclusiones derivadas de sus investigaciones. Antes de la divulgación al público no médico, los someterán al criterio de sus pares científicos.

Art. 272.- Las Organizaciones Profesionales Científicas efectuarán vigilancia y denuncia, dentro de sus posibilidades, sobre investigaciones discriminatorias en seres humanos tales como las que puedan efectuarse en distintos países, sin dar cumplimiento a las regulaciones éticas al respecto.

Art. 273.- Las Organizaciones Profesionales Científicas deben informar a la población que está demostrado que el exceso de reclamos judiciales injustificados han llevado a una medicina innecesaria y defensiva alterando la relación Equipo de Salud - Paciente.

Art. 274.- Dado que uno de los factores que más han estimulado la formulación de reclamos judiciales injustificados es la alta posibilidad de litigar sin costo, es ético que

las Organizaciones Profesionales Científicas defiendan que se regule con suficiente rigor este beneficio, y en el caso que sea otorgado, se canalicen las demandas por el Defensor Público y que las pericias sean realizadas por entidades legalmente reconocidas.

Art. 275.- Las Organizaciones Profesionales Científicas velarán desde la ética, en forma permanente, los intereses que surjan entre la industria y el comercio, por un lado, y los científicos, por el otro.

Art. 276.- Las Organizaciones Profesionales Científicas desarrollarán una actividad académica que implique ser un factor que equilibre las tendencias o ideologías de la bioética actual.

Art. 277.- La Asociación Médica Argentina y la Sociedad de Ética en Medicina adoptarán las medidas necesarias para mantener actualizado el presente Código, de acuerdo a la evolución del conocimiento y la repercusión que éste puede tener en las conductas éticas de la profesión.

CAPÍTULO 16

DE LAS ORGANIZACIONES PROFESIONALES GREMIALES

Art. 278.- La situación actual del ejercicio de la medicina configura para sus miembros el carácter de “gremio”, visto la cantidad de sus integrantes que se encuentran en relación de dependencia.

Art. 279.- Todo miembro del Equipo de Salud tiene el derecho de afiliarse libremente a una entidad médico-gremial. Constituye falta de ética la afiliación en dos o más entidades gremiales que sean opuestas en principios o medios de ponerlos en práctica.

Art. 280.- La afiliación conlleva a reconocer como necesarios los deberes de los asociados con respecto a la función objetiva de la Organización Profesional Colegiada o Gremial.

Art. 281.- El objetivo prioritario de las Organizaciones Profesionales Colegiadas o Gremiales es defender las condiciones laborales que influyen en la estabilidad del trabajo de los miembros del Equipo de Salud, sean éstas relativas al hábitat, materiales, geográficas, intelectuales, legales y hasta espirituales con repercusión directa en los mismos y/o de sus familias y/o de la población.

Art. 282.- Dado que el trabajo de los miembros del Equipo de Salud en la actualidad está basado principalmente en la relación de dependencia de terceros (pública, obras sociales y prepagas), las Organizaciones Profesionales Gremiales deberán proveer a los profesionales de los medios necesarios para que los mismos encaucen su tarea en un contenido sólidamente respaldado por las Instituciones, la formación, las garantías individuales y colectivas, la protección legal, y así entonces desarrollar sus principios y contenidos, desde lo ético y desde lo Institucional. Son muy útiles las comisiones permanentes de trabajo en temas específicos.

Art. 283.- Dado que los Sistemas de Atención de la Salud actuales, en general, han llevado a una progresiva desjerarquización y pauperización del trabajo del Equipo de Salud que conducen a una desprotección con riesgos para los mismos y sus familias, las Organizaciones Profesionales Gremiales deberán concretar acciones tendientes a la creación de sistemas éticos de Seguridad Social que les den protección y defiendan sus derechos existentes como trabajadores.

Art. 284.- Los miembros del Equipo de Salud, cualquiera fuera su situación profesional y jerárquica, deben dar respuesta a las Organizaciones en que se encuentren colegiados o agremiados, sintiéndose miembros participativos de las decisiones y estatutos que éstos elaboran, a los cuales entonces deberán atenerse en sus formas y en su fondo principal que es el bien colectivo de la comunidad agremiada, evitando toda actitud orientada a conveniencias particulares o grupales, especialmente cuando éstas demuestren intereses materiales o intentos de abuso de poder.

Art. 285.- Las Organizaciones Profesionales Gremiales tienen la obligación de defender a los colegas perjudicados en el ejercicio de la profesión en el ámbito de las instituciones asistenciales a los que pertenecen, tanto en los aspectos laborales por los permanentes cambios en contratos y convenios colectivos como en aquellos que tengan que ver con la Justicia (Responsabilidad Legal).

Art. 286.- Es obligación de las entidades gremiales y de sus asociados estimular toda posibilidad de cambio y crecimiento profesional, así como coordinar acciones para que la Ética sea vista como un “acto del accionar en Salud” entre colegas y desde los colegas hacia la comunidad con un marco espontáneo de autorregulación.

Art. 287.- Cuando un miembro del Equipo de Salud sea elegido para un cargo gremial, debe entregarse de lleno a él para beneficio de todos. La facultad representativa o ejecutiva del dirigente gremial no debe exceder los límites de la autorización otorgada y si ella no lo hubiere, debe obrar de acuerdo con el espíritu de representación y *ad referendum*.

Art. 288.- El miembro del Equipo de Salud en función de gremialista deberá tener claros conceptos frente a una situación de conflicto entre partes, definiéndose ante el mismo y manifestando su posición, pues esa es su función. No debe evadir el problema, sino enfrentarlo con honradez y claridad.

Art. 289.- Toda relación con el Estado, con las compañías de seguros, mutualidades, sociedades de beneficencia y otras, debe ser regulada mediante la asociación gremial a la que se pertenece, la cual se ocupará de la provisión de cargos por concurso, escalafón, inamovilidad, jubilación, aranceles, cooperativas y otros aspectos. En ningún caso el miembro del Equipo de Salud debe aceptar convenio o contrato profesional por servicios de competencia genérica que no sean establecidos por una entidad gremial.

Art. 290.- Ningún miembro del Equipo de Salud facilitará su nombre a persona no facultada por autoridad competente para efectuar actividades en Salud, ni colaborará con los profesionales sancionados por las disposiciones de la Justicia o de este Código o mientras dure la sanción.

Art. 291.- En el caso de funciones directivas, quienes las ejerzan deben respetar la reserva de los asuntos de los que se hayan enterado mientras se encontraban en funciones.

Art. 292.- Los miembros del Equipo de Salud tienen el deber de denunciar frente a las Organizaciones Profesionales Gremiales a la persona que no siendo profesional de la salud ejerza actividades propias de quienes lo son.

Art. 293.- El miembro del Equipo de Salud no podrá firmar ningún contrato que no sea evaluado por la entidad gremial.

Art. 294.- Es importante que al enviar los enfermos al hospital no se lesionen los justos intereses de ningún colega, entre ellos los económicos. Tanto si el hospital es de una

mutualidad, de comunidad, de beneficencia o del Estado; no debe hacerse, por medio de él, competencia desleal a los demás colegas.

Art. 295.- Son actos contrarios a la Ética desplazar o pretender hacerlo a un colega en puesto público, clínica, sanatorio, hospital u otro por cualquier medio que no sea el concurso, con representación de la asociación gremial correspondiente.

Art. 296.- Son actos contrarios a la Ética profesional, y por lo tanto están vedados, reemplazar en sus puestos a los miembros del Equipo de Salud de hospitales, clínicas, sanatorios u otros, si fueran separados sin causa justificada y sin sumario previo con derecho a descargo. Sólo la entidad gremial correspondiente podrá autorizar expresamente y en forma precaria las excepciones a esta regla.

Art. 297.- El miembro del Equipo de Salud accionista de una compañía de seguros que tuviera un conflicto con el gremio debe acatar estrictamente las directivas impartidas por los organismos gremiales, a pesar de que fueran en desmedro de los intereses de su compañía, y en el caso de tratarse de un dirigente gremial, debe retirarse de su cargo mientras dure el conflicto.

Art. 298.- Teniendo en cuenta que los profesionales del Equipo de Salud son ciudadanos, gozan de los mismos derechos de todos los artículos de la Constitución Nacional y estos incluyen el “Derecho a Huelga”.

Art. 299.- Las especiales pautas que se generan en la actividad de los miembros del Equipo de Salud no pueden ser ignoradas ya que no es una actividad que pueda darse ciertas libertades inherentes sin cumplir requisitos básicos. Ellas se fundan en los siguientes criterios:

Inc. a) Deben tener libertad de agremiación.

Inc. b) Deben actuar en defensa de sus derechos a través de la entidad gremial a la que pertenecen.

Inc. c) Los motivos de la alternativa de una huelga se basarán sólo en razones gremiales debidamente fundamentadas, que afecten al Equipo de Salud y cuando hayan fracasado otros métodos para la solución de los conflictos.

Inc. d) La realización de la huelga será ética cuando, además, los responsables de su organización notifiquen a la población con antelación suficiente [3 (tres) ó 4 (cuatro) días para las huelgas de decisión repentina y de 7 (siete) a 10 (diez) días como mínimo para las huelgas programadas] por los distintos medios periodísticos disponibles, que lleguen a la comunidad necesitada, aseguren y refuercen, además, la asistencia de internados, urgencias e inaplazables (Concepto de Población Cautiva).

Inc. e) Los propios miembros del Equipo de Salud deben ser quienes asuman

la responsabilidad de determinar el carácter de urgentes o inaplazables de los pacientes.

Art. 300.- Forma parte de la ética *inter pares* el participar en defensa de los derechos gremiales, más aún comprendiendo que no puede ignorarse el reconocimiento social y el peso que en la comunidad tiene el Equipo de Salud. Sin embargo, dada la formación espiritual y humanística de sus miembros, se respetará el Derecho de no Huelga y se permitirá el trabajo de aquellos miembros que no adhieran a la misma, o cuando estén en curso métodos alternativos de solución de conflictos. Nunca debe utilizarse a los pacientes como medio extorsivo para asegurar el éxito de las demandas (Concepto de Población Cautiva Indefensa).

Art. 301.- La Asociación Médica Argentina adhiere a la recomendación de la Asociación Médica Mundial, la cual condena a los empleadores que explotan a los miembros del Equipo de Salud a pagarles sueldos u honorarios por debajo del nivel del mercado, otorgándoles condiciones de trabajo inferiores a su dignidad profesional y a la inhibición de conciencia para realizar huelgas.

CAPÍTULO 17

DE LOS HONORARIOS DEL EQUIPO DE SALUD

Art. 302.- Los Miembros del Equipo de Salud tienen el derecho a una retribución económica por su trabajo, dado que el mismo constituye su forma normal de subsistencia. El servicio que brindan debe beneficiar al que lo recibe y a él mismo, nunca a terceros que pretendan explotarlo comercialmente.

Art. 303.- Los honorarios que reciban deben ser dignos, independientemente de que el pagador sea el Estado, una obra social, una prepaga o el mismo paciente.

Art. 304.- Los miembros del Equipo de Salud que actúen como responsables finales, Jefe de Equipo, en cualquiera de los Sistemas de Atención de la Salud (pública, privada o por obras sociales) deberán velar para que el Equipo de Salud reciba honorarios profesionales dignos.

Art. 305.- Los honorarios del Equipo de Salud pueden constituir un motivo de conflicto entre partes, razón por la cual la conducta profesional debe ser cuidadosa en forma especial en este aspecto.

Art. 306.- El Equipo de Salud deberá fijar sus honorarios teniendo como base los siguientes criterios:

Inc. a) Honestidad, sentido común y la equidad social que hayan sido normas de su profesión.

Inc. b) Experiencia médica y prestigio científico.

Inc. c) La situación económica y social del paciente, excepto en aquellas situaciones donde existen honorarios establecidos contractualmente.

Art. 307.- Los honorarios del Equipo de Salud deberán ser pactados previamente con los pacientes de acuerdo a cada integrante y cobrados en forma individual por quien corresponda de estos. Es grave falta ética retener honorarios de colegas bajo cualquier pretexto.

Art. 308.- Constituye falta de ética el cobro de honorarios en forma fraccionada por actos suplementarios que transforman al acto médico en un proceso mercantilista, excepto que hubiese sido pactado previamente dadas las variables terapéuticas que plantean ciertas enfermedades.

Art. 309.- Es un proceso contrario a la ética la práctica de la participación de honorarios por acuerdo entre profesionales entre sí o con laboratorios, centros especializados u otras entidades remuneradas.

Art. 310.- Cuando un miembro del Equipo de Salud tiene relación contractual o de hecho con una entidad de servicios tanto pública como de obra social, prepaga o privada, no deberá percibir ningún pago directo del paciente, excepto que un convenio previo lo explicita. Tampoco deberá sugerir al enfermo que se convierta en su paciente privado.

Art. 311.- Es una falta grave a la ética en toda la atención pública y gratuita participar activamente en la recolección de fuentes de financiamiento para el Ente Recaudador (sea el Estado, Cooperadoras u otros) que no están previstos por la Ley.

Art. 312.- Constituye grave falta de ética, e inclusive hasta llegar a ser violatoria de las normas del Código Civil, realizar declaraciones inexactas en la documentación, sean ellas para beneficio propio, del paciente o de ambos.

Art. 313.- Las situaciones denunciadas en relación al aspecto de los honorarios constituyen materia de los Comités de Ética a nivel institucional y oportunamente de la entidad profesional gremial, quienes procederán de acuerdo a sus atribuciones legales.

Art. 314.- La atención gratuita debe limitarse a los casos de parentesco cercano, amistad íntima, asistencia entre colegas y pobreza manifiesta. En esta última situación no es falta de ética negarse a la asistencia en forma privada, si existiera en la localidad un servicio asistencial público, y que la posibilidad del acceso al mismo sea oportuna.

Art. 315.- La presencia en un “acto médico” de un miembro del Equipo de Salud a pedido del enfermo o de la familia en un acto prestacional por terceros, siempre da derecho a honorarios especiales.

Art. 316.- Las consultas por carta, correo electrónico o algún otro método a desarrollar, que generan la opinión y toma de decisiones del profesional, deben considerarse como atención en consultorio y dan derecho al cobro de honorarios.

Art. 317.- En el caso del no cumplimiento por parte del paciente o su familia o de las instituciones de cobertura a las que pertenezcan, de los compromisos pecuniarios generales por la atención profesional, puede hacerse el reclamo por vía judicial sin que ello afecte en forma alguna el nombre, crédito o concepto del demandante. Es conveniente, pero no obligatorio, ponerlo en conocimiento de la entidad profesional gremial correspondiente o pedir a ésta asesoramiento para la presentación legal ante la Justicia.

CAPÍTULO 18

DE LAS PROPAGANDAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO DE SALUD

Art. 318.- No está reñida con la ética la publicación de avisos de carácter profesional siempre que se encuadren dentro de la seriedad y discreción propias de la actividad del Equipo de Salud ejercida con responsabilidad.

Art. 319.- El profesional puede ofrecer sus servicios al público por medio de anuncios de tamaño y caracteres discretos, limitándose a indicar su nombre, apellido, títulos científicos y universitarios, cargos hospitalarios o afines, horas de consulta, dirección, teléfono, correo electrónico, o cualquier sistema de comunicación que se desarrolle. Se debe evitar la promesa de prestar servicios gratuitos y no brindarlos, así como mencionar las tarifas de honorarios que espere percibir.

Art. 320.- Constituye falta ética que un miembro del Equipo de Salud se anuncie como Especialista de una rama de la Medicina utilizando títulos que no estén avalados por Sociedades Científicas y/o Universitarias o correspondan a Especialidades no reconocidas por el Ministerio de Salud.

Art. 321.- No deben efectuarse promesas de curación infalible, utilizar medicamentos o procedimientos anunciados como secretos, transcribir agradecimientos de pacientes o promoverse mediante sistemas de publicidad equivalentes a avisos comerciales (carteles, letreros luminosos o similares). No deben aplicarse nuevos sistemas o procedimientos especiales, curas o modificaciones, aún en discusión respecto de cuya eficacia no se hayan expedido definitivamente las instituciones oficiales o científicas.

Art. 322.- Sólo podrán consignar en el recetario o sellos aclaratorios los grados académicos de Doctor y/o de Profesor en las distintas ramas de la Medicina quienes posean tales grados.

Art. 323.- No se deben utilizar para propaganda dirigida al público no médico como promoción personal del autor o de una institución artículos, conferencias, entrevistas u otras actividades de divulgación científica. Se limitará la información a los datos concretos que el público necesita conocer.

Art. 324.- El miembro del Equipo de Salud debe cuidar que su nombre no sea exhibido en lugares que comprometan la seriedad de la profesión, así como el figurar públicamente en los medios de difusión, hablada, escrita o por imágenes, con el debido respeto a su personal calidad profesional, y la calidad y prestigio de los otros profesionales que ejercen tareas similares.

Art. 325.- Es contrario a la ética participar en actividades de divulgación científica cuya seriedad se preste a duda, mucho más en temas que puedan provocar interpretaciones distorsionadas en el público en general.

Art. 326.- Constituye grave falta ética y violación a las prescripciones de la ley, la propaganda encubierta a través de los medios de comunicación donde figuran nombres, especialidad y número telefónico, en relación a comentarios sobre terapéuticas de diversas afecciones.

Art. 327.- Cometen una grave falta a la ética profesional los que prometen la prestación de servicios gratuitos o los que explícita o implícitamente mencionen tarifas de honorarios.

CAPÍTULO 19

DE LA FUNCIÓN PÚBLICA Y EL EQUIPO DE SALUD

Art. 328.- El objeto de la función pública es el bien común basado en la Constitución Nacional, los Tratados Internacionales ratificados por la Nación y las normas destinadas a su regulación. El funcionario público debe lealtad al país a través de las instituciones democráticas del gobierno, la cual debe sobrepasar a sus vinculaciones con personas, partidos políticos o a organizaciones de cualquier naturaleza.

Art. 329.- Dado que la Salud es un Derecho de los Pueblos al que el Estado debe dar prioridad, todo miembro del Equipo de Salud que actúe en la “función pública”, en cualquiera de las esferas de la misma, deberá encaminar su gestión a una programación de hechos concretos para que se logre el “equilibrio psico-físico-social-cultural” de toda la población. El desarrollo social con criterio solidario es la base de una buena Función Pública en Salud.

Art. 330.- Debe entenderse como “función pública” toda actividad temporal o permanente, remunerada u honoraria, realizada por un miembro del Equipo de Salud que haya sido seleccionado, designado o electo para actuar en nombre del Estado (nacional, provincial o municipal) o al servicio del Estado o de sus entidades en cualquiera de sus niveles jerárquicos.

Art. 331.- Toda persona que no pertenezca al Equipo de Salud que acepte incorporarse como funcionario público en cualquiera de las áreas relacionadas a la salud se transforma inmediatamente en Agente de Salud por lo que debe responder a este Código en iguales condiciones que los miembros del Equipo de Salud, bregando incondicionalmente para la construcción del estado de bienestar de la ciudadanía.

Art. 332.- El funcionario público debe actuar con rectitud y honradez procurando satisfacer el interés general y rechazando todo beneficio o ventaja personal, obtenido por sí o por interpósita persona.

Art. 333.- El miembro del Equipo de Salud que acepte una función pública debe tener idoneidad, entendida como aptitud técnica, legal y moral, acorde a la función a desempeñar. Ningún miembro del Equipo de Salud debería aceptar ser designado en un cargo para el que no tenga conocimientos previos y aptitud.

Art. 334.- Cuanto más elevada es la jerarquía del funcionario público en salud, mayor es su responsabilidad en el cumplimiento de estas normas. Deberá mantener una permanente capacitación y actualización técnico-administrativa para el mejor desempeño de las funciones asignadas.

Art. 335.- El miembro del Equipo de Salud en la “función pública” tiene la obligación de conocer, de cumplir y hacer cumplir la Constitución Nacional, las leyes y los reglamentos que regulan su actividad. Implementará sus acciones bajo los criterios de equidad y

justicia social. Deberá abstenerse de toda conducta que pueda influir en su independencia de criterio, en la toma de decisiones y en el desempeño de sus funciones.

Art. 336.- El miembro del Equipo de Salud que actúe en la función pública está obligado a expresarse con veracidad y prudencia dentro del propio equipo de la actividad pública como con particulares. Asimismo, deberá manejar con la discreción correspondiente los hechos y la información obtenida en ejercicio de sus funciones y sin perjuicio de cumplir sus obligaciones inherentes al cargo que desempeñe. Deberá excusarse en todos aquellos casos en los que pudieran presentarse conflicto de intereses.

Art. 337.- Cuando un miembro del Equipo de Salud ocupa un cargo público, tanto en el Poder Ejecutivo como en el Legislativo, al cual por su jerarquía y compromiso social deba dedicarle tiempo en forma exclusiva, se impone el cese de su actividad asistencial.

Art. 338.- Cuando un miembro del Equipo de Salud asuma una función en el Estado (Ejecutivo o Legislativo), sus obligaciones con éste no lo eximen de los deberes con sus colegas dentro de su esfera de acción, por lo que deberá defender:

Inc. a) El derecho de profesar cualquier idea religiosa o política.

Inc. b) El derecho de agremiarse libremente y defender los intereses de su gremio.

Inc. c) El derecho de amplia defensa y sumario previo a toda cesantía.

Inc. d) El derecho de la estabilidad y del escalafón en instituciones del Estado.

Inc. e) El derecho a que se respete el principio y el régimen de concursos abiertos.

Art. 339.- Cuando un miembro del Equipo de Salud actúa como funcionario del Estado la documentación elaborada durante su gestión pertenece al Estado, por lo que deberá tomar las precauciones para la conservación de la misma.

Art. 340.- Constituye grave falta ética para un funcionario público en Salud cambiar la nomenclatura de las Especialidades en Salud invocando razones de incumbencia sin el previo consenso de las distintas Organizaciones Científicas y Educativas en Salud.

Art. 341.- El funcionario público que actúe en Salud al que se le impute la comisión de un delito de acción pública, debe facilitar la investigación e implementar las medidas administrativas y judiciales necesarias para esclarecer la situación a fin de dejar a salvo su honra y la dignidad de su cargo.

Art. 342.- El funcionario público que actúe en Salud debe denunciar ante su superior o las autoridades correspondientes los actos de los que tuviera conocimiento con motivo o en ocasión del ejercicio de sus funciones y que pudieran causar perjuicio al Estado o constituir un delito o violaciones a cualquiera de las disposiciones contenidas en el presente Código.

Art. 343.- El funcionario público que actúe en Salud debe trabajar para ofrecer a la población una atención ética de la salud con un enfoque integral de la persona con continuidad de atención a todas las edades y con criterio solidario y equitativo (Principio de Justicia).

CAPÍTULO 20

DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE SALUD COMO PERITOS Y TESTIGOS CALIFICADOS

Art. 344.- El fin de una pericia es ofrecer información de carácter especializado a quien la inquiriere, quien así la recibe en relación a temas que su preparación no alcanza a cubrir.

Art. 345.- En el caso particular de las pericias judiciales, es el poder jurisdiccional en la persona del juez quien va a requerir la tarea de perito, determinando los alcances de la actividad de éste.

Art. 346.- Cuando se trate de peritos psiquiatras puede plantearse un conflicto, dado que la ética específica impide a estos profesionales violar la relación transferencial y lo que en ella se dice. Sin embargo, el perito en estos casos, debe respetar la concepción del organismo jurisdiccional y su función en la búsqueda de solución a conflictos relacionados con la ley.

Art. 347.- El perito debe informar sobre el sujeto, no sobre los hechos, motivo por el cual no se deberían crear problemas de conciencia, porque quien habilita su intervención es el juez y subyace así en el derecho público, donde las órdenes judiciales deben ser cumplidas.

Art. 348.- El auxilio psicológico puede proporcionar al juez elementos importantes para un fallo más apropiado, aunque si el perito conoce posibles perjuicios para el sujeto (menores), debe hacerlo saber al juez, si bien esta información no será terapéutica, sino relacionada a la ética profesional del perito.

Art. 349.- El informe debe ser claro y comprensible para el lego, aunque en ocasiones se origine alguna dificultad entre el lenguaje forense y las corrientes psicológicas de la interpretación de la conducta humana.

Art. 350.- Otras situaciones de pericias tales como seguros, exámenes físico-mentales, autopsias de carácter médico-legal, funcionario de sanidad o declarante de enfermedades infectos contagiosos, exigirán siempre que se cumplan dentro de las normas del secreto profesional que figuran en el presente código.

Art. 351.- Constituirá grave falta ética que el miembro del Equipo de Salud actúe como perito con personas de su familia o aquellas con quienes mantenga relaciones que pueden influir en la imparcialidad de su actividad pericial.

Art. 352.- El aumento de juicios de responsabilidad legal ha hecho necesaria la testificación de los profesionales de la salud en calidad de expertos, así como resulta imprescindible definir las condiciones y calificaciones que corresponden a los mismos.

Art. 353.- El miembro del Equipo de Salud que actúa como experto debe:

- Inc. a) Encontrarse matriculado en la Jurisdicción en la cual es citado.
- Inc. b) Poseer calificaciones como especialista otorgadas por una entidad legalmente reconocida a tal fin y su especialidad debe ser apropiada al caso.
- Inc. c) Estar familiarizado y actuar en la práctica clínica especializada sobre el tema en que se requiera su opinión.
- Inc. d) Presentar sus honorarios en forma justa a la tarea y tiempo que la actividad de experto testigo calificado le haya demandado.

Art. 354.- El miembro del Equipo de Salud que actúe como testigo calificado deberá ser imparcial y evitará hacerse parte tanto de la acusación como de la defensa.

Art. 355.- Debe realizar los mayores esfuerzos para distinguir entre negligencia (prestación de servicios por debajo de los estándares reconocidos) y hecho médico desafortunado (complicaciones surgidas sobre la base de la falta de certeza médica).

Art. 356.- Constituye grave falta ética actuar en estas circunstancias, desconociendo las normas de la práctica médica que sean reconocidas en el momento de la causa.

Art. 357.- El miembro del Equipo de Salud experto debe estar preparado para discutir métodos y puntos de vista alternativos, siempre sobre la base del respeto ético y legal a la verdad, dado que de ella dependerá habitualmente la prueba de inocencia o culpabilidad del acusado.

CAPÍTULO 21

DE LA INDUSTRIA Y COMERCIO EN SALUD

Art. 358.- Siendo la Salud responsabilidad de todos, las empresas, organizaciones y las personas que son dueñas o trabajan en ellas por actuar en el área de la Salud se transforman en Agentes de Salud debiendo privilegiar los intereses de la población sobre los particulares (Responsabilidad Social). Debe contemplarse la Cascada de Responsabilidades en Salud. La producción, comercialización e intermediación en Salud debe ser Responsable, Legal y Ética.

Art. 359.- Se debe promover el desarrollo y crecimiento de la Industria y Comercio en Salud de nuestro país, respetando íntegramente las normas sanitarias, ecológicas y el marco legal administrativo establecido.

Art. 360.- La interacción entre el Área de Salud y la de Industria y Comercio debe ser un proceso continuado, fundamentalmente orientado a potenciar al máximo los beneficios sociales que pueden obtenerse de los mismos. Sólo puede haber un objetivo: lograr que el estado de Salud de la población mejore a medida que la Economía crece.

Art. 361.- Deberán inhibirse de desempeñar de manera simultánea la medicina asistencial, los profesionales médicos cuya actividad se halle también incurso en empresas productoras de drogas y medicamentos, o fabricantes y comerciantes de equipos médicos, en calidad de propietario, socio, accionista o promotor.

Art. 362.- Dentro de la empresa el miembro del Equipo de Salud podrá actuar como asalariado a cargo de un laboratorio de desarrollo de productos, director del departamento científico, a cargo de la formación de personal de promoción de productos u otras actividades similares y compatibles con el ejercicio de su profesión a nivel institucional o privado.

Art. 363.- Es conveniente que la adquisición de equipos médicos y medicamentos, ya sea por licitación o compra directa, sea valorada por una comisión integrada por dos o más personas ajenas a intereses particulares.

Art. 364.- Las empresas que fabrican o comercializan equipos de uso médico deben garantizar:

Inc. a) La calidad del producto ofrecido.

Inc. b) Cumplir con el plazo que la garantía otorga.

Inc. c) Entrenar, si fuera necesario, al personal involucrado en su uso.

Inc. d) Ofrecer en tiempo acordado la reparación o sustitución del o los elementos dañados.

Inc. e) Instalar los equipos de acuerdo a las normas vigentes sobre seguridad laboral.

Art. 365.- Las empresas relacionadas con la provisión de medicamentos y/o equipos médicos deberán respetar estrictamente las disposiciones vigentes en la legislación nacional sobre la materia. Será considerado violatorio a la ética toda conducta que pueda inducir al engaño, error, confusión u ocultamiento acerca de los efectos secundarios de los medicamentos o características de los equipos médicos.

Art. 366.- Se considera una falta grave a la conducta ética la inducción, por parte de empresas y/o laboratorios de productos medicinales, al uso de ciertos medicamentos o equipos biotecnológicos médicos prometiendo dádivas o recompensas.

Art. 367.- Los intermediarios que comercialicen productos para la Salud son también responsables de la Calidad de dichos productos. Deben garantizar asimismo que el producto llegue con la misma calidad al paciente (consumidor).

Art. 368.- En ejercicio del poder de la policía, el Estado será responsable de proteger y vigilar de modo tal que se cumpla con la guarda de la salud pública.

Art. 369.- Los miembros del Equipo de Salud deberán abstenerse al margen de lo establecido por las disposiciones legales vigentes, de recibir privilegios o dádivas cualquiera sea su naturaleza, por el asesoramiento en la compra de material de uso médico o por recetar determinados productos médicos.

Art. 370.- Los miembros del Equipo de Salud, los Funcionarios de Estado, las Empresas, Organizaciones y personas comprometidas en Industria y Comercio en Salud deben evitar, rechazar y denunciar prácticas que comprendan actos de corrupción tanto en el sector público como en el privado.

Art. 371.- Frente a los actuales desarrollos de la tecnología para la realización de métodos invasivos (telecirugía, robótica y otras) las empresas que las producen y comercializan y las personas que actúan en las mismas deben garantizar la seguridad de los pacientes y del Equipo de Salud.

Art. 372.- Frente a la introducción de nuevas tecnologías para técnicas o métodos invasivos, los resultados no pueden justificarse por la simple razón de la llamada Curva de Aprendizaje, sea tanto de la calidad y seguridad del producto a utilizar como del entrenamiento de los miembros del Equipo de Salud.

Art. 373.- En la actual interacción entre los gobiernos y las grandes empresas privadas relacionadas con la salud se deben buscar los mecanismos para que los gobiernos no queden debilitados en su rol de proteger a los habitantes frente a la transgresión de normas éticas o incumplimiento por parte de las mismas.

Art. 374.- Es ético y sería útil que las asociaciones sin fines de lucro colaborasen en una permanente auditoría en vistas de que los mismos gobiernos pueden actuar deficientemente, tanto en su función de control de las empresas privadas relacionadas

con la salud como procurando que todos los habitantes tengan iguales posibilidades de acceso a los bienes vinculados con ésta.

Art. 375.- Es conveniente que en función de mantener un sano equilibrio en esta compleja interacción, estas asociaciones sin fines de lucro tuviesen una proyección nacional e internacional, ya sea por su conformación en sí o bien por convenios entre asociaciones locales, de tal manera que tuviesen poder de acción tanto sobre las empresas nacionales como sobre las empresas transnacionales.

CAPÍTULO 22

DEL EQUIPO DE SALUD Y EL PERIODISMO NO ESPECIALIZADO

Art. 376.- *La palabra (transmitida en forma oral, escrita, visual o digital) debe ser usada con suma prudencia en asuntos de la Salud. Se tendrá presente que puede transformarse en un agente agresor psíquico-social y cultural de acción no dimensionable.*

Art. 377.- La difusión de la noticia médica, con el fin de estimular la toma de conciencia por parte de la población, debe realizarse en forma ética y responsable mediante un lenguaje accesible para la comprensión de la comunidad en general. Los medios de comunicación tienen un papel importante en la formación de las percepciones y actitudes de la comunidad. Es aconsejable que dentro de lo posible sea elaborada y transmitida por profesionales de la Salud.

Art. 378.- Cuando se trate de periodistas especializados o no en temas de salud, los mismos deben trabajar en coordinación con un profesional del Equipo de Salud experto e idóneo en la materia. Deben comprender que al tratar temas relacionados con la Salud se transforman en Agentes de Salud.

Art. 379.- *Los dueños y/o directores de medios periodísticos para toda la comunidad son igualmente responsables éticos y legales de cómo se transmite el conocimiento en Salud, ya que ellos son también Agentes de Salud. Lo mismo sucede con los propietarios y/o responsables de sitios de salud en Internet y/o páginas web sobre temas de salud.*

Inc. a) Las noticias sobre temas de salud difundidas por Internet deberán reunir las siguientes características: Precisión, Veracidad y Confiabilidad.

Art. 380.- El rol del periodista que trata temas de Salud es actuar como intermediario entre la información científica y la población, por lo tanto:

Inc. a) Es aconsejable y ético que no participe con opinión personal en temas de salud de carácter polémico.

Inc. b) Debe evitar dar origen a falsas expectativas en relación a logros científicos no probados o a supuestos procedimientos de curación de enfermedades graves que no cuentan con el aval de la ciencia.

Art. 381.- *El Periodista Profesional Responsable debe controlar:*

Inc. a) El carácter científico o no de la fuente de información.

Inc. b) La categoría científica y académica de la persona e institución de donde proviene la noticia. Inc. c) En caso de noticias por Internet, el periodista deberá mencionar la fuente, verificarla con un médico experto en el tema, incluyendo el nombre de todos aquellos intervinientes en el proceso, a fin de brindar confiabilidad, jerarquía y credibilidad a la noticia.

Deberá asimismo informar detalladamente la fuente de información, firmando la noticia (medios gráficos), mencionar su nombre completo y sin seudónimos (medios radiales) o colocarlo al final del programa junto a todos aquellos que lo realizaron (formato televisivo).

Art. 382.- Para el Periodista Profesional constituye una grave falta ética la difusión de noticias médicas no avaladas por una fuente responsable e idónea, así como dar a las mismas caracteres sensacionalistas o de primicia.

Art. 383.- Para el Periodista Profesional constituye grave falta ética:

Inc. a) La divulgación de la salud física o mental de un individuo.

Inc. b) La divulgación de conjeturas o ensayos en estado experimental, atribuyendo a los mismos éxitos terapéuticos.

Inc. c) Atribuir resultados extraordinarios a terapéuticas de carácter personal que no hayan sido presentadas a instituciones médicas competentes y no hayan recibido comprobación por riguroso método científico.

Art. 384.- No se puede, con la excusa de brindar información, inducir la automedicación y el autoconsumo de productos medicamentosos y/u otras terapias. En el caso de la necesidad de comentar algún medicamento, deberá mencionárselo con el nombre genérico del mismo.

Art. 385.- Los miembros del Equipo de Salud que tengan actividad en el periodismo no científico deben respetar este Código, al igual que los Agentes de Salud.

Art. 386.- Si un miembro del Equipo de Salud se sirve de un seudónimo cuando comenta cuestiones relacionadas con la profesión, está obligado a declararlo a las Organizaciones Profesionales Científicas y Gremiales.

Art. 387.- Toda acción de periodismo en Salud-Comunidad debe respetar las reglas de la consulta médica.

Art. 388.- *Los miembros del Equipo de Salud no deben permitir la exhibición de actos médicos en forma directa o que hayan sido fotografiados o filmados fuera del caso en que se considere conveniente a fines educativos o de divulgación científica. Si con la presentación de los documentos o de la historia clínica se pudiera identificar a la persona del paciente, será necesaria la autorización previa del mismo por escrito. Lo mismo es válido para videos de salud promocionados y/o difundidos por Internet.*

Art. 389.- La información del estado de salud de una figura pública en el curso de una enfermedad, aguda o crónica, debe ser tratada con reserva. Nunca debe ser utilizada esta circunstancia para el beneficio personal del miembro del Equipo de Salud tratante o del periodismo en general.

Art. 390.- El miembro jefe del Equipo de Salud de un centro o servicio sanitario es

responsable de establecer que las informaciones a los medios de comunicación sean adecuadas y discretas; no sólo las brindadas por él, sino también las producidas por las personas que trabajan en el mismo.

Art. 391.- La autorización del paciente a revelar el secreto médico no obliga a los miembros del Equipo de Salud a hacerlo. En todo caso, éstos deben cuidar de mantener la confianza en la confidencialidad médica.

Art. 392.- Al miembro del Equipo de Salud le está éticamente vedado realizar consultas a través de los medios masivos de comunicación, debido a que esta acción es violatoria del secreto profesional, especialmente si se incluyen nombres, fotografías o datos del paciente que puedan identificarlo.

LIBRO III

DE LA INVESTIGACIÓN Y EXPERIMENTACIÓN HUMANA

CAPÍTULO 23

DE LA INVESTIGACIÓN Y EXPERIMENTACIÓN EN HUMANOS

La investigación clínica o investigación con seres humanos debe entenderse como estudios orientados hacia el avance del conocimiento médico, realizados por profesionales calificados con experiencia en el tema y de acuerdo con un protocolo que establece el objetivo de la investigación, las razones de su empleo, la naturaleza y el grado de riesgos previstos y posibles, así como su relación con los beneficios que se esperan de sus resultados. En este proceso es de rigor ético mantener vigentes los Códigos Internacionales que figuran como Anexos al presente Código de Ética del Equipo de Salud de la Asociación Médica Argentina y de la Sociedad de Ética en Medicina, que comenzaron en la ciudad de Nüremberg donde funcionó el Tribunal Internacional para juzgar a un grupo de médicos acusados de someter a prisioneros a experimentos reñidos con los derechos humanos, la ética y la moral. La investigación clínica cuenta con Principios Básicos que se enumeran a continuación:

Art. 393.- La investigación biomédica en seres humanos debe concordar con los principios científicos universalmente aceptados y basarse en experimentos de laboratorio y en animales correctamente realizados, así como en un conocimiento profundo de la literatura científica pertinente.

Art. 394.- El diseño y la ejecución de cada procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo *ad hoc*, el cual se remitirá para consideración, comentarios y asesoramiento a un Comité Independiente del investigador y de la entidad patrocinadora con la condición de que dicho comité se ajuste a las leyes y reglamentos del país y a las prescripciones de los códigos internacionales.

Art. 395.- La investigación biomédica en seres humanos debe ser realizada sólo por personas científicamente calificadas bajo la supervisión de un profesional médico clínicamente competente. La responsabilidad respecto al sujeto humano debe siempre recaer sobre una persona médicamente calificada, nunca sobre el individuo sujeto a la investigación, aunque haya acordado su consentimiento.

Art. 396.- La investigación biomédica en seres humanos no puede realizarse legítimamente, a menos que la importancia de su objetivo esté en proporción con el riesgo que corre el sujeto de experimentación.

Art. 397.- Cada proyecto de investigación biomédica en seres humanos debe ser precedido

por una valoración cuidadosa de los riesgos predecibles para el individuo, frente a los posibles beneficios para él o para otros. La preocupación por el interés del individuo debe prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

Art. 398.- Deberá siempre respetarse el derecho a la integridad del ser humano sujeto a la investigación, adoptarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad del individuo y reducir al mínimo el efecto de la investigación sobre la integridad física, mental y de su personalidad.

Art. 399.- Los miembros del Equipo de Salud deben abstenerse de realizar proyectos de investigación en seres humanos cuando los riesgos inherentes a la investigación sean imprevisibles, igualmente deberán interrumpir cualquier experimento cuando se compruebe que los riesgos son mayores que los posibles beneficios.

Art. 400.- Al publicar los resultados de su investigación, el miembro del Equipo de Salud tiene la obligación de respetar su exactitud. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios reconocidos científicamente no deben ser aceptados para su publicación.

Art. 401.- Cualquier investigación en seres humanos debe ser precedida por información adecuada a cada participante potencial de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el experimento pueda implicar. Cada una de esas personas debe ser informada que posee libertad para no participar en el experimento, así como para anular en cualquier momento su consentimiento. Sólo entonces deberá ser solicitado por el médico, el consentimiento voluntario y consciente del individuo, preferiblemente por escrito.

Art. 402.- Al obtener consentimiento informado del individuo para el proyecto de investigación, el miembro del Equipo de Salud debe ser especialmente cauto respecto a que esa persona se halle en una situación de dependencia hacia él o dé el consentimiento informado bajo coacción. En tal caso deberá obtener el consentimiento otro miembro del Equipo de Salud que no esté implicado en la investigación y que sea completamente ajeno a la relación oficial.

Art. 403.- El consentimiento informado debe darlo el tutor legal en caso de incapacidad física o mental o cuando el individuo sea menor de edad, según las disposiciones legales nacionales de cada caso. Cuando el menor de edad pueda dar su consentimiento, habrá que obtenerlo, además del consentimiento del tutor legal.

Art. 404.- El protocolo de la investigación debe contener siempre una mención de las consideraciones éticas dadas al caso y debe indicar que se ha cumplido con los principios fundamentales en investigación clínica.

Art. 405.- Los sectores involucrados tienen obligaciones específicas que se describen en el articulado siguiente:

- Inc. a) Patrocinador del estudio.
- Inc. b) Investigador.
- Inc. c) Monitor o Controlador.
- Inc. d) Paciente.
- Inc. e) Comité de Ética que aprobó el estudio.
- Inc. f) Autoridad Sanitaria.

Art. 406.- El patrocinador del estudio es responsable de:

- Inc. a) Implementar y mantener sistemas de información y control de calidad a través de procesos operativos estandarizados, mediante una auditoría.
- Inc. b) Lograr acuerdo directo entre las partes para lograr acceso directo a los registros a fin de mantener la confidencialidad del voluntario y conducción del protocolo, de acuerdo a la buena práctica clínica y las recomendaciones nacionales e internacionales.
- Inc. c) Utilizar un protocolo aprobado por un Comité de Ética Independiente del investigador, del patrocinador, del centro de investigación y de la autoridad de regulación.
- Inc. d) Asegurar la información sobre seguridad y eficacia en relación a las condiciones experimentales sobre el paciente.
- Inc. e) Asegurar que el producto experimental es apropiado para el desarrollo del fármaco.
- Inc. f) Asumir la responsabilidad de informar al Comité de Ética y a la autoridad sanitaria de los eventos adversos que pudieran ocurrir.
- Inc. g) Mantener la evaluación continua del producto experimental y notificar a la autoridad la regulación de los hallazgos que pudieran constituir eventos inesperados en el estudio.
- Inc. h) Asegurar la firma conjunta del protocolo por parte de todos los involucrados en el experimento y luego controlar el cumplimiento de las normas por el personal calificado designado.
- Inc. i) Seleccionar al investigador y/o institución a disponer de los recursos técnicos apropiados al estudio.
- Inc. j) Obtener del investigador un compromiso firmado y fechado para conducir el estudio de acuerdo a las normas, los requerimientos de la autoridad regulatoria y el protocolo aprobado por el Comité de Ética, incluyendo informes, monitoreo, auditoría e inspecciones de rutina por entes autorizados.

Art. 407.- El investigador es responsable de:

- Inc. a) Contar con calificaciones apropiadas en lo que hace a la educación,

entrenamiento y experiencia en el área experimental (currículum vitae actualizado).

Inc. b) Estar informado y aceptar el cumplimiento de las normas y regulaciones vigentes.

Inc. c) Ser acompañado por personas calificadas en quienes puede delegar tareas, así como por un miembro del equipo quien cumplirá tareas de observador.

Inc. d) Conducir la investigación según las condiciones firmadas, plan de investigación y regulaciones vigentes.

Inc. e) Conocer profundamente el tema de investigación a través de una búsqueda exhaustiva de todos los antecedentes necesarios y obtener la aprobación de un Comité Institucional de Revisión de Protocolos y un Comité de Ética Independiente.

Inc. f) Informar a estos entes los cambios en el curso de la investigación, así como los riesgos que puedan aparecer para los pacientes.

Inc. g) Controlar las condiciones del fármaco experimental y devolver al patrocinador las muestras no utilizadas al finalizar la investigación, manteniendo el medicamento almacenado en lugar seguro mientras dure la tarea experimental.

Inc. h) Ordenar, organizar y asegurar que la documentación atinente al proyecto se encuentre completa para remitirla a quienes corresponda, incluyendo el formulario de consentimiento informado y el material utilizado para informar al paciente.

Inc. i) Debe asegurar su compromiso de realizar el escrito correspondiente al estudio para remisión al patrocinador, recibiendo de éste una carta de compromiso de indemnización en caso de eventuales daños que el experimento pueda ocasionar a los participantes voluntarios.

Inc. j) Firmar un compromiso de reconocimiento de que toda situación de fraude constituye grave falta ética, que le impedirá realizar nuevos estudios clínicos y recibir sanciones.

Art. 408.- El monitor es responsable de:

Inc. a) Controlar las calificaciones y los recursos del investigador a todo lo largo del experimento, así como que se encuentran informados, cumplen con las funciones específicas, adhieren al protocolo aprobado, han logrado el consentimiento informado antes de la inclusión de cada paciente, mantienen actualizada la información de evolución del fármaco; que los pacientes enrolados cumplen los criterios de elegibilidad y que también el investigador provee los informes requeridos y sus modificaciones en condiciones y tiempo apropiados según acordado.

Inc. b) Debe además controlar el almacenamiento del producto, su cantidad, la forma de entrega y las instrucciones pertinentes, el destino final del fármaco, así como verificar la exactitud de los datos, los eventos adversos y los errores u omisiones en los informes.

Inc. c) Analizar y discutir discrepancias con el investigador de acuerdo al plan de investigación.

Inc. d) Acordar con el investigador documentos a verificar, mantener la privacidad de los mismos e informar por escrito al patrocinador de los avances, cambios o inconvenientes que puedan ocurrir a lo largo del proceso.

Inc. e) Cerrar las tareas de monitoreo con un informe final y la constatación de que todo el material haya sido devuelto al patrocinador.

Art. 409.- Las responsabilidades de los pacientes son:

Inc. a) Reconocerse como voluntarios de un tratamiento para su enfermedad, además de un cuidado médico cercano y gratuito.

Inc. b) Participar con el equipo de investigación en un análisis conceptual de la diferencia que existe entre un ensayo clínico y el cuidado médico habitual.

Inc. c) Informarse exhaustivamente acerca del ensayo clínico y luego firmar su consentimiento.

Inc. d) Saber que tiene derecho a no iniciar el experimento y/o retirarse ya comenzado, informando al médico de ello.

Inc. e) Respetar las indicaciones del investigador en lo que hace al seguimiento y control, estudios complementarios, información de novedades, utilización puntual de los medicamentos o errores cometidos con los mismos (horario y dosis).

Art. 410.- Las responsabilidades del Comité de Ética son:

Inc. a) Reconocer y adherir a los principios éticos fundamentales, a saber: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia.

Inc. b) Proteger los derechos, la seguridad y el bienestar de todos los pacientes que participen en un ensayo clínico, especialmente aquellos más vulnerables y quienes participan en estudios no terapéuticos.

Inc. c) Revisar el protocolo de ensayo, las enmiendas, el consentimiento informado, los procedimientos para reclutar pacientes, los antecedentes del investigador, los informes de seguridad, los documentos relacionados con pagos y/o compensaciones para los pacientes, la nómina de centros de investigación y todo otro documento que considere de importancia.

Inc. d) Elaborar y mantener actualizados los criterios necesarios para aprobar un estudio, aplicándolos estrictamente en cada uno de los que evalúe.

Inc. e) Establecer y mantener escritos sus estándares, así como la situación de análisis de proyectos, llevando un registro refrendado por sus miembros de dictámenes que entrega.

Inc. f) Exigir que ningún paciente sea incluido en un ensayo antes de haber emitido su aprobación por escrito, tanto al comienzo como durante el desarrollo del mismo.

Inc. g) Suspender temporarily o definitivamente un estudio cuando no se cumplan en el mismo las condiciones previas acordadas, informando inmediatamente de ello al investigador, al patrocinador y al ente regulador.

Inc. h) Constatar que el consentimiento informado sea escrito en forma apropiada y presentado al paciente en forma de una copia firmada.

Inc. i) Poseer acabado conocimiento de las regulaciones de los códigos internacionales, así como de las correspondientes al país (ANMAT: Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica, 1992).

Art. 411.- Las responsabilidades de las Autoridades de Regulación son:

Inc. a) El contralor de medicamentos es ateniante a la ANMAT, así como lo son los ensayos clínicos, la autorización para realizarlo, su revisión y control continuo a través de inspecciones.

Inc. b) Descalificar al investigador que no cumpla con las normas generales, así como con las establecidas con la entidad patrocinante y aprobadas por el Comité de Ética, tanto como cubiertas las responsabilidades en lo que hace a la seguridad del paciente.

Inc. c) Aplicar las acciones previstas en el Artículo de la Ley y/o el Decreto, sin perjuicio de las acciones penales a que hubiera lugar y de la comunicación a la Dirección Nacional de Fiscalización Sanitaria del Ministerio de Salud y de las Organizaciones Profesionales correspondientes.

Art. 412.- Los niños no deben ser incluidos en protocolos que puedan ser realizados en adultos, si bien su inclusión pueda ser indispensable para la investigación de enfermedades infantiles y de alteraciones que le son propias.

Art. 413.- El pariente más próximo o su representante legal firmarán el consentimiento informado, aunque es conveniente lograr su cooperación voluntaria cuando ella sea posible.

Art. 414.- Para la situación de personas con desórdenes mentales o de conducta el investigador debe tener en cuenta:

Inc. a) Si el propósito del estudio es lograr beneficios para personas de esas características mentales o de conducta.

Inc. b) Qué es preferible; si ello es posible, que sean substituidas por otras en plena posesión de sus facultades mentales.

Inc. c) Cuando el sujeto es incompetente, el consentimiento informado debe lograrse de su representante legal u otra persona explícitamente autorizada.

Inc. d) Si el sujeto estuviera internado por sentencia judicial, podrá requerirse una autorización del mismo ente para su participación en procedimientos experimentales.

Art. 415.- La inclusión de prisioneros voluntarios en protocolos de investigación biomédica está autorizada en pocos países y es un área controvertida.

Art. 416.- Cuando las investigaciones involucran prisioneros, deberá considerarse ético que los mismos no sean excluidos de estudios con drogas, vacunas u otros agentes que puedan serles de beneficio a ellos, así como a otros enfermos.

Art. 417.- Con respecto a comunidades subdesarrolladas como participantes voluntarios de investigaciones clínicas, se presentan con las siguientes características.

Inc. a) Se considerará como primerísima prioridad el estudio de enfermedades locales que en última instancia sólo puede efectuarse en las comunidades expuestas.

Inc. b) La investigación debe estar motivada por las necesidades sanitarias y de salud de esa comunidad.

Inc. c) Se deberán vencer las dificultades para garantizar la comprensión de los conceptos y las técnicas de la investigación clínica.

Inc. d) Deben realizarse todos los esfuerzos posibles para cumplir con los imperativos éticos y lograr la seguridad de que el consentimiento informado proviene de una verdadera comprensión del sujeto.

Inc. e) El Comité Ético evaluador debe estar integrado por un número suficiente de consultantes con conocimientos amplios de las costumbres familiares, sociales y tradicionales.

Art. 418.- Para numerosos tipos de investigaciones epidemiológicas, el consentimiento informado individual es impracticable, aunque debe entonces recurrirse a un Comité de Ética que constate que el plan protege la seguridad y el respeto a la privacidad de los sujetos incorporados, así como mantiene la confidencialidad de los datos obtenidos en relación a la preservación del secreto profesional.

Art. 419.- En las fases terminales de patologías como cáncer incurable o SIDA no hay justificación ética ni científica para realizar pruebas clínicas con los métodos de “ciego único” o “doble ciego”, con o sin placebo.

Art. 420.- El patrocinio externo de un proyecto, tanto sea de etapas o el total del mismo,

implica responsabilidades de la entidad huésped, sea nacional o internacional, con las autoridades competentes del país anfitrión.

Art. 421.- El financiamiento externo debe ser avalado por una revisión ética y científica compatible con la autorización exigida por las normas vigentes en el país financiador. Dicha versión requerirá de un comité *ad hoc* del país originario de los recursos, así como otro Comité Nacional local, a fin de acordar los objetivos de la investigación y sus condiciones de ajuste a requerimientos éticos, legales y científicos.

LIBRO IV

SITUACIONES ESPECIALES

CAPÍTULO 24

DE LA INVESTIGACIÓN Y TERAPIAS GENÉTICAS. MEDICINA REGENERATIVA Y TERAPIAS CELULARES

Art. 422.- La terapia genética es una técnica potencialmente poderosa, aunque está restringida por el conocimiento limitado de los vectores y la fisiopatología de las afecciones a tratar, especialmente aquellas derivadas de alteraciones monogénicas de las enfermedades hereditarias. Estos hechos hacen necesario que los médicos sean prudentes en las expectativas que se pueden crear en los pacientes o sus familiares, con respecto a esta terapia.

El tratamiento dirigido a las células somáticas de una serie de enfermedades se encuentra éticamente aceptado cuando es realizado por especialistas reconocidos en centros altamente equipados (Ex Art 423).

Art. 423.- *El tratamiento autólogo con células extraídas del propio paciente es una práctica médica éticamente aceptada para diversas afecciones cuando es realizada por especialistas reconocidos en centros altamente equipados, lo que comprende su extracción, procesamiento, cultivo y aplicación.*

Art. 424.- *Las investigaciones genéticas se realizarán bajo los criterios éticos indicados en el capítulo correspondiente de este código. El asesoramiento especializado es fundamental previa realización de cualquier prueba o terapia genética y su orientación debe ser no dirigida.*

Art. 425.- La terapia genética debe utilizarse solamente para corregir enfermedades y está éticamente prohibido su uso para lograr supuestos “perfeccionamientos” de individuos normales.

Art. 426.- *Todos los proyectos para el estudio del Genoma Humano y su aplicación en la Medicina deben ser evaluados por el Comité de Ética en Investigación correspondiente, cuyas recomendaciones tendrán carácter vinculante. La oferta de pruebas o investigaciones deberán respetar la aceptación o rechazo personal de acuerdo a convicciones psicosociales, religiosas o morales.*

Art. 427.- El Genoma Humano deberá ser considerado patrimonio general de la humanidad prohibiéndose patentar genes humanos, incluyendo aquellos de los que se conoce su función.

Art. 428.- *Lo que puede patentarse es la invención en sí, es decir, el tratamiento o el fármaco*

concreto para el que vaya a utilizarse el gen; de la misma manera que la extracción, selección y procesamiento o cultivo de las células madre, a emplearse en tratamientos autólogos.

Art. 429.- *Sería aconsejable que los gobiernos requieran la opinión de expertos reconocidos científicamente en el proceso de ubicación de la legislación necesaria, destinada a evitar procedimientos no éticos, factibles de ocurrir en razón del avance muy rápido de nuevas tecnologías con capacidad de predicción médica.*

Art. 430.- *En especial se debe poner énfasis en el interés que tendrán las compañías aseguradoras en personalizar las primas según niveles de riesgo genético. De igual manera deberá ser puesto a resguardo del interés empresarial por quienes serán sus potenciales empleados para evitar una selección diferenciada de la idoneidad y requerimientos convencionales para acceder a un trabajo.*

Art. 431.- *Se deberá legislar sobre la confidencialidad genómica a fin de evitar la comercialización de bancos de datos.*

Art. 432.- *El eventual desarrollo de un “ADN forense” que permita comparar los datos genómicos de un presunto criminal con un banco de datos obtenidos por policía científica, deberá ser estrictamente regulado y limitado a su utilización en un ambiente judicial con severas normas de restricción a su acceso por terceros.*

Art. 433.- *La clonación humana está legalmente prohibida en nuestro país. Todo lo vinculado a la misma deberá regirse por las limitaciones que la ley impone.*

La aplicación de pruebas genéticas a niños sólo será aceptada si la finalidad es mejorar los cuidados médicos.

Art. 434.- *Los profesionales de la salud, las empresas, organizaciones y personas abocados a la tarea de desarrollo de alimentos transgénicos deberán atenerse en un todo a las normas generales que caben a la investigación en humanos.*

Art. 435.- *La medicina regenerativa y la terapia celular deben estar limitadas al avance científico y las experiencias que surjan de la investigación científica, según los siguientes incisos:*

Inc. a) El director del Equipo de aplicación de esta terapia debe ser médico.

Inc. b) Debe cumplir con el artículo 220 del Libro 2 Capítulo 13, y no haber sido sancionado por alguna Asociación Científica reconocida, nacional o internacional.

Inc. c) Debe haber participado en protocolos clínicos aprobados por entes regulatorios nacionales o internacionales.

Inc. d) Hasta tanto exista la acreditación por una especialidad profesional universitaria, el médico debe demostrar una sólida formación científica, habiendo participado en proyectos bajo protocolo, publicaciones con referato, reuniones científicas, laboratorios de investigación o servicios de trasplantes medulares.

Inc. e) Se deben conformar equipos de trabajo para asistir al paciente desde todos los ángulos, cooperando con el profesional médico.

Inc. f) El procedimiento debe ser llevado a cabo en instituciones equipadas con la complejidad indicada por normas internacionales en cuanto a tecnología y bioseguridad.

Art. 436.- *No deberá el médico ceder a la presión de sus empleadores para violentar estas reglas, máxime que no existe aún un marco de contención que permita un adecuado control y vigilancia para que ello no ocurra.*

Las células utilizadas en las terapias celulares deben obtenerse bajo las estrictas normas de protección usadas en los trasplantes medulares y las autotransfusiones. El origen de estas células será siempre de células adultas, autólogas, y excepcionalmente heterólogas. No será considerado ético el uso de células embrionarias.

El diagnóstico prenatal será ofrecido e indicado para proveer información sobre la salud fetal a los padres. Su aplicación en las pruebas de paternidad no está éticamente aceptada.

CAPÍTULO 25

FERTILIZACIÓN ASISTIDA

Art. 437.- “El paciente estéril” es siempre una pareja que recurre a la fertilización asistida con el objeto de poner remedio a sufrimientos emocionales, psicosociales y físicos.

Art. 438.- Se entenderá por fertilización asistida a una serie de tratamientos médicos que, basados en estudios científicos de alta complejidad, tienen como objetivo brindar un hijo a una pareja estéril que ya intentó otras metodologías sin conseguir su propósito.

Art. 439.- Hasta el momento se reconocen mundialmente los siguientes tratamientos de fertilización asistida:

- Inc. a) Inseminación artificial intrauterina.
- Inc. b) Fertilización *in vitro*.
- Inc. c) Transferencia de gametas a la trompa.
- Inc. d) Transferencia de ovocitos pronunciados a la trompa.
- Inc. e) Transferencia de embriones a la trompa.
- Inc. f) Inyección intracitoplasmática de espermatozoides.
- Inc. g) Criopreservación embrionaria.

Art. 440.- Son destinatarios de estos tratamientos las parejas heterosexuales, mayores de edad y capaces de decisiones autónomas, demostradas estériles luego de estudios completos.

Art. 441.- El derecho a la procreación debe ser respetado como Derecho Humano y así lo reconocen legislaciones de muchos países, además de la Convención Europea de Derechos Humanos y la Declaración de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas.

Art. 442.- Las pautas éticas de los tratamientos de fertilización asistida se fundamentan en los siguientes principios:

- Inc. a) El número de óvulos a fecundar constituye una decisión de la pareja orientada por el médico.
- Inc. b) No es ético establecer un número arbitrario de óvulos a fertilizar, sino que ello surge de la consideración clínica de cada situación.
- Inc. c) La transferencia de embriones obtenidos debe realizarse en condiciones óptimas que el médico responsable establecerá de acuerdo a criterios estrictos.
- Inc. d) Cuando las condiciones necesarias no estén dadas, se considerará la criopreservación embrionaria.

Art. 443.- La donación de gametas se considerará ética cuando existan patologías que así lo justifiquen dentro de los siguientes criterios:

- Inc. a) Debe ser anónima y no existir interés secundario alguno.

Inc. b) La donación de semen es en la actualidad poco utilizada, aunque de existir bancos especiales, éstos llevarán registros estrictos y cumplirán con las normas científicas internacionales de carácter preventivo.

Inc. c) La donación de los óvulos implica realizar controles similares a los de la donación de semen, así como determinar con precisión las condiciones patológicas que la hacen necesaria.

Art. 444.- Todos los procesos y procedimientos enunciados previamente deben realizarse por profesionales altamente especializados para llevarlos a cabo en centros que deben contar con las condiciones físicas, ambientales, técnicas y con la calidad requerida para asegurar la correcta realización de aquellos.

Art. 445.- En todos los procesos y procedimientos enunciados previamente deberán cumplirse estrictamente y con especial atención todas las normas del libre consentimiento informado, tal como se ha mencionado en otros sectores del presente Código.

CAPÍTULO 26

DE LA CRIOPRESERVACIÓN Y EXPERIMENTACIÓN EN EMBRIONES

Art. 446.- Las nuevas técnicas de procreación asistida han producido una modificación substancial en el sistema de reproducción, cambiando por ello conceptualizaciones legales, socioculturales médicas y éticas.

Art. 447.- Resulta así imprescindible que los responsables de los procedimientos proporcionen a los interesados información completa para que ellos puedan adoptar una elección consiente, ética y científicamente aceptable.

Art. 448.- El número de ovocitos reclutados será el mínimo que la tasa de fertilización probable requiera para optimizar el método.

Art. 449.- La transferencia de embriones al útero debe ser técnicamente la correcta para lograr una tasa normal de embarazos y salvaguardar la integridad de los embriones no transferidos, evitando los embarazos múltiples que son inaceptables desde el punto de vista ético, médico, de costo familiar y del sistema de salud.

Art. 450.- Las parejas deben recibir información completa, firmar el consentimiento informado y establecer las disposiciones respecto a los embriones posteriormente a su almacenamiento.

Art. 451.- El abandono de los embriones por parte de la pareja o del equipo médico tratante es un acto reñido con principios morales y la conducta ética.

Art. 452.- El equipo médico responsable de los procedimientos lo es también con respecto a las que deben ser rigurosas normas de seguridad de conservación como de identificación de los embriones congelados.

Art. 453.- Configura gravísima falta ética la experimentación en embriones humanos, así como su descarte y/o destrucción.

Art. 454.- Asimismo, son éticamente inaceptables y están legalmente prohibidos en nuestro país los procedimientos de clonación. Las únicas intervenciones sobre embriones éticas y respetuosas de la dignidad humana son aquellas que se realizan con fines diagnósticos y terapéuticos para facilitar y/o mejorar la viabilidad embrionaria.

Art. 455.- El médico que realice prácticas de fecundación asistida deberá otorgar a los embriones toda la protección y el respeto que como vida humana merecen por tal motivo toda la actividad desarrollada sobre embriones deberá tener siempre en mira la dignidad humana y la intangibilidad del genoma de la especie, considerado patrimonio de la humanidad.

Art. 456.- Cuando por estrictas razones terapéuticas vinculadas, ya sea al número de ovocitos fecundados obtenidos o al estado de salud de la mujer, los embriones deban

conservarse, serán criopreservados agotando las precauciones para garantizar su identidad genética y su integridad.

Art. 457.- Los embriones no deberán permanecer criopreservados por un período mayor a los cinco años. En ese lapso los dadores de los gametos deben comprometerse a través del libre Consentimiento Informado a intentar nuevas transferencias. Transcurrido dicho lapso o en el supuesto en que los dadores de gametos manifiesten su desinterés irrevocable en intentar una nueva transferencia embrionaria, el médico dará intervención a la autoridad administrativa y/o judicial que corresponda a fin de que se resuelva el destino de los embriones.

Art. 458.- El médico nunca podrá disponer por su sola voluntad de los embriones criopreservados que mantenga en custodia, ni siquiera con el consentimiento expreso en tal sentido de los aportantes de los gametos.

Art. 459.- El médico no podrá implantar embriones en una mujer diversa a aquella que ha entregado los óvulos que le dieran origen, salvo autorización judicial.

Art. 460.- Serán consideradas gravísimas faltas éticas el daño, la destrucción, el ocultamiento y la comercialización de embriones humanos. Será igualmente considerada así toda manipulación sobre el embrión que tienda a modificar su composición genética, aunque la misma se realice alegando finalidad terapéutica.

Art. 461.- El médico deberá abstenerse de toda experimentación con embriones humanos, excepto en los casos en que la misma tenga exclusiva finalidad terapéutica directamente vinculada con el aumento de la viabilidad y la vitalidad del embrión sobre el que la misma recaiga. El médico deberá abstenerse de generar embriones humanos que tengan un fin distinto al de la procreación.

Art. 462.- Será considerada grave falta ética la transferencia al útero de una mujer de embriones manipulados genéticamente o que hayan sido objeto de prácticas experimentales, con excepción de las aludidas previamente. Revestirá el mismo carácter la transferencia de aquellos embriones que presenten una anomalía notable debido a la cual no lograrían su desarrollo uterino o generarían una gestación imposibilitada de llegar a término.

Art. 463.- El médico deberá abstenerse de practicar toda actividad destinada a la selección de sexo (excepto aquella que conlleve exclusiva finalidad terapéutica preventiva a raíz de la detección de una enfermedad genética ligada al sexo), la ectogénesis, la clonación destinada a la producción de individuos genéticamente idénticos, la fusión gemelar y la fecundación interespecífica.

Art. 464.- La reducción selectiva intrauterina de los embarazos múltiples debe considerarse legalmente como un aborto.

Art. 465.- La maternidad sustituta, es decir, el préstamo del vientre materno, por ningún concepto podrá ser retribuida económicamente.

Art. 466.- Es éticamente inadmisibile la comercialización de material genético como el esperma, los óvulos y los denominados “preembriones”.

CAPÍTULO 27

DE LA ANTICONCEPCIÓN

Art. 467.- El médico que indica un tratamiento anticonceptivo está obligado a informar al paciente sobre los distintos métodos utilizables para el control de la natalidad, su aceptabilidad, inocuidad, eficacia y tolerancia.

Art. 468.- El médico no debe influir sobre la elección de un determinado método cuando varios sean viables.

Art. 469.- El médico se compromete a respetar las indicaciones y contraindicaciones, absolutas y relativas de cada método y a comunicarlas detallada y comprensiblemente de acuerdo con el nivel intelectual de los pacientes.

Art. 470.- Se deben respetar las disposiciones legales vigentes o los principios de leyes análogas en el momento de indicar determinado método anticonceptivo.

Art. 471.- Se debe practicar el control evolutivo directo (por el médico tratante o quien lo suplante o sustituya) sobre los pacientes que efectúen tratamientos anticonceptivos.

Art. 472.- No se pueden proponer métodos esterilizantes (definitivos o reversibles) como tratamientos anticonceptivos cuando no exista una indicación médica precisa.

Art. 473.- El médico debe respetar los derechos personalísimos de autonomía y dignidad de la persona humana en la elección del método hecho por los pacientes.

Art. 474.- El médico deberá informar a los pacientes bajo tratamiento sobre eventuales efectos adversos descubiertos por la ciencia médica con posterioridad a la instalación del método indicado y que antes no se conocieran.

Art. 475.- El médico, de acuerdo con sus principios filosóficos, religiosos, morales y sus objeciones de conciencia, podrá excusarse de prescribir anticonceptivos o de colocar dispositivos intrauterinos u otros, debiendo igualmente en todos los casos informar al paciente de manera clara y veraz y referirlo a otro colega para el fin solicitado.

Art. 476.- Si el paciente abandona el seguimiento sin aviso al médico o no concurre a los controles o realiza subrepticamente otros tratamientos distintos al indicado, el médico tiene el derecho de dejar de atenderlo, quedando liberado de sus obligaciones.

CAPÍTULO 28

DEL ABORTO

Art. 477.- El aborto en cualquiera de las épocas de la gestación se encuentra éticamente prohibido, así como está penado por la ley su realización.

Art. 478.- Cuando estén planteadas las excepciones previstas debe hacerse siempre con el libre Consentimiento Informado por escrito de la paciente o de su esposo o de su familia o representante legal. La certificación de la necesidad de la interrupción del embarazo deberá hacerla una Junta Médica, uno de cuyos participantes, por lo menos, debe ser especializado en la afección que da origen a la propuesta. Siempre debe hacerse en un ambiente con todos los recursos de la ciencia.

Art. 479.- Las excepciones previstas a las normas éticas y legales son las siguientes:

Inc. a) Necesidad absoluta para salvar la vida de la madre, luego de agotados todos los recursos de la ciencia.

Inc. b) Cuando el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre mujer idiota o demente y el Juez interviniente, si lo considera procedente, debe autorizar la intervención.

Inc. c) Cuando exista la demostración científica indudable que se trata de un embrión afectado por alteraciones genéticas irreversibles, cuyas características aseguren la inviabilidad vital del recién nacido, aún con las ayudas tecnológicas más complejas que existan para el sostén de la vida, previa autorización judicial.

Art. 480.- Las instituciones y organizaciones asistenciales (públicas, obras sociales, prepagas, privadas, etc.) respetarán la libertad de conciencia de los profesionales, cuando planteadas las excepciones y cumplimentados los requisitos legales previstos, deba cumplimentarse el aborto.

Art. 481.- La ciencia en general y los médicos y juristas en particular deben comprometerse en un trabajo conjunto destinado a lograr un consenso que contemple las condiciones que hoy se contraponen y crean posiciones de conciencia y opinión irreductibles en relación con este tema.

CAPÍTULO 29

DE LA ABLACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS PARA TRASPLANTES

Art. 482.- La ética en el trasplante de órganos se rige por los siguientes principios:

Inc. a) Dignidad y respeto mutuo.

Inc. b) Justicia y solidaridad.

Inc. c) Confianza y consentimiento informado.

Art. 483.- Debe reconocerse a la persona el valor intrínseco de dignidad, que impone la obligación de considerar a aquélla como fin en sí misma y no mero medio, como sujeto moral autónomo, único e irrepetible. El principio de dignidad humana impone obligaciones como el respeto por la autonomía e inviolabilidad de la persona humana.

Art. 484.- La solidaridad es la dimensión social del principio de dignidad, implícita en la condición de igualdad de las personas, fomentando el desarrollo y la cooperación social.

Art. 485.- La distribución de bienes escasos, como lo son los órganos para trasplante, implica ineludiblemente la aplicación de principios de justicia distributiva, en pos de un equilibrio equitativo, sin distinciones arbitrarias en la asignación de derechos y deberes. La transparencia, publicidad y el pluralismo se constituyen como garantías en la toma de decisiones en la distribución de recursos, desde la perspectiva en la igualdad de oportunidades.

Art. 486.- La confianza implica el reconocimiento a la autodeterminación y la autonomía, evidenciándose el respeto a la personalidad del otro. El libre Consentimiento Informado se constituye entonces en condición *sine qua non* a fin de garantizar el respeto de los principios precitados.

Art. 487.- La donación de órganos y tejidos implica el ejercicio de un derecho personalísimo de naturaleza extrapatrimonial. La retribución por la dación generaría un sistema de desigualdad al establecer la ventaja económica como una prioridad al acceso en desmedro de los miembros más desaventajados de la sociedad.

Art. 488.- La regla de confidencialidad, tanto de la identidad como los datos médicos del dador y receptor, debe ser respetada a fin de garantizar la confianza pública.

Art. 489.- La definición y los criterios médicos convalidados científicamente que se utilizan para la determinación de la muerte no deben estar condicionados a propósitos distintos de aquellos que garanticen la protección y el debido cuidado de las personas.

Art. 490.- Con relación a la naturaleza del cuerpo humano y de sus órganos y tejidos se hace imprescindible el respeto y cuidado de los mismos, de acuerdo a las cosmovisiones culturales sobre el valor simbólico del cuerpo en cuanto a su disposición final. Luego de la ablación debe garantizarse un cuidado atento y respetuoso al cadáver, recomponiendo su indemnidad física y estética, a fin de preservar la integridad del mismo.

Art. 491.- La hipótesis de dación de órganos entre personas vivas debe limitarse a aquellos sujetos que se encuentran relacionados por afinidad y consanguinidad. En el supuesto de que se amplíe a sujetos no relacionados, deberá preservarse debidamente la regla de confidencialidad, y se deberá garantizar la no comercialización de órganos.

Art. 492.- La capacidad de dación debe articularse necesariamente con el ejercicio de la autonomía, debiendo valorarse adecuadamente los niveles de competencia, especialmente en aquellos casos en que se comprometa la participación de menores e incapaces.

Art. 493.- La utilización terapéutica del xenotrasplante debe agotar previamente instancias de investigación básica y preclínica.

Art. 494.- La aplicación potencial de xenotrasplantes deberá considerar la protección de la integridad e individualidad genética de las especies involucradas, privilegiando la protección de la biodiversidad y la prevención de enfermedades transmisibles por entrecruzamiento de material genético entre especies.

CAPÍTULO 30

DE LOS CUIDADOS DEL PACIENTE ADICTO

Art. 495.- Considerado durante muchos años en la categoría de vicio y atribuido a minorías étnicas, el abuso y/o adicción a sustancias psicoactivas devino en las sociedades contemporáneas un problema socio-sanitario de enorme gravedad debido a su pasividad y a sus características de proceso multifactorial en el cual participan una estructura psíquica (el sujeto), una sustancia (tóxico psicoactivo) y un momento histórico (contexto sociocultural).

Art. 496.- Las circunstancias señaladas hacen muy complejas las posibilidades de intervención sanitaria en el campo de la drogadependencia en sentido estricto.

Art. 497.- La evaluación de los grados de salud o deterioro de las múltiples dimensiones que configuran la existencia humana hacen a la probabilidad de apreciar adecuadamente la pertinencia de una determinada intervención, que exige además, un enfoque de carácter integrador que necesita rechazar por ineficaces las opciones reduccionistas que fragmentan al ser humano y sus padecimientos.

Art. 498.- Las condiciones generales de encuadre del problema requieren la definición de objetivos para quienes trabajan en ese campo, y en este caso especial, un análisis de la ética de los mismos y sus procedimientos.

Art. 499.- Objetivos:

Inc. a) Promoción de la mejora en la calidad de vida de las personas afectadas por el abuso de drogas y la del grupo familiar o entorno.

Inc. b) Necesidad de un abordaje interdisciplinario personal del paciente, así como el derecho que configura la libertad de elección de la modalidad terapéutica.

Inc. c) Necesidad de articular distintos tipos y niveles de recursos específicos e inespecíficos destinados a la rehabilitación y a la reinserción familiar y social de las personas afectadas.

Inc. d) Evitar la segregación y la estigmatización de los drogadependientes.

Art. 500.- En la asistencia de drogadependientes, debería considerarse además su entorno familiar y los grupos sociales de pertenencia en los que se realizan actividades asistenciales, investigación, formación y/o capacitación.

Art. 501.- Es condición ética inexcusable el respeto a la autodeterminación que se configura sobre las siguientes premisas:

Inc. a) Reconocimiento del derecho a ser asistido cuando sea su voluntad salvo que exista riesgo de vida inminente para sí o para terceros, de acuerdo a las normas

legales vigentes (alteración de la función judicial-alienado de hecho o de derecho).

Inc. b) Aceptación de la determinación de abandonar el tratamiento, siempre que ello no implique riesgo de vida inminente para sí o para terceros.

Inc. c) Quedará configurada como falta gravísima a la ética todo intento de maltrato moral o físico, manipulación ideológica, política, religiosa, sexual y cualquier acto lesivo para la dignidad humana.

Inc. d) Reconocimiento del ejercicio de los derechos inherentes a las personas para aquellas con limitaciones y/o niños o jóvenes menores de años, a través de sus padres, tutores o representantes legales.

Art. 502.- La persona asistida o su curador tiene el derecho a conocer las distintas alternativas de tratamiento y asistencia mediante un proceso que configure la búsqueda de un Consentimiento Informado, a través de las condiciones que se detallan a continuación:

Inc. a) Información completa sobre las características del tratamiento, antes de su comienzo.

Inc. b) Aceptación escrita del paciente (curador), quien mantendrá el derecho a requerir una segunda opinión.

Inc. c) Los familiares y el entorno relacional significativo tienen derecho a conocer periódicamente la evolución del paciente, así como éste debe conocer tal circunstancia y mantener su derecho a la voluntad, que a ellos les sea informado su estado de salud. En esta información se incluyen los cambios en el tratamiento.

Inc. d) El paciente en tratamiento con internación tiene derecho a mantener comunicación con el exterior a través de personas que lo visiten, salvo condiciones que puedan estimarse perjudiciales, aunque el mismo deberá ser informado y dar su consentimiento, o su representante legal.

Inc. e) Toda persona asistida tiene derecho a abandonar el tratamiento por su propia voluntad y después de haber recibido información completa sobre los riesgos de tal decisión, en caso de que ellos existan para sí o para terceros. Deberá asimismo, ser asesorado para otras opciones asistenciales de acuerdo a sus necesidades y recibirá apoyo tratante para lograr una derivación adecuada. Si es un alienado de derecho, es el curador quien tiene que ser informado y/o el juez dictaminar el abandono del tratamiento.

Art. 503.- Toda persona asistida tiene derecho y configura además un deber ético para quien o quienes la tratan el respeto al secreto profesional que garantiza su intimidad y preserva el ejercicio de sus derechos y dignidad como persona.

Art. 504.- Esta obligación ética de confidencialidad incluye al personal administrativo que maneja archivos de historias clínicas.

Art. 505.- La reserva antemencionada puede ser levantada en caso de necesidad de manejo de la información para evitar daños para sí o para terceros, debiendo notificarse al asistido de tal circunstancia.

Art. 506.- En caso de interés científico, la divulgación de datos deberá ser aprobada por el paciente (Curador o Juez) y se adoptarán las precauciones que eviten identificación individual o grupal.

Art. 507.- Los equipos de tratamiento deben extremar las medidas ético-profesionales que han sido descritas en el Libro II del presente Código, así como evaluar en profundidad, y previo a cualquier intervención, los factores esenciales que se detallan a continuación:

Inc. a) La indicación técnica ante la demanda planteada.

Inc. b) Los deseos del paciente y su familia o entorno afectivo significativo, así como los intereses de la comunidad.

Inc. c) La modificación de la calidad de vida que supondrá la intervención.

Inc. d) Los factores externos involucrados en la intervención terapéutica.

Art. 508.- Los fundamentos de la intervención son los siguientes:

Inc. a) Criterios teórico-prácticos de base científica con permanente seguimiento de la evolución de los conocimientos en la materia.

Inc. b) Criterios éticos contenidos en el presente Código y en otros necesarios a tener en cuenta provenientes de las especialidades técnico-profesionales de otros participantes.

Inc. c) Promover conductas tendientes a mejorar la salud y apuntando a la disminución del consumo de drogas psicoactivas.

Inc. d) Evitar la marginación social individual y colectiva que comporta la situación adictiva.

Inc. e) Cooperar para una mejor reinserción social de quienes desean y hagan esfuerzos para abandonar el hábito.

Inc. f) Reconocer y discriminar el criterio técnico y ético de aquéllos, sustentado en las convicciones morales, religiosas, ideológicas, políticas y sexuales de los miembros del equipo tratante.

Inc. g) Sustentar los criterios profesionales que guían su acción, rechazando presiones de cualquier carácter que sean, especialmente cuando tienden a ser discriminatorias y comprometen su propuesta técnico-profesional.

Inc. h) Los tratamientos deben cumplir con requisitos específicos con los cuales operan la propuesta y ellos son:

*Definición y explicación del marco conceptual del objetivo terapéutico y de la metodología con los cuales operará la propuesta.

*Diagnóstico correcto del cual parte un dispositivo tecnológico.

*Reconocimiento objetivo del nivel de formación y profesionalidad de los equipos.

*Criterios y mecanismos de evaluación de procesos y productos, dando importancia al factor tiempo e informando al paciente o su representante sobre estos elementos al momento de acordarse el contrato terapéutico.

CAPÍTULO 31

DEL CUIDADO DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

Art. 509.- Como en toda la ética médica, aquí priman las normas generales que sobre el tema se han descrito en los diversos capítulos de este código, si bien la psiquiatría posee otras especiales teniendo en cuenta el estado de incapacidad mental en el que puede encontrarse el paciente por su estado de enfermedad o alteración de la psiquis.

Art. 510.- Toda persona con enfermedad mental tiene el derecho a ejercer las actividades que le permiten las normas, principios y declaraciones de carácter civil, político, económico, social, cultural y laboral en el seno de la comunidad y dentro de las posibilidades que su afección le permita.

Art. 511.- Todo paciente mental tiene derecho a ser tratado en las condiciones más completas posibles a través de los tratamientos específicos que correspondan a su estado, los cuales serán aplicados con la menor restricción e invasión a su libertad, debiendo brindar, además, protección física y mental a terceros.

Art. 512.- La determinación de que una persona padece una enfermedad mental se realizará de acuerdo a estrictas normas médicas aceptadas internacionalmente y dentro de lo estipulado por los códigos de los Derechos Humanos.

Art. 513.- Cuando a un psiquiatra se le solicite la evaluación mental de una persona, es un deber ético informar al interesado sobre el propósito de su intervención, así como sobre los resultados obtenidos y el uso de los mismos en la conducta terapéutica, dentro de los límites de la comprensión del evaluado.

Art. 514.- Cuando el paciente se encuentre incapacitado o no pueda ejercer un juicio adecuado a causa de una alteración mental, el psiquiatra consultará con su familia, su representante legal y aún con un jurista con el objeto de salvaguardar la dignidad y los derechos legales de la persona. En el ámbito hospitalario, tomará conocimiento, además, el Comité de Ética de la Institución.

Art. 515.- En todas las actividades que realicen los psiquiatras en relación a sus pacientes, debe salvaguardarse la autonomía de los mismos, considerada como la capacidad para reconocerse a sí mismo como persona diferente de los demás, identificando la realidad exterior de la interior y ser capaz de autogobernarse para poder adoptar decisiones de vida que lo mantengan en equilibrio interior, tanto como adaptado al medio ambiente. El paciente debe ser aceptado en el proceso terapéutico como un igual por derecho propio.

Art. 516.- *Es necesario que en las primeras evaluaciones el psiquiatra tenga presente el grado de autonomía de su paciente, así como su capacidad de tomar conciencia de su estado y de la realidad que lo rodea con el objeto de poder entender la comunicación de la opinión*

psiquiátrica sobre su salud y hacer uso de su derecho al libre Consentimiento Informado, dado que pueden variar espontáneamente o con el tratamiento. La comunicación de la verdad es necesaria e importante.

Art. 517.- En el caso específico de los tratamientos, deberán reconocerse como de carácter ético no sólo por sus objetivos sintomáticos y terapéuticos, sino también porque contiene el potencial de afectar la personalidad y la conducta ética del paciente, apoyada esta última en la ética del médico que se basa en los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

Art. 518.- El tratamiento en Psiquiatría y en Psicología está basado en una relación de confianza y el respeto mutuo, similar a una alianza terapéutica entre el profesional y el paciente (Confidencialidad). Este hecho favorece la creación de relaciones afectivas, emocionales y aún de necesidades y fantasías sexuales que interferirán en las relaciones con el terapeuta, con el medio familiar, laboral y social, y que en casos extremos crean situaciones fuertemente antiéticas. El profesional debe ser especialmente cuidadoso en estos aspectos y en la tendencia de los pacientes a modelar sus conductas de acuerdo a la identificación que hacen con las de su terapeuta, circunstancia que crea una situación de poder que puede vulnerar el fundamento ético de la relación, por lo que no debe aprovecharse de estos fenómenos propios del proceso terapéutico.

Art. 519.- *En Psiquiatría no debe considerarse a las personas como "entidades nosológicas psiquiátricas" y en relación con la investigación clínica se respetarán los criterios señalados en el Capítulo 23 del presente Código.*

Art. 520.- Los miembros del Equipo de Salud relacionados al área de Psiquiatría involucrados en la investigación genética de los desórdenes mentales estarán atentos al hecho que los límites de la información genética no se restringe sólo a la persona de la cual fue obtenida, sino que su descubrimiento puede tener efectos negativos y disociadores en las familias y comunidades de los individuos involucrados.

Art. 521.- Los miembros del Equipo de Salud relacionados al área de la Psiquiatría deben proteger a sus pacientes y ayudarlos a ejercer su autodeterminación, en el mayor grado posible en los casos de Donación de Órganos y Tejidos para Trasplantes.

Art. 522.- La Asociación Médica Argentina adhiere a la Declaración de Madrid, España (1996), aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Psiquiatría.

CAPÍTULO 32

DEL CUIDADO DEL PACIENTE CON SIDA

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es la más importante epidemia de dimensión universal que azota a las naciones de la era industrial y ya sean ellas avanzadas, en desarrollo o subdesarrolladas, ninguna queda excluida.

La forma de propagación a través de los aspectos más personales de la vida configura una problemática que confronta las políticas de salud de los estados soberanos, en lo que hace a los aspectos públicos y privados que en esta situación se encuentran íntimamente interconectados, aunque enfrentados a nivel del límite de “lo personal” y “lo público”.

En el presente Código se considerarán la discriminación de los infectados, la confidencialidad y sus límites, y el ejercicio de los poderes del Estado para limitar la propagación de la enfermedad, cuya difusión constituye ya un peligro para la civilización.

Art. 523.- Como ejemplo actual de epidemia mundial, el SIDA ha convertido a la discriminación en un fenómeno que divide naciones, grupos étnicos, culturales y sexuales sin respetar edades, condiciones de vida ni derechos legalmente adquiridos.

Art. 524.- Constituye grave falta ética de los miembros del Equipo de Salud, discriminar a personas afectadas de SIDA, negándoles derechos, beneficios o privilegios, cuando los riesgos para la salud sean sólo teóricos o cuando la conducta de las personas es socialmente adecuada, visto que el riesgo de transmisión del HIV en los medios comunes es remoto.

Art. 525.- Los miembros del Equipo de Salud no deben participar en campañas de discriminación, especialmente cuando las mismas están fomentadas por hostilidad a los grupos sociales que se consideran vinculadas al SIDA: homosexuales, drogadictos y prostitutas.

Art. 526.- Los miembros del Equipo de Salud deben respetar al máximo el principio de confidencialidad en los pacientes con SIDA, aún en las situaciones de exigencia legal de notificación con fines preventivos, adoptando todas las medidas posibles para cumplir con las leyes y con la ética de la profesión en lo que hace al secreto médico.

Art. 527.- Los miembros del Equipo de Salud, funcionarios o no, deben realizar los mayores esfuerzos para armonizar los derechos privados con el concepto de bien común de la salud pública, estudiando experiencias que se realizan en los países donde se cumplen ambas premisas con un bajo nivel de controversias sociales.

Art. 528.- Las medidas que se propongan deben serlo bajo severos criterios éticos legales para limitar la propagación de la enfermedad, como criterio superior de la salud pública junto con el mecanismo que evite la divulgación de los nombres de quienes padecen la afección.

Art. 529.- La situación de la confidencialidad se presenta especialmente compleja en caso en que la persona infectada haga correr peligro a terceros y se niegue a dar a conocer su estado o impida al Equipo de Salud a hacerlo, invocando el secreto profesional. Es ético que en estas condiciones los miembros del Equipo de Salud actúen a través del criterio del mal menor, recurriendo a las autoridades sanitarias, y si fuera necesario a la justicia, para solicitar recurso de amparo para terceros y para sí mismo por violar la confidencialidad, dado que ésta es de su competencia y no imponible por la ley.

Art. 530.- Existen países cuya legislación permite el aislamiento colectivo de las personas infectadas que actúan conductualmente en forma peligrosa para los demás. Se encuentran en discusión las formas de aplicación de sanciones de carácter moral, hasta normas del código penal, por configurarse un acto de carácter delictivo (intento de daño premeditado, intento de asesinato por venta de sangre contaminada con conocimiento de la existencia de la enfermedad).

Art. 531.- Las conductas sociales éticas en relación a la dignidad de las personas deben ser enfatizadas por los médicos y restantes miembros del Equipo de Salud, de quienes se espera la mayor colaboración posible.

Art. 532.- Éticamente son de primera prioridad:

Inc. a) Los programas de educación para toda la población.

Inc. b) Las pruebas voluntarias de control.

Inc. c) La información a quienes piden consejo.

Inc. d) La prevención y el tratamiento de quienes utilizan sustancias psicoactivas.

Art. 533.- El Estado debe comprometerse a la provisión de medicación, en cantidad y calidad necesaria de acuerdo a los avances científicos.

CAPÍTULO 33

DEL CUIDADO DEL PACIENTE INCURABLE

Art. 534.- Deberá tenerse en cuenta la diferencia que existe entre:

- Inc. a) Paciente incurable.
- Inc. b) Paciente incurable en estado crítico.
- Inc. c) Paciente incurable en estado terminal.

Art. 535.- En todas estas categorías rige el principio general señalado en la Declaración de Venecia: “El deber del médico es curar y cuando sea posible aliviar el sufrimiento y actuar para proteger los intereses de sus pacientes”.

Art. 536.- Paciente crítico es un enfermo que presenta grave riesgo de vida, pero que conserva posibilidades de recuperación mediante medidas terapéuticas de cuidados especiales y aplicación de tecnología de alta complejidad, generalmente en una Unidad de Cuidados Intensivos.

Art. 537.- Paciente terminal es aquel que presenta daño irreversible, el cual lo conducirá a la muerte en breve plazo. Ingresarlo en una Unidad de Cuidados Intensivos significa arbitrar medidas para intentar prolongar el proceso de morir.

Art. 538.- En el paciente terminal deben aplicarse las medidas que permitan una muerte digna, sin que se justifiquen procedimientos que prolonguen el sufrimiento. La exigencia de conducta médica ética significa evitar la insistencia o ensañamiento terapéutico en una situación de vida irrecuperable.

Art. 539.- Es necesario, además, recordar que no existiría una diferencia de responsabilidad moral individual, así como operacional, entre “actuar” y “dejar de actuar”, y que la autorización primaria para una u otra conducta proviene del paciente y su derecho al ejercicio de la autonomía que le es inherente.

Art.-540.- El ejercicio de la autonomía puede efectuarse mediante testamento, directa comunicación entre el paciente y el equipo médico o por su familia en caso de incompetencia que implica:

- Inc. a) Inexistencia de completa lucidez mental.
- Inc. b) Incapacidad de comprender la información que se le suministra.
- Inc. c) Imposibilidad de adoptar una decisión voluntaria.

Art. 541.- Las decisiones del equipo médico en lo que hace a la abstención o retiro de los medios de soporte vital deberían ser discutidas y compartidas por el grupo asistencial y en caso de dudas o desacuerdos, resultará pertinente la consulta con el Comité de Ética de la Institución.

Art. 542.- La abstención o retiro de los medios de soporte vital no significará bajo ningún concepto privar al paciente de las medidas que le provean confort físico, psíquico y espiritual, trasladándolo si fuera necesario, al área de cuidados paliativos.

Art. 543.- Si ocurrieran opiniones contrarias entre el equipo médico y los familiares, será éticamente apropiado que se adopten algunas de las siguientes posibilidades:

Inc. a) Consulta con otro médico propuesto por la familia.

Inc. b) Consulta con el Comité de Ética Institucional.

Inc. c) Traslado del paciente a otra Institución donde el equipo médico coincida con la opinión de la familia.

Inc. d) Solicitud por el equipo médico de intervención judicial.

Art. 544.- Respetar los principios morales y/o religiosos de cada paciente en el momento de la muerte.

Art. 545.- Respetar las decisiones adoptadas en vida con respecto a qué hacer con sus restos.

CAPÍTULO 34

DE LA EUTANASIA Y DEL SUICIDIO ASISTIDO

Art. 546.- El paciente terminal tiene derecho a una muerte digna con la asistencia terapéutica convencional o no convencional y dentro de las normas aceptadas para evitar el sufrimiento tanto psíquico como físico, utilizando para ello todo tipo de soporte que configure el respeto al derecho inherente a su dignidad de persona.

Art. 547.- Toda medida tendiente a aliviar los padecimientos físicos o psíquicos de un paciente deberá ser proporcionada al cuadro que éste presente y exclusivamente destinada a paliarlos de manera eficaz. Se optará siempre por el método menos nocivo para la salud del asistido, entre aquellos que produzcan similares resultados.

Art. 548.- En estas situaciones, el médico debe respetar estrictamente el Principio de Autonomía de sus pacientes, configurando excepciones especiales:

Inc. a) Los menores de edad.

Inc. b) Los discapacitados mentales con diagnóstico psiquiátrico realizado por un especialista.

Art. 549.- En caso de que las medidas paliativas a adoptar supusieran una disminución de la resistencia física o mental del paciente, deberá contarse con su acuerdo libre y expreso-actual o previamente formalizado, o el consentimiento de sus representantes legales en su defecto, y con la opinión concordante de dos médicos distintos de aquel por quien o bajo cuya dirección se las practicare.

Art. 550.- Es contraria a la ética médica y se considerará falta grave la deficiente medicación paliativa de los síntomas físicos y psíquicos padecidos por pacientes afectados por grave enfermedad o accidente, cuando obrare consenso de los mismos o de sus representantes legales para su suministro proporcionado y eficaz.

Art. 551.- El paciente terminal tiene derecho a solicitar que se evite el ensañamiento terapéutico para prolongar su vida, lo cual el médico tiene el deber ético de aceptar, respetando siempre los valores de la persona humana.

Art. 552.- En ningún caso el médico está autorizado a abreviar o suprimir la vida de un paciente mediante acciones u omisiones orientadas directamente a ese fin. La eutanasia por omisión configura una falta gravísima a la ética médica y a las normas legales. Debe permitirse la muerte del enfermo, pero nunca provocársela.

Art. 553.- Es conforme a los dictados de la ética médica la abstención o el retiro de las medidas terapéuticas de cualquier índole destinadas a combatir patologías intercurrentes o nuevas manifestaciones de un proceso patológico ya diagnosticado, respecto de una persona cuyo deceso se reputare inminente a raíz de grave enfermedad o accidente,

cuando se las juzgare desproporcionadas, tomando en cuenta los padecimientos o mortificaciones que su implantación o mantenimiento ocasionaría al asistido, en relación con su nula o escasa efectividad, y se contare con su acuerdo libre y expreso, actual o previamente formalizado, el consentimiento de sus representantes legales, y con la opinión concordante de dos médicos distintos del tratante.

Art. 554.- Es conforme a los dictados de la ética médica el retiro de los medios artificiales de reanimación en el caso de pacientes en estado vegetativo permanente, juzgados tales por dictamen concordante de dos médicos distintos del tratante.

Art. 555.- La distanasia o prolongación artificial e innecesaria de la agonía de pacientes en estado vegetativo permanente es contraria a la exigencia ética del buen morir. Sólo se justifica la distanasia en caso de gravidez de la asistida, en el interés superior del niño por nacer.

Art. 556.- Sin perjuicio de lo dispuesto precedentemente, las medidas de higiene y cuidados propios de la situación del paciente se mantendrán hasta tanto se comprobare su muerte en los términos de la ley.

Art. 557.- En cualquiera de los casos enunciados podrá procederse a una terapia experimental, mediando acuerdo del asistido o, en su defecto, consentimiento de sus representantes, cuando la ponderación de ventajas y riesgos derivados de la misma lo justificasen, en función exclusiva del interés afectado.

Art. 558.- Es falta gravísima a la ética médica la experimentación con un ser humano, aún cuando se reputare inminente su fallecimiento a raíz de grave enfermedad o accidente, si no mediaren la nota consensual y el interés terapéutico expresados en el artículo anterior.

Art. 559.- El médico individualmente o como integrante del equipo tratante tiene el derecho de requerir el amparo judicial en resguardo del derecho supremo a la vida frente a la negativa del paciente, sin capacidad de discernimiento y volición constatadas en junta médica, de aceptar una conducta terapéutica propuesta y factible científicamente de salvar su vida.

Art. 560.- No está permitido al médico bajo ninguna circunstancia, por ser contrario a la ética y a la ley, la realización de procedimientos que conformen la figura legal de Suicidio Asistido.

LIBRO V

DE OTROS PROFESIONALES QUE INTEGRAN EL EQUIPO DE SALUD

CAPÍTULO 35

CONSIDERACIONES GENERALES

Art. 561.- El desarrollo moderno de la Atención de la Salud ha requerido la formación de personal calificado para cubrir las necesidades de PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN en la población. El nivel de Educación superior, universitario o no universitario, ha dado en nuestro país una adecuada respuesta a las demandas y es así como hoy existen más de 35 títulos diferentes para la formación de técnico profesional en el área de la Salud.

Art. 562.- De acuerdo a los criterios sustentados en el presente Código con respecto al significado y composición del Equipo de Salud, todos los que tienen que ver con éste poseen responsabilidades éticas, aunque en distinto grado en relación con las actividades que realizan y de acuerdo a lo señalado en los libros I, II, III y IV.

Art. 563.- Todas las disciplinas de las ramas del arte de curar deben comprometerse con todas las ramas del saber para analizar los dilemas que plantea la Atención de la Salud y definir su marco social, jurídico y ético en el que deben desarrollarse.

Art. 564.- Siendo la Salud responsabilidad de todos aquellos profesionales y no profesionales no pertenecientes a las profesiones de las Ciencias Médicas al actuar en Salud, se transforman en Agentes de Salud por lo que deben privilegiar los intereses de la población sobre los particulares cuando actúan en Salud.

Art. 565.- Siendo tan numerosas las actividades vinculadas al Equipo de Salud, no se detallan en particular con el objeto de evitar exclusiones involuntarias, dando por entendido que la nómina abarcaría a todas las que directa o indirectamente puedan tener significación en el curso de la Salud Humana. Sin embargo, se considera necesario explicitar algunas que corresponden a profesionales técnicos con responsabilidad primaria, resaltando sólo los puntos que les son específicos, pero no los excluye de los otros articulados del presente Código.

Art. 566.- En el ejercicio de la profesión, los distintos miembros del Equipo de Salud deberán acompañar sus nombres sólo con títulos oficiales, pudiendo agregar su dirección, número de teléfono, horas de atención, enunciando las diferentes actividades que ejerce, y las distinciones honoríficas reconocidas y admitidas en la República.

Art. 567.- Ningún miembro del Equipo de Salud investido de mandatos electivos o

administrativos debe utilizarlos para acrecentar su clientela, siendo además contrario a la ética la celebración de convenios o la realización de actos que tengan por objeto especular respecto a la salud, debiendo además evitar la participación de terceros en las remuneraciones de sus servicios profesionales.

CAPÍTULO 36

CONSIDERACIONES PARTICULARES

A) De los Farmacéuticos y Bioquímicos

Art. 568.- Cada vez que sea necesario, todo Farmacéutico o Bioquímico tiene la obligación de aconsejar a sus clientes la consulta de un médico u odontólogo siempre que no mediare una asistencia médica u odontológica previa. Además, ningún Farmacéutico o Bioquímico puede modificar una prescripción si no es con el acuerdo expreso y previo de su autor. Nunca debe influenciar sobre los pacientes para el uso de determinados medicamentos.

Art. 569.- Todo Farmacéutico o Bioquímico debe velar porque las consultas médicas jamás sean realizadas o convenidas en sus oficinas o laboratorios por quien quiera que sea.

Art. 570.- Los Farmacéuticos o Bioquímicos deben ser la Garantía de la Calidad de los productos que utilizan, elaboran o comercializan, no actuando nunca como simples intermediarios. Sus opiniones y acciones son de alto valor para la Salud de la población.

Art. 571.- En el caso de los medicamentos, los Farmacéuticos asumen la responsabilidad ante los pacientes, no sólo de la Calidad del producto en origen, sino que además deben tener conocimiento exacto de la Seguridad de los mismos durante su traslado, almacenamiento y distribución, como por ejemplo, los que necesitan una cadena de frío.

Art. 572.- *Todo lo antedicho, además de vertiente ética constituye obligación legal, tanto civil como penal, asimismo como las normas del secreto médico.*

B) De los Profesionales de Enfermería

Art. 573.- Los profesionales, técnicos y auxiliares de esta profesión deben prestar sus servicios en las siguientes condiciones:

Inc. a) A toda las personas que lo soliciten.

Inc. b) Respetando la dignidad de persona que le es ínsita.

Inc. c) Sin poner reparos por las convicciones religiosas, morales o éticas de los requirentes, ni por su estado físico o mental.

Inc. d) Puede excusarse por incompatibilidades surgidas de condiciones como las señaladas en el Inc. c) informando al superior de tal situación.

Art. 574.- Debe velar por la tranquilidad y seguridad del paciente, tratar de aliviar sus sufrimientos y cooperar con los familiares en los requerimientos razonables de éstos.

Es contrario a la ética propiciar o colaborar a la eutanasia activa.

Art. 575.- El secreto profesional es una responsabilidad ética y legal del personal de enfermería. Si participare en una investigación, le caben las prescripciones señaladas en el Libro III del presente Código.

Art. 576.- En caso de requerirse su declaración como testigo, deberá informar a su superior jerárquico y requerirá el asesoramiento jurídico que corresponda.

Art. 577.- Cualquier reparo que le merezca la atención profesional de colegas, informará a su superior jerárquico, y si fuera necesario, a su organización profesional y hasta a la justicia ordinaria.

Art. 578.- Debe mantener sus conocimientos actualizados tanto en la atención personal como en los cuidados medioambientales y sobre el uso de sustancias tóxicas.

Art. 579.- Debe prestar cuidadosa atención a la relación con los restantes miembros del Equipo de Salud y se cuentan entre sus derechos:

Inc. a) Solicitar información de fuentes responsables.

Inc. b) Consultar con el Comité de Ética de su organización profesional o de la Institución donde trabaja.

C) Del Instrumentador Quirúrgico

Art. 580.- El instrumentador Quirúrgico asistirá al paciente desde que éste ingresa al quirófano, conocerá la historia clínica y el acto quirúrgico inmediato, previendo la posibilidad de cambios en el plan inicial.

Art. 581.- Debe evitar, cualquiera fuera la causa, abandonar al paciente durante el acto operatorio, ni delegar en persona algunas funciones que le son propias.

D) De los Kinesiólogos

Art. 582 La responsabilidad de la atención Kinésica es indelegable, no pudiendo asignar asistencia a personal auxiliar ni contratar personal idóneo, aunque fueren estudiantes de la carrera, para realizar las actividades de su responsabilidad.

Art. 583.- El kinesiólogo deberá confeccionar la correspondiente historia clínica, resguardando la privacidad de la misma.

Art. 584.- Desde el punto de vista de las prácticas consideradas heterodoxas, deberá recordar que varios de estos procedimientos han sido reconocidos en la práctica médica, aunque no todos se encuentran científica y legalmente autorizados.

E) De los Odontólogos

Art. 585.- En lo que hace a la ética especial del ejercicio de la Odontología, tienen importancia las consideraciones que se detallan a continuación:

Inc. a) No es ético aceptar como colaboradores a mecánicos dentales que ejerzan ilegalmente.

Inc. b) Es contraria a la ética la intervención de mecánicos dentales en carácter de ayudantes de consultorios odontológicos.

Art. 586.- La profesión del odontólogo requiere inversiones económicas en materiales, motivo por el cual no contraría a la ética quien requiere el pago parcial o total por adelantado de los honorarios que correspondieren.

F) De los Psicólogos

Art. 587.- Dada la evolución social moderna, su rol es particularmente significativo en los siguientes temas:

- Inc. a) Cuidado del paciente adicto.
- Inc. b) Cuidado del paciente demente.
- Inc. c) Cuidado del paciente con SIDA.
- Inc. d) Cuidado del paciente incurable.
- Inc. e) Cuidado del paciente en situación de pre y post-trasplante.

Art. 588.- En vista de la gravedad de los problemas citados en el artículo precedente, es de suma importancia la atención que estos profesionales presten a la formación científica que les otorgue la idoneidad básica necesaria.

G) De la Ingeniería y Arquitectura Hospitalaria

Art. 589.- El profesional deberá practicar la profesión siguiendo normas y principios científicos reconocidos, y realizar su actividad considerando que dependerá de su juicio profesional para cumplir con la obligación de proteger la salud, la seguridad y el bienestar de las personas, así como la integridad y seguridad del hábitat físico, instalaciones y equipamiento de los establecimientos de salud.

Art. 590.- El profesional deberá guardar en forma confidencial la información de los aspectos médicos obtenida durante el ejercicio de la actividad profesional, excepto cuando ésta sea requerida por la justicia o autoridades competentes, o por razones de seguridad o protección de la salud de las personas, o para integridad y/o seguridad del hábitat físico, instalaciones y equipamiento de los establecimientos de salud.

H) De los Administradores, Auditores y otros profesionales del área

Art. 591.- *Los economistas, contadores, administradores y los otros profesionales relacionados a los Servicios de Salud están obligados –y en especial– a defender el principio ético de JUSTICIA en relación a la asignación de los recursos y al contralor de los procedimientos, incluyendo aquellos que correspondan al secreto médico del que puedan ser conocedores por las características de sus tareas y responsabilidades.*

I) De los Nutricionistas

Art. 592.- Los nutricionistas deben, en especial, preservarse de la influencia comercial que pretendan ejercer los proveedores de insumos.

Art. 593.- Deberán prestar atención a la calidad de los productos que manejan en su quehacer, especialmente en aquellos que se prestan a situaciones conflictivas por su origen transgénico.

J) De las Obstétricas

Art. 594.- Su accionar profesional no es autónomo, estando estrictamente vinculado al trabajo en conjunto con el especialista.

Art. 595.- Constituye grave falta ética y legal su participación en procedimientos abortivos, aunque fuere en simple condición de colaboradora.

K) De los Profesionales del Servicio Social

Art. 596.- Su accionar en la intimidad de la persona y/o familia los obliga particularmente sobre aquellas vinculadas a la confidencialidad de la información obtenida.

Art. 597.- Configura falta ética la discriminación basada en el conocimiento de aspectos privados de las personas bajo su atención.

LIBRO VI

DE LA RESOLUCIÓN DE LOS CONFLICTOS ÉTICOS

CAPÍTULO 37

DE LOS AGENTES DEL CONFLICTO ÉTICO, DE LOS REQUISITOS DE LA DENUNCIA Y DE SU PROCEDIMIENTO

Art. 598.- Toda persona pública o privada que se considere fundadamente afectada por la acción u omisión a los principios éticos descriptos en este Código de Ética, derivados de la conducta de alguno o algunos de los agentes de salud comprendidos en el presente Código, dentro del año de producido el hecho, podrá efectuar la denuncia correspondiente mediante los requisitos, el procedimiento y por ante el Organismo que prevé el presente Libro.

Art. 599.- La denuncia será ingresada por la Secretaría de la Asociación Médica Argentina y estará formulada por escrito y firmada, con adjunción de los instrumentos públicos o privados que la refieran. Tanto la denuncia como los instrumentos que la refieran serán acompañados por tantos juegos de copias como resulte el número de partes denunciadas, expresando el denunciante en la presentación su nombre, apellido, número de documento y actividad que desempeña, practicando a continuación una reseña de los hechos que motivan la denuncia, con indicación específica de los agentes de la salud involucrados en el conflicto ético, así como, en su caso, con indicación de sus nombres y domicilios; así como de los nombres y domicilios de los testigos, que sin exceder el número de tres, pudiesen contribuir a esclarecer el conflicto. El denunciante podrá, a su exclusivo coste, acompañar su denuncia con el patrocinio de un abogado.

Art. 600.- Por la Secretaría Administrativa de la Asociación Médica Argentina se dará ingreso a la denuncia, mediante su asiento en el Libro de Registro foliado creado al efecto, donde se hará constar la fecha de ingreso de la denuncia, el número correlativo y sucesivo del expediente, el nombre de la parte denunciante y de la parte denunciada, abriéndose un Legajo en cuya carátula se insertarán los mismos requisitos.

Art. 601.- Dentro de los 5 (cinco) días hábiles de su ingreso, el Sumario del Expediente será girado a la Secretaría del "Tribunal de Ética para la Salud" -TEPLAS- constituido en la Asociación Médica Argentina, haciéndose constar la fecha de dicha recepción en el Libro mencionado en el artículo anterior.

Art. 602.- *El TEPLAS examinará los antecedentes presentados y dispondrá la apertura del sumario, si apreciase y entendiase que los hechos denunciados poseen relevancia ética en orden a los fines del presente Código.*

Art. 603.- Dentro de los 10 (diez) días hábiles de abierto el Sumario por la Secretaría del Tribunal de Ética para la Salud de Asociación Médica Argentina, por medio fehaciente se dará traslado a los denunciados, tanto de la presentación como de las copias de los instrumentos que la refieran, quien o quienes contarán con 15 (quince) días hábiles para presentar su descargo con la adjunción de los instrumentos que las refieran, con tantas copias como sea el número de los denunciantes, donde constarán nombres, domicilios, documentos y profesión. En el Sumario se dejará constancia de la fecha de emisión y de la fecha de recepción. El o los denunciados podrán, a su exclusivo coste, contar con patrocinio de un abogado para su presentación. La ausencia de una presentación en respuesta por el o los denunciado/s, será un antecedente que se considerará al momento de la Resolución final de los Actuados.

Art. 604.- Las Actuaciones serán reservadas y únicamente podrán ser consultadas por las partes, sus letrados designados y las personas autorizadas por las partes actuantes.

Art. 605.- Cumplidos los requisitos y plazos que anteceden, el Tribunal de Ética para la Salud de la Asociación Médica Argentina citará de modo fehaciente a las partes para una Audiencia de conciliación que se celebrará en el domicilio de la Asociación Médica Argentina o donde ésta lo indique, estableciéndose en la citación el día y hora de la Audiencia y emitiéndose la comunicación con una antelación no inferior a los (15) quince días hábiles de la fecha dispuesta para la Audiencia.

Art. 606.- *Sin perjuicio del efectivo cumplimiento de las normas del presente Capítulo y a efectos de garantizar plenamente el debido procedimiento para las partes, el TEPLAS, a su criterio, podrá disponer prórrogas de los plazos y la adopción de cuantas más medidas sean oportunas para la mejor resolución del conflicto ético planteado.*

A los fines y efectos mencionados, el TEPLAS podrá dictar normas de procedimientos que considere útiles o convenientes para cumplir con su cometido, las cuales serán entregadas a la parte denunciante y denunciada para su conocimiento.

CAPÍTULO 38

DE LOS ÓRGANOS E INSTANCIAS DE LA MEDIACIÓN.

DE SU RESOLUCIÓN Y DE LAS SANCIONES

Art. 607.- Órgano para la Mediación: Dentro del ámbito de la Asociación Médica Argentina se constituirá un Tribunal de Ética para la Salud (TEPLAS) que estará integrado por socios de la Asociación Médica Argentina en número de 5 (cinco) miembros titulares y 5 (cinco) miembros suplentes, que reemplazarán estos últimos a los primeros en caso de ausencia o incapacidad y en el mismo orden en que han sido designados. Durarán en sus funciones un término de 4 (cuatro) años pudiendo ser reelegidos de conformidad y simultáneamente con las elecciones para la designación de los miembros del Tribunal de Honor de la AMA, de acuerdo con los Estatutos y Reglamento de Comicios de la Asociación Médica Argentina. El Tribunal sesionará con la presencia de al menos 3 (tres) de sus miembros. Serán propuestos para integrar el Tribunal de Ética para la Salud, los profesionales de las distintas ramas de las Ciencias para la Salud, entre los socios de la Asociación Médica Argentina que por sus antecedentes y trayectoria se identifiquen con los principios y objetivos de las conductas éticas descriptas en el presente Código. Bajo ninguna circunstancia podrán los miembros del TEPLAS ser llamados a prestar declaración o testimonio en sede judicial, en relación o acerca de los casos en que intervengan.

Art. 608.- Instancias de la Mediación: Cumplidos los recaudos establecidos en el Capítulo Primero de este Libro V, el trámite del Sumario desarrollará el siguiente procedimiento:

Inc. a) *Se constituirá el Tribunal de Ética para la Salud y convocará en primer término a la parte denunciante, la cual podrá a su exclusivo cargo concurrir con el patrocinio de un abogado y expondrá oralmente los fundamentos de su denuncia.*

Inc. b) *Concluida la exposición que antecede, y de considerarlo pertinente, el TEPLAS de conformidad con los hechos, la declaración de la parte denunciante y de las pruebas recibidas, convocará a la parte denunciada, quien también podrá, a su exclusivo cargo, concurrir con el patrocinio de un abogado y expondrá su descargo ético.*

Inc. c) *Si no hubiera concordancia entre las partes acerca de los hechos denunciados, el TEPLAS, en caso de considerarlo conveniente, dispondrá que se produzcan las medidas de prueba para incorporalas al Sumario, dentro de un plazo no superior a los 30 (treinta) días hábiles, plazo dentro del cual comparecerán los testigos ofrecidos, quienes serán preguntados y oídos por el TEPLAS. Concluida la etapa probatoria, y en caso de considerarlo necesario, el TEPLAS citará a las partes para una nueva Audiencia de Conciliación.*

Inc. d) En caso de considerar el TEPLAS necesaria la producción de nuevas Audiencias, se fijará en un acta el día y hora para su celebración.

Inc. e) En caso de arribar las partes a una solución del conflicto planteado, se labrará un Acta donde se transcribirán los términos y alcances del acuerdo incluyendo las satisfacciones recibidas. El Acta, y tantas copias como partes intervengan, serán suscriptas por el Presidente del TEPLAS y las partes intervinientes, reservándose el original en el Expediente.

Inc. f) En caso de no arribarse a una conciliación entre las partes, se dará por concluida la instancia de mediación, de lo que se dejará constancia en un Acta que con sus copias respectivas, suscribirán al Presidente del TEPLAS y las partes intervinientes.

Inc. g) Dentro de los 10 (diez) días hábiles siguientes a esta última Audiencia, las partes podrán presentar sus alegaciones sobre la prueba producida.

Inc. h) Cumplido con lo que antecede entrará el Expediente para su decisión por el TEPLAS, organismo que dentro de los 30 (treinta) días hábiles se expedirá en forma fundada, mediante una Resolución que admitirá o desestimaré total o parcialmente la denuncia, con indicación, en su caso, de las sanciones discernidas. La Resolución será notificada de modo fehaciente a las partes en sus domicilios constituidos.

Inc. i) La Resolución será irrecurrible, salvo por la vía Aclaratoria o Reposición, respecto de términos poco claros de la misma, debiendo el recurso respectivo ser interpuesto en forma fundada por ante el TEPLAS, dentro de los 10 (diez) días hábiles de haberse recibido la notificación de la Resolución. El recurso será admitido o desestimado dentro de los quince días hábiles siguientes a su interposición.

Inc. j) *La Resolución Definitiva podrá ser comunicada para su conocimiento a las Sociedades donde participen el denunciante y el denunciado para su pertinente anotación en los legajos personales de las partes.*

Art. 609.- De las Sanciones: A los efectos de meritar el TEPLAS la medida y el alcance de las Sanciones que Resuelva, tomará en cuenta la trayectoria de los implicados, sus antecedentes éticos profesionales, la gravedad de la falta y su implicancia en el orden ético de las Ciencias para la Salud, dentro de la Comunidad y la Sociedad a la que pertenezca el denunciado y/o el denunciante en caso de revelarse temeridad en su denuncia. En consonancia con los parámetros que anteceden, las sanciones oscilarán desde un mínimo de apercibimiento, hasta la suspensión para actuar en las Sociedades que integran la Asociación Médica Argentina durante el plazo que se establezca, siendo la máxima sanción

la suspensión y desafectación definitiva de dichas Sociedades.

Art. 610.- Intervención Judicial: En caso de considerar cualquiera de las partes que se encuentran afectadas por ilegitimidad o arbitrariedad manifiesta de sus derechos constitucionales, podrán a su exclusivo cargo y costo, procurar el remedio judicial por ante quien corresponda.

REFERENCIAS

- 1946 Código de Nüremberg (Fija pautas para la experimentación médica con seres humanos).
- 1948 Declaración Universal de los Derechos Humanos. Organización de las Naciones Unidas.
- 1948 Asociación Médica Mundial. Declaración de Ginebra (Adoptado como Juramento en las Facultades de Medicina).
- 1949 Asociación Médica Mundial. Código Internacional de Ética Médica.
- 1950 Código para Enfermeras. Asociación Americana de Enfermeras (Reactualizado en 1976).
- 1955 Código de Ética Médica. Confederación Médica de la República Argentina (Con 17 capítulos que abordan múltiples temas éticos y deontológicos de la práctica profesional).
- 1961 Código de Ética Médica del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires (Reactualizado en 1986).
- 1964 Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki.
- 1968 Asociación Médica Mundial. Declaración de Sydney (Establece pautas sobre la definición y determinación de la muerte).
- 1970 Asociación Médica Mundial. Declaración de Oslo (Postulado sobre el aborto terapéutico).
- 1973 Declaración de los Derechos del Paciente. Asociación Americana de Hospitales.
- 1975 Asociación Médica Mundial. Declaración de Tokio-Helsinki II (Actualización de Helsinki I. Principios básicos sobre investigación biomédica en seres humanos, investigación clínica e investigación no terapéutica).
- 1975 Asociación Médica Mundial. Normas directivas para médicos con respecto a la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes o castigos impuestos sobre personas detenidas o encarceladas.
- 1975 Declaración Médica Mundial. Declaración de Venecia sobre Enfermedad Terminal (Hace referencia al alivio del sufrimiento, el uso de medios extraordinarios y el uso de órganos para trasplantes).
- 1976 Recomendación relativa a los Derechos de los Enfermos y los moribundos. Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa.
- 1977 Recomendación relativa a la situación de los enfermos mentales. Asamblea

- Parlamentaria del Consejo de Europa.
- 1977 Implicancias éticas específicas de la psiquiatría. Declaración de Hawai. Asociación Mundial de Psiquiatras.
- 1981 Normas y Regulaciones sobre la Investigación en fetos, mujeres embarazadas, fecundación *in vitro* y prisioneros. Código de Regulaciones Federales de los EE.UU. (Establece las conductas básicas para la protección de sujetos de la investigación humana, sus garantías, el funcionamiento de los Comités Institucionales de Revisión de la Investigación, los requisitos para el consentimiento informado de adultos y de niños y funcionamiento de los Comités de Ética).
- 1982 Propuesta de directrices internacionales para la investigación biomédica en sujetos humanos. OMS-CIOMS (Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas), (Reactualizado en 1993, Ginebra).
- 1983 Declaración sobre Ética en Medicina. Asociación Latinoamericana de Academias de Medicina. Quito. Ecuador.
- 1984 Informe *Warnock Comité of Inquiry into Human Fertilization and Embriology*. Presentado en el Parlamento Británico.
- 1984 Asociación Médica Mundial. Declaración sobre maltrato y abandono del niño. Singapur.
- 1992 *American College of Physicians Ethics Manual*.
- 1995 Asociación Médica Mundial. Declaración sobre los Derechos del Paciente. Lisboa. Portugal
- 1996 Manual de Ética y Deontología del Cirujano. Asociación Argentina de Cirugía.
- 1996 Declaración de Manzanillo sobre implicancias éticas y jurídicas de las investigaciones sobre el Genoma Humano. Programa Latinoamericano del Genoma Humano.
- 2000 Ley 25.326. Hábeas Data. Actualizada. Última modificación Ley 26.343 (Publicada el 09/01/2008).
- 2001 Ley 25.506. Firma Digital.
- 2001 Código de Ética para el Equipo de Salud. Asociación Médica Argentina. Buenos Aires.
- 2006 IV Congreso Mundial de Bioética. Cuba.
- 2006 III Congreso Internacional de Ética de la Investigación Científica. Granada. España.
- 2008 I Congreso Costarricense de Bioética. Costa Rica.
- 2009 Ley 26.529. Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud.
- 2010 I Congreso internacional de Bioética. Valencia España.
- 2011 2º Congreso Internacional de Bioética. Barcelona. España.
- 2011 VIII Congreso de la Sociedad Española de Bioética y Ética Médica. Valladolid. España.
- 2011 VII Congreso Mundial de Bioética. Gijón. España.

Asociación Médica Argentina



Av. Santa Fé 1171 - (C1059ABF)

Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina

Teléfono: (54-11) 5276-1044 / Fax: (54-11) 4811-1633

E-mail: info@ama-med.org.ar

Página web: <http://www.ama-med.org.ar>

Esta edición de 5000 ejemplares
se terminó de imprimir en noviembre de 2011
en los talleres gráficos Al Sur Producciones Gráficas S.R.L.
Wenceslao Villafañe 468 (c1160aej), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
Tel. (005411) 4361-4807 / 4300-7767

Impreso en Argentina / Printed in Argentina